Le Progrès Médical



VERSAILLES
CERF ET FILS, IMPRIMEURS
59, RUE DUPLESSIS

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**

QUATRIÈME ANNÉE

TOME IV. — 1876

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

BETOUS, BOUTEILLIER, DE BOYER, BRISSAUD, BUDIN, CARTAZ, CHABBERT, CHARCOT, CORNILLON, DAVE, DEBOVE, DREYFUS, DUPUY, DURET, FARABEUF, JOUSSET DE BELLESME, LANDOLT, LANDOUZY, LAVERAN, H. LIOUVILLE, LONGUET, MALHERBE, MAROT, MAUNOURY, MIOT, PARROT, PELTIER, POZZI, RANVIER, RAYMOND, RECLUS, REGNARD, RENAUT, SEVESTRE, TEINTURIER, THAON, TRELAT, YVON.

CE VOLUME RENFERME DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Besson, Bitot, Bochefontaine, Boudet de Pâris, Bouchaud, Charpentier, Couturier, Cuffer, Decaudin, Delasiauve, Devins, Duplay, Exchaquet, Féréol, Hanot, Hardy, Hayem, Hirne, Josias, Lailler, Ledentu, Magnant, Marcano, Monod, Ouspensky, Ory, Oulmont, Pinard, Pingaud, Pitres, Reverdin, Stoïcesco, Terrillon, Troisier, Verneuil, Vulpian.

PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

6, RUE DES ÉCOLES, 6

4e ANNÉE. — N° 1 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 1er JANVIER 1876.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Du rôle de la thrombose dans la production des altérations d'origine tuberculeuse;

Par **A. LAVERAN**, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Les tubercules, en se développant au sein des tissus, donnent lieu fréquemment à des altérations secondaires, qu'il importe de bien connaître, et auxquelles les auteurs n'ont pas accordé, croyons-nous, la place qu'elles méritent dans l'anatomie pathologique de la tuberculose. Si l'on s'était mieux attaché à distinguer les lésions primitives, véritablement sous la dépendance des poussées de granulations tuberculeuses, des lésions secondaires, on aurait évité, peut-être, de longues discussions sur la nature tuberculeuse ou non tuberculeuse de certaines lésions.

Les principales altérations secondaires de la tuberculose peuvent être rangées sous ces deux titres : 1° Altérations inflammatoires; 2° Oblitérations vasculaires, thromboses, avec leurs conséquences ordinaires.

Les altérations inflammatoires consécutives à la tuberculose sont assez bien connues pour qu'il soit superflu d'y insister; chacun sait que les granulations tuberculeuses des poumons sont souvent le point de départ de bronchites, de broncho-pneumonies ou de pneumonies chroniques; que l'inflammation des séreuses complique presque toujours leur tuberculisation; que les poussées tuberculeuses des reins peuvent provoquer la néphrite albumineuse, etc... Les lésions de la tuberculose tiennent de si près à celles de l'inflammation, qu'il n'est pas surprenant de voir ces deux ordres d'altérations se mêler parfois jusqu'à se confondre. C'est sur la deuxième espèce d'altérations secondaires, sur les infarctus d'origine tuberculeuse, que nous voulons attirer aujourd'hui l'attention.

La thrombose joue-t-elle un rôle dans les lésions phthisiques des poumons, dans la formation des immenses cavernes que l'on trouve chez certains malades? Nous sommes, pour notre part, très-disposé à le croire, mais le poumon se prête fort mal à une démonstration de ce genre, c'est un organe très-délicat, dans lequel les processus morbides de dégénération marchent trop rapidement pour qu'il soit possible de les suivre pas à pas. C'est à l'anatomie pathologique de la rate, des reins et de l'intestin, que nous demanderons les preuves du rôle que joue la thrombose dans les altérations d'origine tuberculeuse.

Infarctus tuberculeux de la rate et des reins. — La forme caractéristique que prennent les infarctus de la rate et des reins, à la suite de l'oblitération par thrombose ou embolie de quelqu'une de leurs artères, rend ces organes très-propres à la démonstration que nous voulons faire, et c'est pour cela que nous les choisissons, bien que les thromboses d'origine tuberculeuse soient plus fréquentes, peut-être, dans d'autres organes.

Tous les auteurs s'accordent à dire que la forme des infarctus de la rate et des reins est généralement celle d'un cône, dont la base est à la surface de ces viscères et le sommet vers le hile, disposition qui rappelle ainsi celle des vaisseaux; la coloration de ces infarctus est au début rougeâtre ou noir foncé, mais, au bout de quelques jours, l'infarctus se décolore et prend une teinte jaunâtre; en même temps, la masse de l'infarctus se ramollit plus ou moins complétement. Nous allons voir que, chez les tuberculeux, on rencontre assez souvent des lésions de la rate et des reins, qui rappellent complétement cette description des infarctus non tuberculeux. Des observations cliniques complètes sont ici inutiles, il nous suffira d'emprunter aux observations, dont nous citerons d'ailleurs la source, les détails d'anatomie pathologique indispensables pour établir l'existence d'infarctus tuberculeux.

Dès 1873, dans un mémoire *Sur la tuberculose aiguë*, nous insistions sur la disposition en infarctus qu'affectent parfois les lésions de la rate et des reins chez les tuberculeux. Les tubercules de la rate présentent, disions-nous, deux dispositions principales: tantôt les tubercules sont également distribués dans le parenchyme splénique, « d'autres fois à la surface de la rate plus ou moins augmentée de volume, on aperçoit des plaques blanchâtres légèrement saillantes; en pratiquant des coupes au niveau de ces plaques, on constate que les tubercules sont agminés: dans l'intervalle des tubercules, la substance splénique est plus ou moins altérée, décolorée, dure, friable. Chez deux de nos malades, morts de tuberculose aiguë, les tubercules de la rate étaient groupés de telle sorte qu'ils paraissaient s'être développés dans les infarctus (1). » Voici en quels termes nous rendions compte dans l'observation II des altérations de la rate: la rate est volumineuse, presque doublée de volume; à sa surface, on voit çà et là des taches rosées légèrement saillantes; en incisant au niveau de ces taches, on trouve des groupes de tubercules blancs qui, sur plusieurs points, paraissent s'être développés dans un infarctus ou en avoir été le point de départ (2).

Dans les reins, disions-nous, on retrouve les deux dispositions signalées pour la rate: 1° tubercules disséminés, 2° tubercules agminés dans des infarctus et l'on trouvera dans l'observation V (mémoire cité) un exemple très-net de cette altération des reins: « La capsule des reins se détache facilement; on voit alors sur divers points de la surface, des plaques blanchâtres un peu saillantes. Ces plaques sont formées par une agglomération de tubercules blancs; tantôt ces tubercules agminés sont superficiels, tantôt la matière tuberculeuse s'enfonce comme un coin dans la substance rénale de façon à simuler des infarctus emboliques. Il y a aussi, dans le parenchyme rénal, un certain nombre de tubercules isolés (3). »

On trouve dans les auteurs bon nombre de faits comparables à ceux qui précèdent. Les prétendus *abcès scrofuleux* des reins, les kystes *remplis de matière tuberculeuse*, signalés par quelques observateurs comme une des conséquences de la tuberculisation rénale (4), ne sont très-probablement que des infarctus ramollis. Rayer admet que la matière tuberculeuse peut se déposer dans les reins en masses volumineuses qui se ramollissent, sont éliminées en partie par les urines et donnent lieu à la formation de cavernes (5).

M. le professeur L. Colin décrit ainsi qu'il suit les altérations des reins d'un malade qui avait succombé à une néphrite tuberculeuse aiguë: « La capsule fibreuse des reins s'enlève facilement et l'on découvre alors, à la surface de chacun d'eux, une trentaine de granulations jaunes, grosses comme des têtes d'épingles, s'énucléant facilement et régulièrement disséminées, sans faire aucune saillie sensible soit à l'œil, soit au doigt; chose remarquable au bord convexe de chaque rein, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen existent en parfaite symétrie deux plaques blanchâtres, du diamètre d'une pièce de deux francs, constituées par l'agrégation d'un grand nombre de granulations

(1) *Contribution à l'étude de la tuberculose aiguë*, par A. LAVERAN, in *Recueil de Mémoires de médecine militaire.*

(2) *Loc. cit.* p. 8.

(3) *Loc. cit.* p. 11.

(4) Rayer. — *Traité des maladies des reins.* t. III, p. 619

(5) Rayer, *loc. cit.* et Atlas, planches XLII et XLIII.

identiques avec les précédentes, mais entre lesquelles la substance de l'organe est blanchâtre, anémiée (1). »

Et plus bas M. L. Colin résumant les résultats de son observation au point de vue de l'anatomie pathologique de la tuberculose aiguë dit : « Les tubercules s'agrégent parfois dans les reins en masses d'apparence opaline, granitées de points blancs, tandis que les parties voisines ne sont pas envahies; ces masses sont constituées par une exsudation fibrineuse interstitielle englobant les granulations tuberculeuses (2). »

M. le professeur Villemin est encore plus affirmatif car il dit à propos de la tuberculisation des reins : « Nous avons rencontré des masses tuberculeuses étendues occupant en partie la substance corticale et s'enfonçant *sous forme d'un coin* dans la substance tubuleuse jusqu'à la rencontre des calices (3). »

M. le Dr E. Besnier, dans son excellent article : *Rate*, du Dictionnaire encyclopédique, signale la forme de *tubercules enmasse* dans la rate, mais il la considère comme très-rare et, d'après lui, la plupart des exemples de cette forme cités par les auteurs, se rapportent à des lésions diverses et notamment à des *infarctus* bien plutôt qu'à la tuberculose liénale proprement dite (4).

Il nous paraît prouvé que dans certains cas la tuberculisation de la rate et des reins se complique d'infarctus de ces viscères; avant de rechercher quelle est la cause de ces lésions secondaires, nous croyons devoir étudier le mode de formation des ulcérations annulaires de l'intestin chez les tuberculeux, cette étude nous fournira en effet quelques données importantes pour la solution du problème. (*A suivre.*)

OBSTÉTRIQUE

A quel moment doit-on pratiquer la ligature du cordon ombilical ?

Par **P. BUDIN**, interne des Hôpitaux.

(Voir les nos 51 et 52 de 1875.)

Il nous serait facile de montrer que cette conduite est la plus naturelle, qu'elle est parfaitement en relation avec les phénomènes qui, au moment de la naissance, se passent du côté du poumon, du côté du cœur, du côté du trou de Botal, du côté du canal artériel, etc. (5). Ce pourrait même être le sujet d'une dissertation facile, mais qui n'ajouterait rien, croyons-nous, à la démonstration fournie par les chiffres rapportés ci-dessus. Nous préférons avouer que nous ne regardons pas comme complètes les recherches que nous avons entreprises. Il faudrait constater quelle est la quantité de sang retenue dans le placenta à différentes périodes, 1, 2, 3 minutes après l'expulsion du fœtus, lorsque les battements du cordon ne cessent pas immédiatement; — il faudrait rechercher quelles sont les différences qui existent entre les enfants nés à terme et les enfants nés avant terme. Chez ces derniers, la respiration s'établissant moins facilement, la circulation fœto-placentaire persiste-t-elle, ce qui est probable, plus longtemps que chez les enfants nés à terme? Il faudrait, ce que nous ne pouvons faire dans les conditions spéciales où nous nous trouvons, suivre les enfants pendant un certain nombre de jours, les peser exactement et voir si, dans des conditions analogues (qu'il sera parfois difficile de bien apprécier), ceux de la seconde série se portent mieux et augmentent plus rapidement de poids que ceux de la première; — il faudrait aussi, soit à l'aide de l'analyse chimique, soit à l'aide du compte-globules, pouvoir faire des recherches précises d'hématologie dans les deux catégories de faits.

Nous n'avons pu exécuter que la première partie de ce programme : dans 13 cas (voyez tableau C), nous avons institué une expérience qu'on pourrait appeler intermédiaire. Après avoir laissé l'enfant attaché à la tige ombilicale respirer pendant deux ou trois minutes, les battements du cordon persistant encore, nous avons pratiqué la ligature et la section de la tige funiculaire. Dans ces cas, nous avons constaté qu'il s'écoulait du placenta, en moyenne, 41 cc. 46 de sang. Le poids moyen des enfants ayant été de 3.318, pour des enfants pesant 3.500 gr. on aurait $x = \frac{3500 \times 41\ 46}{3318} = 43$ cc. ou 46 gr.

Cette quantité est beaucoup plus considérable que celle rencontrée dans notre première série de recherches, beaucoup moindre que celle trouvée dans la seconde. Ce résultat s'explique naturellement.

Au moment de la naissance, au moment où à la vie fœtale succède la vie extra-utérine, les poumons se dilatent et se laissent pénétrer à la fois par l'air et par le sang. Cette arrivée du sang dans les poumons est prouvée surabondamment par l'augmentation de leur poids total, augmentation de poids que Ploucquet avait même indiquée comme un moyen qui permettait de reconnaître si l'enfant

TABLEAU C.

NUMÉRO de l'observation.	NOMS	DATE de l'accouchement.	ÉPOQUE de la dernière apparition des règles.	PRÉSENTATION et position.	MOMENT à partir de l'accouchement où la section du cordon a été faite. Les battements persistaient.	POIDS de l'enfant.	POIDS du placenta.	SANG qui s'écoule de suite par le bout placentaire.	SANG qui s'écoule par le bout placentaire après la délivrance.
LXIII	Chalumeau........	15 août.	20-25 novembre.	O. I. G. A.	7 [illegible]	3550 gr.	600 gr.	31cc	6cc
LXIV	Hanet...........	16 —	Ignorée.	O. I. G. A.	2 1/2	2900	500	45	8
LXV	Bimbinet.........	26 —	25-29 octobre.	O. I. G. A.	2	3500	600	43	3
LXVI	Poreat...........	21 septemb.	15-20 décembre.	O. I. D. P.	2	4000	610	37	23
LXVII	Debastre.........	21 —	5 décembre.	O. I. D. P.	2	3300	550	40	18
LXVIII	Batudou.........	25 —	15 janvier.	O. I. G. A.	2	2550	420	48	2
LXIX	Brun...........	27 —	8-12 janvier.	O. I. G. A.	2 1 2	2910	560	47	10
LXX	Rousselle........	27 —	26-29 décembre.	O. I. D. P.	2	2700	450	40	16
LXXI	Jallin...........	29 —	4 janvier.	O. I. G. A.	2	2770	450	48	9
LXXII	Tabellion.........	30 —	20-25 décembre.	O. I. G. A.	2	4150	600	49	13
LXXIII	Bouillot.........	7 octobre	20-22 décembre.	O. I. G. A.	1 72	3880	580	42	2
LXXIV	Sommerlard.......	3 —	10-13 décembre.	O. I. G. A.	2	3500	510	35	20
LXXV	Caillot...........	22 —	21 janvier.	O. I. D. A.	2 1/2	3080	550	35	14
	Moyennes......					3318	536	41cc46	11.8

(1) L. Colin. *Etudes cliniques de médecine militaire*, p. 45.
(2) L. Colin, *op. cit.* p. 76.
(3) Villemin, *Etudes sur la tuberculose*. 1867, p. 116.
(4) *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales*, 3e série, t. II, p. 9.
(5) Voyez Jacquemier. — *Manuel des accouchements*. T. II, p. 756.

(1) Claude Bernard. — *Leçons sur les propriétés des liquides de l'organisme*. T. I, p. 418.
(2) Longet. — *Traité de Physiologie*. T. I.

avait vécu ou non. Donc, le sang revenant par la veine ombilicale pénètre dans les poumons et dans la circulation générale du fœtus ; or, tant que les battements du cordon persistent, tant que la circulation fœto-placentaire continue, après chaque impulsion cardiaque une certaine quantité de liquide est lancée par les artères ombilicales dans le placenta. Le fœtus y renvoie de la sorte une partie de son sang. Nous avions donc raison de dire qu'avant de pratiquer la ligature du cordon il fallait attendre que ses battements aient cessé depuis 2 ou 3 minutes.

La conduite tenue par l'accoucheur après la sortie de l'enfant suivant qu'il lie immédiatement ou non le cordon, pourrait non-seulement avoir une certaine importance sur la santé du nouveau-né, mais encore peut-être sur l'expulsion plus ou moins facile du placenta. La plupart des auteurs prétendent, en effet, que la ligature du bout placentaire est utile : par suite de cette ligature les vaisseaux placentaires demeurent gorgés de sang, cet organe gonflé, volumineux, se détacherait avec une plus grande facilité. M. le Dr Louis Senn (de Genève) (1) a même été jusqu'à proposer de faire refluer dans le placenta le sang contenu dans le cordon et une partie du sang du fœtus, de manière à pratiquer ce qu'il appelle l'injection placentaire. De cette manière il rend le placenta plus turgide encore.

Serait-il donc vrai que, plus le placenta est volumineux, plus son décollement est facile et plus son expulsion à travers le col utérin revenu sur lui-même est aisée ? A la première proposition la clinique seule peut répondre.

La seconde peut être l'objet de recherches expérimentales que nous avons faites de la façon suivante : Dès que l'enfant était expulsé, nous pratiquions la ligature du cordon ombilical et nous attendions la sortie du placenta, nous l'introduisions alors dans une espèce d'entonnoir en ferblanc dont le petit orifice, qu'on pouvait faire varier à volonté, mesurait 5 cent. de diamètre, le placenta se repliait sur lui-même et nous dirigions sa surface fœtale vers l'ouverture de l'entonnoir à travers lequel nous faisions passer le cordon. Le cordon était attaché à l'extrémité d'une grosse ficelle qui marchant d'abord horizontalement passait sur une poulie, puis devenait verticale et supportait à son extrémité libre un léger plateau de balance.

Nous mettions alors sur le plateau une quantité de poids suffisante pour que le placenta traversât l'orifice rétréci de l'entonnoir.

Cela fait, bien qu'une certaine quantité de sang eut transsudé à travers les vaisseaux placentaires, nous coupions le cordon et pouvions encore recueillir par la veine ombilicale 50 à 60 grammes de sang.

Le placenta était de nouveau placé dans l'entonnoir attaché par la tige funiculaire à la même corde, et pour lui permettre de franchir l'orifice nous mettions sur le plateau de la balance une quantité de poids suffisante.

Nous avons répété huit fois cette double expérience : toujours il a fallu pour faire passer le placenta une quantité de poids plus considérable dans le premier cas et moindre dans le second. La moyenne de nos expériences nous a donné les chiffres suivants : pour faire passer le placenta gorgé de sang à travers un orifice mesurant 5 cm. de diamètre, 1,575 gr. étaient nécessaires ; lorsqu'il était vide au contraire 920 gr. suffisaient, la différence était donc de 655 gr.

Nous pouvions, du reste, répéter l'expérience à volonté; pour cela, après avoir mis le placenta dans l'eau chaude, nous injections dans la veine ombilicale 100 ou 150 gr. d'eau à 40°. Les vaisseaux étant ainsi remplis de liquide, nous reproduisions la première expérience; il suffisait ensuite d'enlever la ligature qui avait été jetée sur le cordon pour pouvoir exécuter la seconde. Les résultats que nous avons obtenus ont été exactement les mêmes ; seulement, plus la quantité d'eau chaude injectée était considérable, plus grande était la différence entre le nombre de poids qu'il était nécessaire d'ajouter pour faire passer le placenta.

(1) Voy. *Gazette obstétricale*, 5 octobre 1875.

Mais, si la sortie du placenta est plus facile lorsqu'il est exsangue, son décollement aura-t-il été plus aisé? Nous l'avons déjà dit, la clinique seule peut répondre; on a vu quelle était sur ce point l'opinion de M. Tarnier. Dans quelques cas où nous avons conservé le placenta gonflé et turgide, trois fois nous avions assisté, aussitôt après la sortie de l'enfant, à l'écoulement d'une certaine quantité de sang venant de l'utérus, ce que nous n'avions guère rencontré lorsque le placenta était flasque, exsangue ; une fois même, nous avons eu une véritable hémorrhagie. Mais probablement, c'étaient là de simples coïncidences. Cependant, il nous est arrivé une histoire assez curieuse pour que nous croyons devoir la rapporter. L'interne, à la Maternité, (maison consacrée exclusivement à l'instruction des élèves sages-femmes) est regardé quelque peu comme un parasite à la salle d'accouchement; or, après avoir recueilli tout le sang qui sortait des vaisseaux placentaires, il nous est arrivé souvent au début de nos recherches, de saisir d'une main le fond de l'utérus au moment de sa contraction et de pratiquer un peu d'expression. Il nous suffisait de le comprimer légèrement pour faire sortir rapidement le placenta et l'amener à la vulve; il ne restait plus qu'à le recueillir. Aussi, en présence de ces délivrances par trop faciles, l'une des jeunes élèves a-t-elle cru devoir se plaindre que je les empêchais de jouer en conscience leur rôle de tireuses de cordon.

En résumé, il est possible qu'un volume plus considérable du placenta favorise son décollement, mais cela n'est rien moins que prouvé. Ce que nous pouvons dire, c'est que : 1° au point de vue clinique nous n'avons jamais, dans les cas où nos placentas étaient exsangues, vu la délivrance présenter la moindre complication ni même la plus petite difficulté, au contraire, il nous a semblé qu'elle se faisait plus aisément ; 2° au point de vue expérimental, le placenta qui est moins volumineux, moins turgide, passe plus facilement à travers un orifice donné qui présente une certaine résistance ; il doit, par conséquent, passer aussi avec plus de facilité à travers l'orifice du col utérin.

(*La fin prochainement*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — **M. PANAS.**

Kyste volumineux de l'ovaire droit,

Avec hydropsie de la trompe du même côté; allongement hypertropique de la portion sus-vaginale du col, par suite de la traction exercée sur l'uterus par le kyste; — autopsie.

Observation recueillie par M. F. GUYET, élève de service.

La question des kystes de l'ovaire compte aujourd'hui parmi celles qui offrent assez d'importance pour nous faire espérer que le lecteur ne nous accusera pas d'attirer son attention sur un sujet trop banal. Notre savant maître, M. le docteur Panas, nous a d'ailleurs conseillé lui-même de publier ce cas, à propos duquel il a longuement entretenu ses élèves, lors de l'examen cadavérique, et il a bien voulu diriger la rédaction, que nous présenterons ainsi avec un peu plus de confiance.

X....., âgée de 67 ans, morte en une demi-heure par une syncope, avait déjà subi, dans le service, deux ponctions pour une ascite qui compliquait un kyste de l'ovaire, diagnostiqué. La dernière ponction fut pratiquée le 16 octobre 1875, et la mort eut lieu dans la soirée du 19, d'une façon brusque, alors que la santé de cette femme n'avait rien laissé à désirer jusque-là. Tout l'intérêt de l'observation réside dans l'autopsie, que nous allons relater en détail, en la faisant suivre de quelques réflexions.

AUTOPSIE. — Dès que le péritoine est ouvert, il s'échappe de sa cavité une quantité considérable d'un liquide ascitique jaune, dans lequel nagent de nombreux flocons blanchâtres, longs et légèrement visqueux. Du petit bassin s'élève une énorme tumeur, bosselée en quatre ou cinq endroits, sphéroïde, grosse peut-être comme deux fois la tête d'un adulte, qui remonte au-dessus de l'ombilic et contribue, avec l'épanchement péritonéal, à refouler assez haut le foie et, par suite, le poumon.

Mesurée suivant son diamètre transversal, elle présente une circonférence de 72 centimètres. mais elle devait avoir quelques centimètres de plus, au moment où la mensuration est prise, on a déjà vu s'écouler par deux ou

trois petits orifices [illegible] ouverts, une certaine quantité d'un fluide muqueux ayant l'apparence d'un liquide hydatique, ou mieux du frai de grenouille, chargé [illegible] de flocons blancs qui se trouvaient mêlés à la sérosité répandue dans le péritoine. C'est à la nature de cette sérosité qu'on peut probablement [illegible] la mort.

Par sa face antérieure, [illegible] de la ligne médiane, la tumeur est unie au feuillet pariétal du péritoine par de fortes adhérences. En haut et postérieurement ces adhérences n'existent pas, mais, à la face postéro-inférieure, plusieurs anses intestinales sont solidement attachées au kyste. Sur sa partie antérieure, à laquelle elles adhèrent, ainsi que le commencement du vagin, se voit l'utérus, augmenté de longueur ; il mesure 18 centimètres. Cette *élongation a porté presque exclusivement sur la portion sus-vaginale du col :* le museau de tanche ne fait qu'une saillie très-minime dans le vagin.

Dans la paroi droite du corps de la matrice est logé un corps fibreux, de la grosseur d'une noix, rétrécissant considérablement le diamètre du fond de la cavité utérine, facilement énucléable avec les doigts, et surmonté d'un autre petit corps fibreux du volume d'un gros pois.

L'ovaire et la trompe gauche sont sains. L'ovaire droit, sur lequel s'est développé le kyste, a disparu dans l'épaisseur de celui-ci. Quant à l'oviducte du même côté, il rampe sur la partie supérieure du kyste, avec laquelle sa paroi postérieure fait corps ; sa moitié terminale se renfle tout-à-coup en un cylindre d'un volume supérieur à l'aorte, fluctuant, à parois vasculaires, peu résistantes, et qui, ouvert, laisse s'échapper quelques grammes d'un liquide muqueux, accompagné de flocons. Cette portion renflée est limitée par deux bords saillants, dont l'inférieur est formé par le ligament rond, le supérieur par un repli de l'enveloppe du kyste. Une particularité intéressante à noter, c'est que le kyste, en se développant, a entraîné la trompe droite dans un mouvement de rotation tel qu'elle se dirige maintenant de droite à gauche, en décrivant une ligne courbe à concavité tournée en bas et en dehors et située à plusieurs centimètres au-dessus de la trompe gauche.

Une grande incision faite à travers la tumeur montre que, à son intérieur, elle est remplie de kystes secondaires, de volumes très-différents, appendus [illegible] après sa coque, résultant d'un travail de prolifération, et contenant un liquide semblable à celui qui a été antérieurement décrit. En plusieurs endroits aussi, leurs parois sont recouvertes de membranes jaunâtres de la nature desquelles on ne se rend pas bien compte au premier abord.

L'examen microscopique de plusieurs parties de la tumeur, fait par M. Schwartz, interne à l'hôpital Lariboisière, donne les résultats suivants : 1° Le liquide provenant de l'hydropisie de la trompe, de consistance muqueuse, mêlé à des flocons blanchâtres, identique, par conséquent, quant à l'aspect extérieur, avec celui du kyste ovarique, s'est montré composé d'une quantité considérable de mucine et contenait beaucoup d'épithélium *cylindrique*, lequel constitue le caractère pathognomonique du liquide ; 2° Le contenu liquide du kyste ovarique, outre la mucine, renfermait de l'épithélium *nucléaire*, qui le différencie nettement du liquide de la trompe ; 3° Les membranes épaisses trouvées dans l'épaisseur du kyste et qui rappelaient jusqu'à un certain point la muqueuse de la panse des ruminants étaient constituées par des néo-membranes détachées de la paroi interne du kyste, mais dont un certain nombre étaient encore adhérentes.

En résumé, nous voyons que nous avions affaire à un kyste proligère ; à un kyste à forme déhiscente ; à une tumeur qui, bien que développée sur le système tubo-ovarien droit, avait fait subir un tel mouvement de rotation à celui-ci qu'elle était placée sur la ligne médiane, entre l'utérus porté en avant et en haut, et le rectum refoulé en arrière ; à un kyste compliqué d'une hydropisie de la trompe correspondante ; à un kyste qui avait contracté d'intimes adhérences avec le tube intestinal et avec l'utérus, lequel, par suite du développement de la tumeur, avait subi une forte élongation de son col dans la portion sus-vaginale.

Ajoutons que les adhérences de ce kyste auraient présenté de sérieuses difficultés pour son extirpation qui, du reste, avait été jugée inopportune du vivant de la malade.

Réflexions. — Deux faits capitaux ressortent de la lecture de l'observation qui précède. — Le premier est que l'utérus, soumis à une traction lente, dans le sens de son grand axe, par suite du développement d'une tumeur ou autrement, finit par s'allonger jusqu'à près du quadruple (18 centimètres au lieu de 5), et cela exclusivement aux dépens de la portion sus-vaginale de son col.

Le second, c'est qu'il est toujours possible de différencier au microscope le liquide muqueux, provenant d'une hydropisie de la trompe, du même liquide contenu dans un kyste de l'ovaire ; et cela en tenant compte de la nature de l'épithélium qui nage dans chacun de ces liquides ; cylindrique pour la trompe, cet épithélium se montre nucléaire, à cellules arrondies, pour les kystes ovariques.

M. Panas nous a dit avoir rencontré déjà un kyste déhiscent, compliqué d'épanchement ascitique, et qui s'était ouvert dans le péritoine par cinq ou six trous assez larges pour y introduire le pouce. Il s'agissait d'une femme qu'il avait ovariotomisée à l'hôpital Saint-Louis.

A ce propos, M. Panas insiste sur la coexistence encore assez fréquente des kystes de l'ovaire avec un épanchement ascitique. D'une part, cet épanchement crée des conditions meilleures pour l'enlèvement des kystes, puisqu'il indique que les adhérences pariétales font défaut ou que, pour le moins, celles-ci se réduisent à peu de chose. D'autre part, la présence d'un liquide péritonéal indique qu'un certain degré d'irritation ou de phlegmasie séreuse existe déjà : de là, possibilité, après l'opération, de voir la péritonite plastique ou séreuse passer à l'état de péritonite suppurative généralisée dont la mort est la conséquence à peu près fatale. Tout compte fait, la coexistence d'une ascite constitue donc, pour l'opération de l'ovariotomie, une condition fâcheuse et qui ne contrebalance pas l'avantage de quelques adhérences pariétales de moins.

CLINIQUE MÉDICALE

Maladie d'Addison ;

Par **Paul OULMONT**, interne des hôpitaux.

Plé (Anatole), âgé de 38 ans, journalier, entre le 6 juillet 1875 (service de M. le docteur Reynaud) à l'hôpital Lariboisière pour une faiblesse croissante qui le condamne depuis quelques semaines à un repos absolu. Ce qui frappe tout d'abord en lui, c'est la coloration de sa peau, bronze noirâtre, absolument semblable à celle d'un mulâtre. Cette couleur est uniformément répandue sur tout le corps, un peu plus foncée sur les parties exposées au soleil : le dos des mains et la figure, plus foncée aussi aux aînes et sur le dos ; nulle part, la peau ne présente de parties blanches. Sur cette teinte bronzée, se détachent des macules nombreuses, dont la couleur est analogue à celle de la peau, mais est d'un ton beaucoup plus foncé. Elles existent sur tout le tronc, et sur les membres ; leur dimension varie d'une lentille à un pois ; leur forme est celle d'un anneau à bords bien limités, entourant un petit espace de peau saine, mais quelques-unes de ces taches sont couvertes de squames épidermiques. Ces taches sont probablement les traces d'une syphilis que le malade a contractée dans sa jeunesse. La muqueuse des lèvres, à sa face interne et à la jonction de celui-ci avec le bord libre, est couverte de taches pigmentaires confluentes ; ces mêmes taches apparaissent, mais disséminées, sur la muqueuse qui tapisse la face interne des joues, et les commissures labiales. — Les cheveux du malade sont gris.

Outre cette couleur si caractéristique, ce qui frappe chez le malade ; c'est son extrême faiblesse. Cette asthénie fait un contraste saillant avec sa stature robuste, son embonpoint qui a persisté sur tout le corps, et n'a diminué qu'à la face ; les paroles lui coûtent et il ne parle qu'avec peine ; il reste au lit presque immobile, a besoin de secours pour se mettre sur son séant, et, dans cette position, il se sent pris de vertiges, de tintements d'oreilles : plusieurs fois, il se trouve mal.

L'appétit est nul, les aliments inspirent du dégoût. Bien plus, depuis trois semaines, le malade vomit tout ce qu'il prend ; le lait, d'abord toléré, ne l'est même plus actuellement ; et le vomissement est pénible ; il se produit dès que l'aliment est arrivé dans l'estomac, et l'on retrouve dans les matières vomies ce que le malade vient d'avaler, mêlé à de la bile. — Il existe, au creux épigastrique, une sensation sourde de brûlure continue. A ces symptômes, s'est jointe depuis 7 ou 8 jours de la diarrhée qui, après avoir paru céder pendant deux ou trois jours, avant l'entrée à l'hôpital, a reparu avec la même intensité. Les selles sont liquides, jaunes, sans phénomènes douloureux concomitants au nombre de 5 ou 6 par jour.

Tels sont les phénomènes dominants. — Il y a peu de symptômes cérébraux. Le malade tousse un peu depuis quelques jours : ses poumons contiennent quelques râles sibilants très-disséminés. Le cœur est sain : le pouls est lent, régulier, faible. Pas de souffle anémique au cœur et dans les vaisseaux. L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Le début de ces accidents remonte à six années. Auparavant, le malade a toujours joui d'une santé excellente; il ne se rappelle aucune maladie. A 16 ans, il tomba d'un troisième étage, dans une maison en construction, se brisa la colonne vertébrale au niveau des deuxième et troisième vertèbres lombaires, et resta paralysé des membres inférieurs pendant plus de deux ans; la paraplégie est complète du côté des membres, mais les sphincters restent intacts.

A 19 ans, il est complétement guéri; mais il garde une saillie considérable du rachis au niveau des deuxième et troisième vertèbres lombaires; actuellement la région lombaire droite, les masses musculaires des cuisses sont le siége de douleurs rhumatoïdes qui reviennent aux changements de temps. Dans la région lombaire droite, le palper est douloureux.

Depuis l'âge de dix-neuf ans jusqu'à ces dernières années, le malade fait le métier de déménageur; il est très-vigoureux, jamais il n'est arrêté dans son travail. Il y a six ans, il remarque que sa peau, jusqu'alors blanche, prend peu à peu une couleur plus foncée; il se sent en même temps moins fort; il porte bien les mêmes charges, mais il se fatigue plus rapidement. — Cet état de demi-santé se maintient sans grande aggravation pendant près de quatre ans. Depuis deux ans, au contraire, les progrès du mal sont rapides; l'appétit, jusque là conservé, diminue, disparaît même complétement, à certaines époques, où la faiblesse du malade devient assez grande pour l'obliger au repos. C'est ainsi que dans les quinze derniers mois, le malade s'arrêta à trois reprises pendant plusieurs semaines; son dernier séjour à l'hôpital, en février 1875, dura deux mois; sa peau a déjà pris une teinte, qui, sans être aussi foncée qu'aujourd'hui, rappelle déjà celle du bronze. En avril, le malade essaie de se remettre au travail, mais en vain; l'anéantissement des forces l'arrête à chaque instant; enfin, les vomissements, survenus pour la première fois il y a trois semaines, l'obligent à entrer une quatrième fois à l'hôpital.

Les jours qui suivent son entrée, on constate la répétition régulière des symptômes que nous avons signalés; les vomissements sont incoercibles; la diarrhée n'est arrêtée que le 10; le pouls est à peine sensible, et la peau donne une sensation glaciale. Le 12, le malade ne peut même plus s'asseoir sur son séant; dans la soirée, il meurt subitement, en se retournant dans son lit.

Autopsie. Les capsules surrénales paraissent augmentées de volume, la gauche mesure 4 cent. de longueur, sur 3 de hauteur; la droite 4 cent. 5 de longueur, sur 3 de hauteur; elles sont dures et résistantes. Sur une coupe, la capsule gauche offre une plaque caséeuse occupant les 3/4 de l'organe, compacte, dure, d'un aspect blanchâtre, jaspé, teinté de gris bleu dans certains endroits, dans d'autres, de jaune ocreux; cette plaque dont l'épaisseur a 2 cent. environ s'énucléе facilement de la substance corticale; dans le quart relativement sain, apparaissent quelques points, au nombre de 3 ou 4, tout-à-fait comparables à des tubercules, du volume d'une lentille. La capsule surrénale droite offre les mêmes altérations, mais moins avancées; la partie de l'organe restée saine est plus étendue. De gros nerfs venant des plexus solaires aboutissent à ces capsules; ils ne semblent pas altérés à l'œil nu.

Les reins sont sains, un peu congestionnés.

Sous le rein gauche, on découvre un abcès ossifluent, à coque épaisse, à contenu caséeux, du volume d'une grosse noix, qui communique avec le foyer de la fracture.

Le rachis, vu par sa partie antérieure, présente un enfoncement des corps des 2e et 3e vertèbres lombaires. — A l'ouverture du canal rachidien, la moelle apparaît intacte avec ses enveloppes: pas de traces de compression; des coupes transversales du cordon médullaire ne démontrent aucune altération macroscopique. Le cerveau, la bulbe sont également sains.

Les poumons sont un peu congestionnés. Le cœur est flasque, mais son tissu a l'aspect normal; la valvule mitrale paraît un peu épaissie et rétractée; sa couleur est blanc nacré.

Le foie est sain. — Ni le péritoine, ni la muqueuse du tube digestif examinée dans toute sa longueur, ne contiennent de taches pigmentaires.

Rapport de M. Cuffer sur le fait précédent. Nous voyons dans cette observation un premier fait intéressant: une maladie bronzée type, en rapport avec une autre altération isolée des capsules surrénales.

La relation de causalité qui lie ces deux faits est manifeste; et si des cas semblables ne sont plus rares aujourd'hui, celui-ci n'en est pas moins une sérieuse confirmation de l'opinion actuelle sur l'anatomie pathologique de la maladie d'Addison.

Mais c'est surtout au point de vue de la pathogénie de cette affection que ce fait nous paraît avoir de l'importance: en effet, en parcourant les tableaux statistiques de la maladie, dressés par M. Ball dans le *Dictionnaire Encyclopédique* (1), et par M. Jaccoud, dans son *Dictionnaire* (2), nous avons retrouvé plusieurs faits, dans lesquels, à part l'altération des capsules surrénales, l'autopsie n'a trouvé que des lésions suppuratives du rachis. Sur 140 cas environ, où l'examen nécroscopique a porté sur tous les organes, nous en comptons neuf dans lesquels le rachis est atteint d'une carie primitive ou traumatique; et ce chiffre, peu considérable au premier abord, prend de l'importance lorsqu'on défalque des cas précités tous ceux où la lésion des capsules surrénales n'est qu'une des manifestations imprimées par la diathèse tuberculeuse ou scrofuleuse sur l'organisme. Dans huit cas, l'affection siége à la région lombaire; dans six cas, il existe un abcès du voisinage d'une des capsules; enfin dans sept cas, il n'existe aucune lésion d'un autre viscère. Ces observations sont celles d'Addison, de Burrows, de Grey Glover, de Wilks, de Hardwick, de Greenhow et de Hayden.

Ces faits avaient déjà frappé un médecin anglais qui s'est fort occupé de la matière, Headlam Greenhow, et peut-être notre observation vient-elle apporter quelque appui à sa théorie. Cette théorie (3) porte sur deux points: 1° considérant la fréquence de la maladie chez les individus adonnés aux travaux manuels; d'autre part, l'apparition souvent constatée des premiers symptômes à la suite d'une chute ou d'un effort violent, il en conclut que la lésion surrénale est souvent la conséquence de traumatismes, chez des individus, d'ailleurs en puissance de diathèses favorables au développement de la lésion. — 2° Vu la fréquence des altérations des vertèbres lombaires, des abcès osseux voisins des capsules, et parfois même unis, à elle par des adhérences plus ou moins intimes, il pense que les inflammations de voisinage peuvent avoir une fâcheuse tendance à se propager jusqu'à ces glandes. Or, dans notre cas, les deux faits existent: il y eu chute, et suppuration lombaire; reste à discuter leur influence pathogénique. Le malade, il est vrai, a fait une chute d'une hauteur énorme sur la région des reins, mais le long intervalle (16 ans) qui a séparé le traumatisme et les premiers symptômes morbides écarte toute idée de causalité entre les deux faits. Nous mettons donc la contusion hors de cause. Il n'en est pas de même pour l'inflammation osseuse, consécutive à la fracture, dont l'abcès, trouvé à l'autopsie, est le reliquat. Cette inflammation a duré longtemps, car les douleurs rhumatoïdes des membres inférieurs, dont le malade se plaignait encore dans les derniers temps de sa vie peuvent lui être attribués; de plus la région lombaire droite, côté correspondant à l'abcès, était douloureuse et même le palper de la région était seul capable de tirer le malade de l'anéantissement dans lequel il était plongé. Enfin, que ces symp-

(1) *Dic. Encyclopédique.*
(2) *Dict. de Méd. et de Chir. prat.*
(3) *British medical Journ.* 1875, Mars-Avril.

tômes se rapportent ou non à une ostéite rachidienne, il n'en est pas moins vrai qu'on trouvait à l'autopsie de gros abcès caséeux que nous avons décrit. Nous ajouterons encore que dans notre cas, et en cela on peut le rapprocher des faits d'Addison, Burrows, etc., précédemment cités, l'intégrité absolue de tous les organes d'une part, d'autre part la nature de la lésion des capsules surrénales, à savoir la transformation caséeuse de leur tissu, est une preuve nouvelle de l'influence qu'a dû exercer sur la lésion de ces glandes la suppuration lombaire. Nous pensons donc que dans certains cas, en dehors de toute diathèse tuberculeuse ou scrofuleuse, chez des individus parfaitement sains, une inflammation de cause accidentelle, comme celle que peut causer uue fracture de la portion lombaire du rachis, suffit à causer par propagation du voisinage une inflammation chronique des capsules surrénales, et amener ainsi, la maladie d'Addison. (V. page 10.)

Méningo-myélite subaiguë avec paraplégie survenue à la fin de la période secondaire de la syphilis. — Mort. — Autopsie;

Par M. le Dr G. **HOMOLLE**, interne des hôpitaux.

Le 19 janvier 1874, entra dans le service de M. Besnier, à Saint-Louis, une jeune femme de 23 ans, qui venait se faire soigner d'une éruption syphilitique tenace. C'était une syphilide papulo-squameuse, disséminée sur toute la surface du corps, mais prédominant aux membres inférieurs, constituée par des éléments isolés qui, en quelques points, se groupaient en cercles ou en corymbes.

Cette jeune femme ne pouvait donner aucun renseignement sur les premiers accidents qui avaient précédé l'éruption. Eu avril 1872, elle était accouchée d'un fœtus de 5 mois, mort depuis longtemps, et, presque aussitôt après l'avortement, débutait l'éruption qui, depuis, n'a jamais, dit la malade, complétement disparu. En septembre 1873, se produisit une iritis qui s'accompagna de très-vives douleurs et qui laissa des traces manifestes. Les cheveux ne sont pas tombés. Aucun traitement interne n'a été suivi.

La malade présente les apparences d'une constitution assez bonne et paraît seulement un peu anémique (souffle dans les vaisseaux du cou); outre l'éruption dont j'ai parlé, elle a une syphilide pigmentaire au cou et présente des pléiades ganglionnaires à la nuque et aux aines. Elle a remarqué depuis quelques jours que ses pieds étaient un peu enflés; l'œdème modéré prédomine à droite; la malade accuse de ce côté une sensation d'engourdissement. On découvre à peine quelques varices le long des membres inférieurs (il paraît qu'il y en avait beaucoup durant la grossesse); il n'existe pas de cordon douloureux sur le trajet des veines des membres inférieurs; il n'y a pas de points douloureux le long des nerfs; on ne peut constater de tumeur dans la fosse iliaque. La malade est mise au traitement mercuriel (pil. de Sédillot).

30 *janvier*. — La douleur a persisté avec un très-léger degré d'œdème; la malade accuse depuis peu de jours des douleurs à la région lombaire et au niveau de la fosse iliaque droite. L'apparition des règles n'exagère pas les souffrances.

10 *février*. — Depuis cinq ou six jours, les douleurs augmentent d'intensité; la malade qui avait continué à se lever jusqu'ici, souffre en marchant. La pression est douloureuse au niveau des apophyses épineuses et dans les gouttières vertébrales au niveau des premières lombaires et des dernières dorsales, sous le rebord des côtes et dans la fosse iliaque, à droite, en quelques points, le long du membre inférieur de ce côté. Il est toujours impossible de découvrir ni tumeur, ni aucun signe de thrombose veineuse; l'œdème malléolaire a persisté à un léger degré à droite.

28. — La marche est hésitante, presque impossible.

1er *mars*. — Depuis hier soir, il a y rétention de l'urine qui sort en bavant de la sonde.

2 *mars*. — Le cathétérisme est encore nécessaire. La paraplégie est a peu près absolue; elle est beaucoup plus complète à droite qu'à gauche. La malade peut à peine traîner ses pieds sur le lit et changer de position. Les mouvements réflexes sont exagérés; la moindre excitation produit des secousses convulsives; de plus, des soulèvements brusques se produisent à intervalles très-rapprochés et coïncident avec des élancements douloureux, irradiés dans toute la longueur des membres; ces soubresauts reviennent quelque fois toutes les cinq ou six minutes. La contractilité et la sensibilité électriques sont conservées. On provoque des douleurs assez vives par la pression sur les apophyses épineuses de la première vertèbre lombaire et de la dernière dorsale; la sensibilité est bien plus grande au niveau de la gouttière vertébrale droite que du côté opposé. La pression n'est pas douloureuse sur le trajet des nerfs cruraux ou sciatiques, mais, au-dessous du rebord costal et à la région iliaque du côté droit. La sensibilité est peu modifiée dans les membres inférieurs, elle est uu peu moindre à droite qu'à gauche; elle n'est pas altérée dans deux de ses modes (tact et température), mais il y a une analgésie manifeste. De temps en temps, la malade éprouve dans les pieds, surtout à droite, une sensation de piqûre, d'élancement ou de constriction; elle accuse aussi des perceptions passagères de chaleur brûlante ou de froid très-vif. La sensibilité et les mouvements des membres supérieurs sont conservés; par moments seulement, la malade éprouve de l'engourdissement du membre supérieur droit. Il y a un certain degré d'analgésie de la face palmaire des deux avant-bras; les piqûres, faites en ce point, ne provoquent aucun mouvement réflexe au point excité, mais sont suivies de secousses brusques de la jambe droite.

Le cathétérisme doit être pratiqué chaque jour; l'urine est trouble et fétide; la constipation persiste depuis trois jours.

4. — La sensibilité est plus altérée aux membres inférieurs; les contacts sont à peine sentis du côté droit; bien mieux à gauche. L'analgésie est manifeste, mais la sensation produite par un corps froid est très-vive. La malade a presque complétement perdu la notion de la position de ses membres inférieurs; elle ne peut arriver à y porter le doigt lorsqu'elle a les yeux fermés; elle ne sait dire si la jambe est fléchie ou étendue. Pendant le sommeil, le membre inférieur droit est agité de secousses qui le projettent sur celui du côté gauche sans que la malade en ait conscience; elle ne sait le matin où sont ses membres inférieurs; s'ils sont croisés, elle est obligée de se faire aider pour les remettre en place. Les mouvements volontaires sont nuls à droite; à gauche, le pied peut être glissé sur le lit et le genou fléchi, le membre en abduction reposant sur son côté externe. Les mouvements communiqués se font sans douleur. Il n'y a pas de contracture. La région lombaire présente. dans une grande étendue, de l'anesthésie; à l'union avec la région dorsale, il y a au contraire de l'hyperesthésie. Les douleurs irradiées le long des membres inférieurs persistent; c'est souvent au moment de ces crises que la jambe est brusquement soulevée dans le lit.

6. — La paraplégie reste complète, la sensibilité tactile est à peu près nulle. La malade urine par regorgement, lorsque le cathétérisme n'est pas pratiqué; elle va à la selle, grâce à l'huile de croton. Le bras droit est toujours un peu engourdi.

11. — Même état. Cependant les secousses spontanées des membres inférieurs diminuent. Chaque soir, la malade a un léger mouvement fébrile qui commence vers 7 heures, u'est pas précédé de frissonnement, mais est suivi de transpiration: le sommeil est mauvais, sans que les douleurs aient une plus grande intensité pendant la nuit. Dans le jour, la peau est fraiche et l'apyrexie est complète.

12. — Le sirop de Gibert est substitué aux pilules de Sédillot.

13. — Les douleurs rachidiennes se font sentir beaucoup plus haut que les jours passés, au niveau des premières dorsales, d'où elles s'irradient vers les épaules sans atteindre les extrémités. Les douleurs sous-costales existent à droite et à gauche (douleurs en ceinture); les élancements qui parcouraient les membres inférieurs et les sensations anomales de chaleur et de froid ont cessé de se produire. — Le membre supérieur gauche est engourdi et plus faible que l'autre. L'urine est trouble, un peu fétide et purulente. Le sacrum

s'excorie. On augmente de 2 grammes la dose d'iodure de potassium prise chaque jour.

18. — L'eschare fait du progrès, elle occupe une surface large comme une pièce de cinq francs à droite et à gauche du coccyx. La paraplégie persiste, mais la sensibilité est moins obtuse ; à gauche, elle est presque complète ; la notion de la position des membres est à peu près recouvrée.

Les douleurs rachidiennes provoquées par la pression se font sentir non-seulement à la région lombaire, mais aussi au niveau du renflement brachial ; les douleurs sous-costales ont diminué d'intensité, mais il persiste une douleur lombo-iliaque droite très-violente. Il n'y a pas d'irradiations douloureuses le long des membres inférieurs ; il n'y a plus de soubresauts, si ce n'est lorsque la malade est restée longtemps sans uriner ; les jambes ne se croisent plus dans le lit ; quelques contractions brusques se produisent de temps en temps dans les muscles des parois abdominales.

25. — Les soubresauts et les douleurs irradiées ont été moins fréquents la nuit dernière. La malade, pour la première fois depuis plus de trois semaines, imprime quelques faibles mouvements aux orteils et au pied droit tout entier sans pouvoir déplacer le membre sur le plan du lit. Les orteils du pied gauche peuvent être aussi remués.

Depuis deux jours, la malade accuse des douleurs de l'aine et du genou gauches ; les mouvements de flexion ou d'extension exagèrent la douleur.

27. — L'iodure de potassium est supprimé. La malade a pu uriner seule hier soir. Les mouvements volontaires gagnent beaucoup en étendue : les deux pieds peuvent être déplacés sur le plan du lit ; à droite, la jambe peut être fléchie à angle obtus sur la cuisse.

La sensibilité tactile reste émoussée à droite et à gauche ; les mouvements réflexes sont toujours très-vifs. La jambe gauche est agitée de soubresauts non accompagnés de douleurs ; il n'y a plus de secousses du membre inférieur droit. La notion de la position des membres n'est presque plus altérée. Les phénomènes douloureux de toute sorte ont disparu ou très-notablement diminué. La pression provoque des douleurs le long des tibias droit et gauche en même temps qu'elle permet de reconnaître un peu d'œdème persistant. L'œil droit présente une fine injection péri-kératique sans déformation de l'iris : la malade accuse de vraies douleurs péri-orbitaires.

29. — Les mouvements font des progrès sensibles ; la malade a été naturellement à la selle, et urine seule. L'eschare est en très-bonne voie de réparation. Bromure de potassium 2 grammes.

4 *avril.* — La malade peut, en fléchissant la jambe sur la cuisse, soulever le jarret au-dessus du lit. Il se produit encore pendant la nuit quelques secousses de la jambe gauche et bien plus rarement à droite.

On ne provoque aucune douleur pour la pression sur les apophyses épineuses de la colonne lombaire ; il n'y a plus d'élancements douloureux. Le long des membres inférieurs, plus de douleurs sous-costale, ni de douleur iliaque.

8. — Les mouvements volontaires sont plus étendus. De temps en temps, le membre inférieur gauche est encore le siége de soubresauts qui le projettent sur celui du côté opposé.

14. — La malade ne peut toujours pas détacher le talon du plan du lit. Une éruption papulo-squameuse composée d'éléments groupés çà et là fait des progrès depuis quelques jours. Il n'y a plus ni douleur à la pression le long des vertèbres ni douleurs irradiées ; mais la malade se plaint de souffrir du côté gauche de la face et la pression provoque des douleurs aux points sous-orbitaires, autour de l'orbite, à la région fronto-pariétale.

20. — Les talons peuvent être détachés du lit. La malade tousse un peu ; elle continue à présenter un peu de fièvre le soir avec transpiration nocturne ; quelquefois un peu de frissonnement précède la chaleur.

6 *mai.* — L'état reste à peu près le même ; peut-être les mouvements ont-ils un peu diminué de nouveau. La sensibilité est à peu près normale. Les phénomènes douloureux ont cessé de se produire ; les soubresauts des membres inférieurs sont très-rares.

La malade continue à tousser ; on entend des râles sibilants disséminés dans les deux poumons ; la sonorité est diminuée sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse droites ; la respiration est soufflante et l'expiration prolongée.

29. — Les mouvements sont un peu plus étendus. A partir de ce moment, la paraplégie resta stationnaire ou à peu près, bien que la malade fut remise au traitement ioduré.

Ayant quitté le service, le 16 juin, je n'ai pu avoir de renseignements précis sur la marche ultérieure des accidents ; je sais seulement que la fièvre hectique s'accusa de plus en plus, que la malade perdit complétement l'appétit et ses forces. Elle mourut le 20 juillet.

Autopsie. La *moelle épinière* fut recueillie et examinée à l'état frais par mon collègue et ami Gombault ; je n'ai pas eu de détails sur les altérations que pouvaient présenter les autres organes. Il existait, à l'état frais, une zone de ramollissement à la partie inférieure de la moelle dorsale ; à ce niveau on trouvait à l'examen microscopique, de nombreux corps granuleux.

Après un durcissement convenable dans l'acide chromique, j'ai fait l'examen microscopique et reconnu les altérations suivantes : le maximum des lésions siége à quatre centimètres au-dessus du renflement lombaire, à la partie tout-à-fait inférieure de la moelle dorsale. A cette hauteur, le tissu médullaire qui a partout ailleurs une très-bonne consistance, est un peu plus friable, de sorte qu'il se rompt facilement sur les coupes. Il existe là une zone de sclérose qui occupe les cavités postérieures d'une façon inégale ; celui de gauche dans toute son épaisseur, celui de droite dans sa moitié antérieure surtout ; la lésion n'affecte donc pas une disposition systématique ; elle empiète à la fois sur les cordons de Goll et les faisceaux radiculaires internes ; elle envahit aussi la commissure postérieure et la corne postérieure du côté gauche, les cornes antérieures même dans leur moitié postérieure ne sont pas absolument saines. Il n'existe donc pas un foyer à proprement parler, mais la lésion est diffuse et va en s'atténuant à partir des points les plus malades se perdre dans les parties restées saines.

Toute la zone altérée se montre sur les coupes fortement coloriées par le carmin : on y trouve des faisceaux, des fibres ondulées et entrecroisées et des éléments embryonnaires disséminés et groupés en amas autour des vaisseaux gorgés de sang dont les parois sont très-épaissies et qui forment comme autant de centres d'infiltration. La sclérose a envahi le tissu conjonctif du sillon postérieur qui est confondu avec les cordons postérieurs ; à ce niveau, et dans quelques points du voisinage, on voit des petites masses de pigment jaune qui indiquent que la congestion si évidente dans toutes les parties malades, s'est accompagnée çà et là d'extravasation sanguine. On a peine à reconnaître dans le tissu scléreux des traces de myéline et quelques cylindres d'axe.

La substance grise présente aussi des lésions de myélite hyperplastique ; le tissu interstitiel est évidemment condensé, mais les groupes cellulaires ne semblent en aucun point avoir souffert ; dans les cornes antérieures, dans les colonnes vésiculaires de L. Clarke, dans le tractus intermédio-latéral, on retrouve les cellules avec leurs caractères normaux. Le canal central est rempli de cellules épithéliales.

Il existe, outre ces altérations, de la myélite annulaire qui indique la coexistence d'un certain degré de méningite, bien appréciable du reste sur quelques points où la coupe comprend la pie-mère infiltrée d'éléments embryonnaires. La myélite est caractérisée par l'épaississement des cloisons interposées aux tubes nerveux ; elle est irrégulièrement distribuée à la circonférence de la substance blanche des centres antéro-latéraux.

Au-dessus du foyer principal, les lésions se circonscrivent presque immédiatement aux cordons de Goll surtout à celui du côté gauche ; les faisceaux radiculaires internes même à gauche sont absolument indemnes, c'est en un mot la dégénération ascendante des cordons postérieurs. La substance grise est saine ; mais on constate à un degré variable de la myélite corticale.

Au-dessus, la lésion se propage dans une certaine hauteur de manière à présenter une étendue totale de un centimètre et demi environ. Plus bas encore la sclérose persiste à un moindre degré sous forme d'îlots disséminés dans la substance blanche autour des vaisseaux; ceux-ci sont remplis de globules sanguins, leurs parois sont épaissies, infiltrées de cellules de nouvelle formation et les cloisons de la névroglie dans le voisinage sont notablement épaissies. Les lésions corticales sont peu accusées; elles prédominent à la partie postérieure des cordons latéraux où existe une zone triangulaire de sclérose adjacente aux cornes postérieures, surtout à gauche; cette myélite périphérique diffère par son siége et la distribution irrégulière de la sclérose descendant des cordons latéraux qui fait complétement défaut.

Au niveau du renflement lombaire, il existe encore des altérations analogues, mais peu marquées et sans localisation bien précise dans l'épaisseur des cordons postérieurs et à la périphérie des cordons antéro-latéraux.

On observe, en outre, à ce niveau, des lésions des cornes antérieures qui diffèrent complétement des altérations scléreuses signalées plus haut.

Le tissu y paraît raréfié; il est infiltré çà et là par une matière amorphe transparente qui s'est colorée par le carmin; de nombreuses cellules étoilées (cellules araignées) se voient à ce niveau. Quant aux cellules nerveuses, elles sont absolument normales. A l'union des cornes antérieure et postérieure du côté gauche, au point où la moelle commence à se rétrécir au-dessous du renflement lombaire, se voit une sorte de lacune comblée par cette matière amorphe qui sépare les éléments de la substance grise; c'est surtout autour de ce point que s'observent des cellules araignées en grand nombre.

Ces détails indiquent qu'il s'est produit chez la malade, dont nous avons rapporté l'observation, une myélite-subaiguë diffuse, présentant un foyer principal à la partie inférieure de la moelle dorsale et des lésions disséminées; celles-ci prédominaient surtout dans la substance blanche des cordons postérieurs, mais ayant aussi envahi superficiellement la périphérie de cordons antéro-latéraux dans presque toute leur hauteur, disposition en rapport avec la coexistence d'une méningite subaiguë.

Il est à peu près impossible d'établir la corrélation exacte des lésions et des symptômes observés pendant la vie, puisque les phénomènes qui ont pu se produire durant les dernières semaines n'ont pas été notés. Je ferai seulement remarquer qu'il y a un certain désaccord entre la prédominance des troubles sensitifs et moteurs du côté droit, et le siége des tissus qui empiétaient davantage sur le côté gauche; tout s'expliquerait si, dans les derniers temps de la maladie, les troubles fonctionnels s'étaient accusés à gauche; (ils ont pendant quelques jours à la fin de mars prédominé de ce côté.

Les phénomènes douloureux du début, cette pseudo-névralgie qui constitua pendant quelques jours le seul phénomène appréciable, s'expliquerait assez bien par les lésions méningées et les troubles profonds de la sensibilité ne doivent pas étonner en présence des lésions qui portent sur toute l'étendue des cordons postérieurs et sur la commissure postérieure.

Il est plus difficile de découvrir la cause anatomique de la paralysie motrice presque absolue à un certain moment, en l'absence des lésions profondes du tractus moteur des cordons antéro-latéraux; peut-être l'altération de la substance grise au début, dans la période subaiguë doit-elle être invoquée et a-t-elle joué un rôle comparable, dans une certaine mesure, à celui qu'a la myélite centrale dans des cas tout-à-fait aigus.

La diffusion de la méningite et de la myélite annulaire rendrait assez bien compte des quelques troubles fonctionnels observés aux membres supérieurs.

Je n'ai pas besoin de faire observer que rien, dans les lésions pas plus que dans les symptômes n'est spécial à la syphilis dans le cours de laquelle la paraplégie est survenue, sans aucune cause appréciable. Je n'ai pas cru pouvoir conclure sans réserves d'une coïncidence à un lien de causalité entre la myélite et la syphilis, mais cette relation est possible, et j'ai pensé qu'il y avait interêt à rapprocher ce cas des observations qui ont été citées par M. Broadbent, comme des exemples de myélite syphilitique secondaire (LANCET, 1874). Ces faits, en petit nombre, sont remarquables par la rapide évolution des accidents, mais il leur manque à tous, un examen complet de la moelle. Quant aux autopsies de paraplégie syphilitique de la période tertiaire qui ont été suivies de recherches anatomo-pathologiques précises, elles sont aujourd'hui assez nombreuses, mais toutes se rapportent soit à des gommes, soit à des scléroses à évolution très-lente, développées dans les périodes avancées de la vérole et diffèrent par conséquent à tous égards du fait qui nous occupe.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Ouverture du Cours de Médecine du Collége de France : M. Cl. Bernard.

M. Claude Bernard a ouvert cette année, le 24 décembre, au Collége de France, son cours de médecine expérimentale, par quelques considérations de philosophie médicale. Il a commencé par énoncer cette proposition: que la médecine devait être une partie de la physiologie.

Il caracterise la médecine et la physiologie par leurs méthodes : la méthode médicale, étant l'observation; la méthode physiologique, étant l'expérimentation; l'observation est, d'après le savant professeur, la constatation de faits dons les causes ne sont ni déterminées, ni recherchées; l'expérience, au contraire, consiste dans la constatation de faits dont les causes sont connues et réalisées par l'expérimentation.

L'expérience tend donc à l'explication du mécanisme des phénomènes, dont la connaissance fournira les moyens de la maîtriser; une expérience bien faite est décisive; il n'est pas besoin d'accumuler les expériences, de les *compter*.

L'observation, par contre, ne pénètre pas dans les mécanismes; elle aboutit tout au plus à la localisation des phénomènes, sa valeur dépend du uombre des faits sur lesquels elle s'exerce, elle compte et aboutit à une action conjecturale plus ou moins probable.

L'observation est indispensable, mais elle est insuffisante; il faut que le médecin, obligé d'agir et n'ayant pour cela faire que les observations, sache néanmoins la valeur scientifique du procédé qu'il emploie, et marche vers le but qui est de connaître pour agir.

M. Claude Bernard se propose, cette année, de faire un cours presque exclusivement expérimental sur les fonctions de circulation.

Faculté de Médecine.

Les professeurs de la Faculté ont été convoqués aujourd'hui, 30 décembre, à l'effet de discuter les conclusions du rapport de M. le professeur Broca sur les modifications à apporter dans l'enseignement clinique de la Faculté.

D'après les renseignements que nous avons recueillis, M. Broca, au nom de la Commission, proposerait la création de quatre nouvelles chaires complètes, semblables aux cliniques générales : 1° pour les maladies mentales; 2° pour les maladies de la peau; — 3° pour les maladies des yeux; — 4° pour les maladies des enfants.

Ces conclusions, qui seront sans doute votées, par l'Assem-

lée des professeurs, indiquent, de la part de la Faculté, une idée bien arrêtée de perfectionner notre enseignement médical. — Les autres questions, relatives au maintien de quelques-uns des cours complémentaires actuellement existants, ou à la création de nouveaux cours supplémentaires, ainsi que l'examen des attributions qu'il conviendrait de donner aux agrégés, seront l'objet d'un examen ultérieur. Espérons qu'il ne se fera pas trop longtemps attendre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national. La Commission présente : en première ligne, M. Raimbert (de Châteaudun) ; en deuxième ligne, M. Berchon (de Pauillac); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Dechaux (de Montluçon), Mignot (de Chantelle), Nivet (de Clermont-Ferrand), Willemin (de Vichy).

Nombre des votants 66, majorité, 34. M. Raimbert ayant obtenu 49 suffrages, est nommé membre correspondant national.

Deuxième scrutin pour la nomination d'un membre correspondant étranger. La liste de la commission porte en 1re ligne; M. West (de Londres); en 2e ligne, M. Faget (de la Nouvelle-Orléans) ; en 3e ligne, M. Hébra (de Vienne). M. West est nommé membre correspondant étranger.

Nouveaux scrutins pour le renouvellement partiel des commissions permanentes. Sont nommés : Commission des épidémies : MM. Marrotte et Colin. Commission des eaux minérales : MM. Lefort et Pidoux. Commission des remèdes secrets : MM. Piorry et Personne. Commission de vaccine : MM. Hervieux et Hillairet. Comité de publication : MM. Dechambre, Richet, Verneuil, Magne, Amédée Latour.

Suite de la discussion sur les troubles de la vision au point de vue militaire.

M. GIRAUD TEULON, dans la précédente séance s'était attaché à combattre les propositions de M. J. Guérin, en renvoyant pour ainsi dire son honorable contradicteur aux notions vulgaires écrites dans tous les traités classiques de physiologie. Mais une petite erreur s'est glissée dans son argumentation, et la presse lui en ayant fait reproche, il la répare en l'expliquant. Il avait affirmé, en effet, que la grandeur de la seconde image reste *invariable* dans le cas de simple translation du cristallin d'arrière en avant, tandis qu'il aurait dû dire que cette seconde image se raccourcit nécessairement d'une très-faible quantité.

L'auteur reproche à M. J. Guérin d'avoir confondu les uns avec les autres et d'avoir placé sous la même dépendance étiologique — la rétraction musculaire — des états bien différents, myopie, asthénopie, hypermétropie. astigmatisme, etc., et surtout d'avoir passé sous silence l'action du muscle ciliaire dont il paraissait, au début de la discussion, ne pas même connaître l'existence. Les muscles, chez les strabiques, subissent des modifications fonctionnelles tout autres que celles indiquées par M. J. Guérin, et de plus, les faits apportés par cet auteur sont trop peu nombreux pour faire pencher la balance en faveur des théories de M. Guérin.

M. DECHAMBRE, mis en cause dans le dernier discours de M. J. Guérin, déclare que la statistique qui a été indiquée comme venant de lui, a été écrite sous les yeux et en quelque sorte sous la dictée de M. J. Guérin, qui aura pu la modifier plus tard à son gré. Il n'a pas vu tous les malades dont l'histoire est consignée dans cette statistique, il n'a pas suivi tous les opérés, de sorte qu'il ne peut accepter la responsabilité des conclusions de son mémoire. Cette statistique a, du reste, été faite à une époque où la science ophthalmologique n'était pas aussi perfectionnée qu'elle l'est aujourd'hui, de sorte que des réserves sont indispensables à faire sur la valeur du document. M. Dechambre conseille à M. J. Guérin de reprendre l'étude de la myopie.

M. J. GUÉRIN maintient ce qu'il a dit pour la statistique de M. Dechambre. Il ne répondra pas à M. Giraud-Teulon et propose à l'Académie et à M. Giraud-Teulon lui-même la formation d'une Commission devant laquelle la question sera plus spécialement portée, et dont les conclusions pourront être apportées à la tribune.

M. TRÉLAT avait demandé la parole au cours du débat, parce que certaines propositions, émises par M. J. Guérin, lui avaient semblé en complet désaccord avec les notions de physiologie et d'ophthalmologie actuellement reçues ; mais il n'a rien à ajouter aux réponses de MM. Perrin et Giraud-Teulon dont il adopte les conclusions.

M. J. GUÉRIN renouvelle sa proposition tendant à nommer une Commission devant laquelle le débat sera porté. L'Académie consultée, refuse.— Dans la prochaine séance, l'Académie décidera s'il y a lieu de renvoyer aux ministres de la guerre et de la marine le travail de M. Giraud-Teulon et la discussion qui s'en est suivie.— La séance est levée à 5 heures.

M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 24 décembre. — Elections : Ont été nommés *membres titulaires* : MM. BUDIN, LABARRAQUE, NEPVEU ;— *membres adjoints* : MM. GRAUX, HIRTZ, HEYDENREICH, PLANTEAU et RÉMY.

Séance du 8 octobre. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

1. Note sur un cas de néphrite interstitielle portant sur un rein unique; par MM. ABBADIE-TOURNÉ et A. JULIEN, externes des hôpitaux.

Vers le milieu du mois de septembre 1875, entra à la Charité, dans le service de M. Bernutz, dirigé en son absence par M. DUGUET, un vieillard âgé de 73 ans, présentant une pâleur remarquable de tout le corps et une bouffissure légère de la face avec un peu d'œdème aux malléoles. L'*oppression* était considérable, la toux assez fréquente, et l'expectoration purement muqueuse. On ne trouva dans la poitrine rien autre chose que des râles sous-crépitants assez fins, disséminés partout et plus abondants aux deux bases, en arrière. Le cœur battait violemment, au-dessus du siége normal de la pointe, mais sans présenter de bruit de souffle, ni à la pointe ni à la base. Le pouls était régulier, bondissant, et les artères en général, l'humérale droite en particulier, offraient un développement très-exagéré ; elles étaient sinueuses, mais sans offrir à la pression une très-grande résistance ; l'artère humérale soulevait fortement la peau, et dessinait, près du pli du coude, une saillie sinueuse du volume du petit doigt environ. Rien à noter dans les autres organes ; l'appétit était faible, les fonctions intellectuelles encore peu obtuses et la vue assez nette.

L'urine, rendue souvent et d'une façon exagérée, était pâle, mousseuse, et avait une densité de 1012. La quantité des 24 heures n'a pu être appréciée, mais elle dépassait notablement la normale. Chauffée et traitée en même temps par l'acide nitrique, elle donnait un dépôt floconneux d'albumine assez abondant.

Il s'agissait donc d'une maladie de Bright avec hypertrophie cardiaque et altération athéromateuse des artères. L'oppression était due à l'œdème qui avait envahi les poumons comme le tissu cellulaire de la face et des malléoles.

Le malade subit rapidement un affaissement progressif; l'œdème augmenta partout, dans les poumons comme ailleurs; il survint même un peu de diarrhée, et dans les derniers jours le malade tomba dans un coma progressif, avec langue sèche, et mourut le 6 octobre au milieu d'un *coma profond.*

1° *Étude du rein malade.*

A L'AUTOPSIE, on trouve *un rein unique*, placé à cheval sur la colonne vertébrale, à concavité supérieure ; le rein offre un volume peu considérable, eu égard aux deux reins qu'il représente réunis ; son aspect est foncé, brunâtre. La surface paraît granuleuse, mais c'est surtout après la décortication

que cet état granuleux de la surface devient des plus manifestes. On constate de plus que la capsule fibreuse est épaissie notablement et que son adhérence avec le parenchyme sous-jacent est telle, qu'on le déchire, ou qu'on l'enlève par place, avec elle du tissu même du rein.

A la pression, comme à la coupe, le tissu est résistant; la surface de section, foncée ainsi que l'était la surface, montre une diminution d'épaisseur des deux substances, corticale et médullaire, de la corticale principalement. La déchirure en est difficile; il existe, principalement dans la couche corticale, un certain nombre de petits kystes miliaires, qui contribuent pour leur part à donner au rein son aspect granuleux. Les artères rénales sont très-apparentes, à parois très-épaissies, largement béantes; leur trajet anguleux se dessine et tranche fortement par sa couleur blanche, sur la teinte rouge brune du parenchyme rénal.

Existe-t-il une simple altération athéromateuse de ces artères? sont-elles de plus affectées de dégénérescence amyloïde? Cela serait possible, d'autant plus que par places, et dans la couche corticale amincie, se voient des points d'un blanc bleuâtre, luisant, ayant une résistance quasi-élastique.

Toujours est-il que toutes les artères du corps, superficielles et profondes, offrent une dilatation remarquable, avec un épaississement très-grand des parois, épaississement tenant à l'*altération scléreuse* plutôt qu'athéromateuse de toutes les artères. Les orifices cardiaques sont à peine altérés; les valvules aortiques offrent de légères incrustations athéromateuses; mais le ventricule gauche présente une *hypertrophie considérable* avec dilatation. Rien à noter dans les autres portions du cœur.

Poumons pâles plutôt que congestionnés, remplis d'une sérosité spumeuse. Le foie, la rate, le tube digestif n'ont pas d'altération évidente. Le cerveau n'a pas été examiné.

L'examen du rein au *microscope* a fait reconnaître l'existence d'un tissu conjonctif jeune, avec prolifération abondante de noyaux autour des tubes de la substance corticale et des glomérules (*néphrite interstitielle*). Les tubes et les glomérules, ont subi une atrophie et des déformations considérables.

2° *Étude de l'anomalie rénale.*

Situés au devant de la colonne vertébrale, au-dessous du pancréas et du duodénum, soudés par leur extrémité inférieure, les reins constituent un organe impair, médian et symétrique, dont le bord supérieur a la forme d'un croissant à concavité dirigée en haut. La partie inférieure de cet organe offre une légère échancrure vers son milieu; les bords latéraux sont obliques en bas et en dedans, et un peu convexes. La face postérieure, plane, repose au-devant de l'aorte abdominale et de la veine cave inférieure, sans que ces vaisseaux s'y soient creusé de sillon.

Vers le milieu de la face antérieure, au contraire, existe une gouttière verticale, indiquant que la fusion des deux organes est moins complète en avant qu'en arrière. En dehors de cette gouttière naissent symétriquement à une distance de quatre centimètres et demi l'un de l'autre, deux uretères sortant de deux bassinets parfaitement distincts. La direction et le volume des deux conduits excréteurs n'ont rien d'anormal. Leur origine a lieu à peu près à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de l'organe.

C'est sur sa face antérieure que le rein est abordé par ses *artères* principales qui sont au nombre de deux. Elles naissent des parties latérales de l'aorte, à peu près au niveau de l'extrémité supérieure du rein, et se dirigent obliquement en bas et en dehors. L'artère rénale droite fournit six rameaux secondaires pour le rein droit. L'artère rénale gauche se divise en deux branches secondaires dont l'externe se subdivise en quatre rameaux destinés au rein gauche et dont l'interne se subdivise en deux seulement: l'un de ces rameaux va au rein gauche, tandis que l'autre se rend au rein droit. Les artères rénales sont accompagnées l'une et l'autre par une seule veine. Les veines spermatiques vont se jeter directement dans la veine cave inférieure. Quant aux artères capsulaires inférieures, elle proviennent des rénales; mais elles suivent un trajet oblique en haut et en dehors pour aller rejoindre les capsules surrénales qui n'ont pas suivi les reins dans leur déplacement et qui occupent leur place habituelle.

Le hile de l'organe correspond donc à la face antérieure, où il occupe une surface ayant cinq centimètres de haut sur deux centimètres et demi de large. Le rapport des organes qui s'y rendent ou qui en sortent sont normaux, c'est-à-dire qu'on trouve, d'avant en arrière, la veine, l'artère et l'uretère. Enfin, le rein reçoit une artère supplémentaire née de l'aorte au-dessous du bord inférieur du rein. Elle l'aborde par la partie médiane de sa face postérieure, vers la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs.

Les dimensions du rein droit et celles du rein gauche sont à peu près égales, et leur longueur est de dix centimètres, leur largeur de six, et leur plus grande épaisseur de deux et demi. La distance qui sépare les deux extrémités supérieures est de dix centimètres. Les deux saillies qui limitent l'échancrure médiane du bord inférieur sont à quatre centimètres l'une de l'autre. La hauteur de l'organe est de cinq centimètres et demi sur la ligne médiane; enfin, sa largeur maxima est de quinze centimètres et demi.

Cette anomalie est loin d'être rare, et rentre dans le groupe des hémitéries d'Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire.

Anormale chez l'homme, cette disposition reproduit une disposition qui est normale chez les vertébrés inférieurs. D'après Siebold et Stannius, les reins des poissons osseux se confondent souvent en une seule masse, à leur extrémité postérieure. Cette fusion est très-rare chez les Batraciens, dont les reins se touchent pourtant par leur bord interne. Les reins des Sauriens sont très-étroitement serrés l'un contre l'autre, dans leur partie postérieure, et presque confondus. Enfin, chez les Oiseaux, les reins, ordinairement séparés, peuvent présenter un rapprochement qui va jusqu'à une fusion complète, laquelle correspond le plus souvent à leur extrémité postérieure. Cette fusion est la règle chez les genres héron, agami, ruffin, et surtout chez les plongeons.

Ainsi, lorsque les reins se soudent, c'est, en général, par leur extrémité postérieure ou caudale; au niveau de leur extrémite antérieure ou céphalique, ils sont séparés par le tube digestif pharynx, œsophage). Ajoutons à ce fait, qu'au niveau de leur extrémité supérieure ou céphalique, les reins de l'homme sont séparés par la portion de l'intestin qui adhère à la colonne vertébrale (2e et 3e portion du duodénum), et nous pouvons, jusqu'à un certain point, nous expliquer l'extrême rareté des cas dans lesquels on les a trouvés soudés par cette extrémité. D'ailleurs, n'est-il pas probable que, lorsqu'une pareille disposition se présente, les reins ont subi un déplacement qui les a portés au-dessous du duodénum? C'est du moins une hypothèse qui nous paraît rationnelle.

Séances de juillet. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

14. Maladie d'Addison; Par PAUL OULMONT. (Voir page 4.)

M. HAYEM. Dans un cas de maladie d'Addison que j'ai communiqué dernièrement à la Société anatomique, les capsules surrénales présentaient les mêmes lésions que celles-ci. J'ai fait, dans ce cas, l'examen histologique des ganglions semilunaires et des filets nerveux qui en émanent; j'y ai trouvé quelques petites granulations pigmentaires et graisseuses; mais je ne crois pas que l'on puisse attacher une grande importance à cette particularité, et considérer cette altération comme primitive, car tous les tissus (cellules nerveuses, fibres musculaires, etc.,) contiennent également du pigment, aussi bien que les éléments du système nerveux sympathique. — J'ai, en outre, noté que le tissu conjonctif était très-abondant dans les ganglions sympathiques; mais il s'agit là d'un état normal, et il faudrait bien se garder d'y voir de la sclérose.

M. DEBOVE. Je ferai remarquer que les lésions consécutives à la fracture de la colonne vertébrale présentent une grande analogie avec celle du mal de Pott, et je rappellerai que la maladie d'Addison a été signalée comme survenant dans le cours de cette dernière affection.

M. HOMOLLE. M. Greenhow (*The Brit. med. Journ.*) a signalé

plusieurs cas de mélanodermie à la suite de fracture de la colonne vertébrale, au niveau de la région dorso-lombaire.

19. Epididymite suppurée, consécutive au cathétérisme ; par M. Marchant, interne des hôpitaux.

Pierre Nabot, âgé de 80 ans, pensionnaire de Laroche-foucauld, entre à Cochin, le 9 mai, salle Cochin, n° 16.

Au moment de son entrée, nous constatons chez le malade un affaiblissement notable des facultés intellectuelles ; de plus il a perdu l'usage de l'ouïe, d'une façon très-prononcée, conditions fâcheuses qui rendent fort difficile la recherche des antécédents.

Depuis quatre jours, il est affecté de rétention d'urine ; il a uriné par regorgement pendant deux ou trois jours, mais depuis vingt-quatre heures environ, il n'a rendu aucune goutte de liquide. Un médecin a été appelé pour le sonder : il n'a pu arriver à pratiquer le cathétérisme avec une sonde métallique, malgré des tentatives longtemps et plusieurs fois répétées, et suivies de l'émission de quelques caillots sanguins ; le malade est alors envoyée à Cochin.

Au moment de son admissiou, quelques instants avant la visite, on constate une distension énorme de la vessie, bombant au-dessus du pubis : la palpation et la percussion sont douloureuses, et par moments le patient accuse des douleurs spontanées. Le cathétérisme est pratiqué par M. Després ; il introduit d'abord une sonde en gomme de petit calibre, qui arrive facilemeut jusqu'à un obstacle, que les mensurations permettent de rapporter à la région prostatique ; une sonde de même substance, mais de calibre moyen, est alors essayée, et son introduction, facile, permet de constater l'absence de rétrécissemeut, si ce n'est au niveau de la région prostatique ; seulement à quelques millimètres en avant de cet arrêt, le bec de la sonde s'engage dans une directiou anormale, et c'est alors qu'on voit apparaître quelques gouttes de sang au niveau du méat urinaire ; ces données, le siège de l'obstacle font pressentir qu'il s'agit d'uue hypertrophie prostatique, et permettent d'assurer l'existence de fausses routes ; le toucher rectal révèle une hypertrophie fort sensible des lobes latéraux de la prostate. M. Després prend alors uue sonde de gros calibre, munie d'un mandriu auquel il a donné une courbure rappelant celle de la sonde de Mercier, et arrive facilement à franchir l'obstacle ; l'urine, fortement chargée, d'odeur ammoniacale, s'écoule en abondance, et la soude est laissée à demeure.

Malgré le soulagement éprouvé par le malade, son état général est mauvais ; il se plaint de douleurs rénales ; il a de la fièvre, enfin son facies est vultueux.

Pendant plusieurs jours, on ne coustate rien de nouveau dans l'état du malade ; le cinquième jour, une nouvelle sonde est passée sans difficultés par l'interne de garde ; (le malade prétendait avoir laissé échapper la première dans un mouvement).

L'appétit est mauvais, la langue chargée, les garde-robes difficiles. De plus, il y a une petite toux grasse, quinteuse, qui fatigue beaucoup le malade.

Le 22 *mai*, au matin, c'est-à-dire le 13e jour de son traitemeut, le malade se plaint d'une douleur dans le scrotum ; celui-ci, en effet, est rouge, tuméfié, et la palpation permet de constater au niveau de la queue de l'épididyme, une masse fort douloureuse, ayant le volume d'une amande ; le corps du testicule lui-même semble augmenté de volume, ce que M. Després attribue à un épanchement liquide dans la tunique vaginale. — La sonde en gomme est remplacée par une sonde en caoutchouc plus molle, plus malléable.—Application de cataplasmes sur les bourses.

A partir de ce jour, l'état général déjà mauvais a empiré : douleurs au niveau de la région lombaire, fièvre constante, anorexie, langue sèche, rougeur de la face. Du côté du testicule, état stationnaire, mais toujours sensibilité fort vive au niveau de la queue de l'épididyme gauche.

Le malade meurt le 2 *juin*.

Autopsie le *4 juin*. *Poumons* sains, mais fortement congestionnés, surtout dans leur partie postérieure. Pas de pneumonie soupçonnée pendant la vie, mucosités bronchiques abondantes.

Foie et *rate* normaux, mais hyperémiés.

Reins congestionnés. Celui de droite présente, dans sa circonférence et vers la partie moyenne, un petit abcès du volume d'un pois. Bassinets et uretères dilatés.

Vessie. Colonnes très-accusées ; état ramolli de la muqueuse, qui est violacée, et baignée par une urine purulente.

Urèthre. Hypertrophie considérable du lobe moyen de la prostate, qui fait saillie sur la face inférieure de l'urèthre, et explique les difficultés du cathétérisme ; en avant de cette luette vésicale, on remarque trois ou quatre éraillures de la muqueuse, présentant encore une teinte hémorrhagique, trace des fausses routes ; en pressant la prostate à sa face inférieure, on voit sourdre une gouttelette de pus, sur la partie latérale gauche du verumontanum ; poussant plus loin l'investigation, nous constatons du pus dans la vésicule séminale gauche, *peut-être aussi dans la droite* (?). La pression de la première a fait sourdre le liquide purulent dans l'urèthre. La tunique vaginale contient quelques grammes d'un liquide louche à gauche ; du même côté, petites masses graisseuses : le corps du testicule est libre, mais à la queue de l'épididyme, on sent un noyau dur, réniteut, intéressant presque toute la portion testiculaire du canal déférent.

En pratiquant une coupe de la tumeur de l'épididyme, et à notre grand étonnement, il s'échappa un flot de pus d'une cavité creusée dans l'épididyme, au niveau de la tumeur décrite plus haut. L'abcès s'est-il formé en dehors de l'épididyme, ou dans le canal lui-même ? cette question semble difficile à résoudre.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est : 1° l'identité, au moins au point de vue du *mécanisme du siége*, de l'épididymite blennorragique, et de l'inflammation qui succède au cathétérisme (il n'y avait pas ici d'orchite parenchymateuse).

2° La rapidité avec laquelle cette épididymite a suppuré, sans réaction générale fort appréciable (ce qui pouvait tenir à l'état grave du malade), puisque c'est du 23 mai au 2 juin que se sont produits les accidents.

Gangrène spontanée ; par M. Avezou et M. Béringier, internes des hôpitaux.

Lalanne, âgé de 75 ans, sans profession, entre le 26 mars 1875, à l'infirmerie de l'hospice des Ménages (service de M. Ch Bernard). Cet homme était d'une constitution robuste. Il entra à l'infirmerie pour des varices enflammées de la jambe gauche. Toute trace d'inflammation ayaut disparu, il allait sortir de l'infirmerie.

Le 15 *avril*, apparurent les premiers symptômes de gangrène. Il se plaignit d'engourdissement, de fourmillements dans le pied droit. Il éprouvait une sensation de froid intense, et ue pouvait, disait-il, le réchauffer malgré qu'il eût soin de l'envelopper d'une couverture épaisse. Pendant les premiers jours, on ne remarqua rien d'anormal dans l'aspect extérieur du membre. Il y avait un abaissement assez notable de la température dans la partie inférieure de ce dernier.

Mais, le 20 *avril*, de nouveaux symptômes apparurent ; à l'engourdissement et aux fourmillements succédèrent des douleurs vives ; celles-ci revêtirent, dès le début, un caractère d'acuité tel que le malade fut complétement privé de sommeil. Toute la nuit il était agité, se plaignait constamment, se jetait hors de son lit. Il éprouvait uue sensation de cuisson intense dans le pied droit.

Le 21 *avril*, on constata aussi des changements dans l'aspect extérieur du pied ; celui-ci présentait une coloration violacée toute particulière. Sur toute la face dorsale, les capillaires étaient très-développés. L'artère fémorale ue présentait plus aucun battement ; elle formait un cordon dur et rigide. L'auscultation du cœur ne fournit que des signes négatifs ; il n'y avait aucun bruit de souffle. Le malade était abattu, ses douleurs semblaient un peu calmées. Son pouls n'était point accéléré. Il n'y avait pas de sucre dans les urines.

Le 22 *avril*, tout le pied droit prit une coloration violacée plus intense ; cette coloration était surtout marquée sur les orteils ; les ongles était uoirâtres. La sensibilité était très-obtuse dans toutes les parties atteintes. Les douleurs persistaient, mais elles étaient plus vives la nuit que le jour. L'état

général du malade était mauvais: sa langue était sèche. l'appétit était nul. Il y avait de l'abattement ; la nuit, le sommeil faisait toujours défaut malgré l'administration de pilules d'extrait thébaïque.

Le 21 avril, l'état local n'a pas changé, la température du pied malade est toujours très-basse. Le thermomètre donne 21 pour le pied malade, tandis que du côté gauche il marque 35°, 4. Quant à l'état général, il est toujours peu satisfaisant : l'abattement est toujours assez marqué pendant le jour ; la nuit, il y a de l'agitation. Le malade tousse ; on entend dans la poitrine des râles sous-crépitants peu nombreux ; les crachats n'ont rien de spécial.

Le 27 *avril*, la coloration violacée du pied s'étend jusqu'à la partie inférieure de la jambe. La sensibilité est complétement abolie dans toute l'étendue du pied ; au niveau du tiers inférieur de la jambe, elle est seulement obtuse. Les douleurs semblent un peu calmées. Le malade peut dormir quelques heures pendant la nuit.

Le 1er *mai*, la température du pied droit est descendue au-dessous de 20°. Les orteils ont pris une coloration tout-à-fait noire ; ils sont durs comme du bois, et sont complétement desséchés. La partie inférieure de la jambe commence à prendre une coloration violacée plus foncée ; la sensibilité y est obtuse.

Le 10 *mai*, les orteils sont noirs, desséchés, comme momifiés, et il en est de même de tout le pied. La partie inférieure de la jambe a pris une coloration noirâtre ; elle est complétement insensible. Au-dessus des parties atteintes, la moindre pression éveille des douleurs vives. Cependant il n'y a à ce niveau ni rougeur ni gonflement. L'état général du malade devient de plus en plus mauvais : il est dans la prostration, ne peut plus manger que des potages. Toute la muqueuse linguale est couverte de muguet. — Collutoire au borax.

Le 14 *mai*, la gangrène a fait de nouveaux progrès. Toute la partie inférieure de la jambe est desséchée ; le tiers moyen et une partie du tiers supérieur ont pris une coloration violacée, noirâtre même ; à la partie interne, au niveau du tiers moyen se voit une large phlyctène remplie d'une sérosité roussâtre. La jambe est demi-fléchie sur la cuisse ; l'extension ne peut se faire.

Le 25 *mai*, on remarque que, depuis quelques jours, la gangrène a fait de rapides progrès. Toute la jambe est affectée ; dans ses deux tiers inférieurs, coloration noire, dureté, momification ; dans son tiers supérieur, coloration violacée ; dans cette dernière partie, la sensibilité est notablement diminuée. Au niveau de la partie antérieure et interne du genou, existe une plaque noire, de la largeur de la paume de la main. La flexion de la jambe sur la cuisse est très-prononcée. L'état général du malade est toujours très-mauvais. Cependant, le muguet a disparu, mais la prostration est très-grande. Les douleurs continuent, mais elles ont moins d'acuité.

Le 1er *juin*, le malade est très-faible. Sur la cuisse droite, en arrière du grand trochanter, on observe un commencement d'eschare. A la partie antérieure de la jambe, au-dessous du genou, il existe une large phlyctène remplie de sérosité roussâtre. L'appétit du malade est nul ; sa langue est sèche, mais il n'a pas de diarrhée. Les douleurs sont calmées.

Le 13 *juin*, le malade se plaint de ne pouvoir avaler ; il rejette les boissons qu'il prend. Le muguet a reparu, et envahit toute la muqueuse buccale.

Le 14 *juin*, l'eschare de la fesse a 7 ou 8 centimètres de diamètre ; elle commence à s'éliminer.

Le 17 *juin*, l'état général s'est aggravé. On observe de l'assoupissement, du délire pendant la nuit. La langue est sèche, dépouillée de son épithélium. Il y a de l'incontinence des matières fécales. Le malade tousse. Le pouls est petit, fréquent (116). La température rectale est à 38°, 3. La gangrène remonte jusqu'au tiers moyen de la cuisse en avant, mais en arrière le creux poplité n'est pas atteint. Au niveau de la partie supérieure et interne de la cuisse, on constate un léger œdème qui s'étend à la paroi abdominale.

Le 18 *juin*, le malade ne parle plus ; sa respiration est haute et suspirieuse. La peau est froide. La langue et les gencives sont couvertes de fuliginosités. Les pupilles sont contractées. A la partie interne de la cuisse, existe une large phlyctène remplie de liquide sanguinolent et fétide. Le pouls est toujours petit et fréquent (116). La température rectale est à 38°, 3.

Le *soir*, la peau est plus froide, la température rectale s'est abaissée à 37°, 2. R. 30.

Le 19 *juin*, toute la cuisse, presque jusqu'au niveau du pli de l'aine, est violacée ; sur tous les points se forment des phlyctènes.

L'œdème de la paroi abdominale a augmenté. L'état général du malade est le même que le 18 juin, mais le pouls est de plus en plus petit (112). La température rectale est de 37°. Respiration, 36. De temps à autre, le malade éprouve de légers tremblements dans les membres, il a du hoquet. Le *soir*, on commence à entendre du râle trachéal. Le pouls est à peine sensible (120). Respiration, 36. Température rectale, 37°, 4.

Le 20 *juin*, l'agonie se prononce : la peau est froide, la face est couverte de sueur ; le malade agite ses mains convulsivement ; le pouls est insensible ; les battements du cœur sont masqués par le bruit respiratoire ; il y a 42 respirations par minute ; la température rectale est à 37°, 2. Le malade meurt à 4 heures du soir.

Autopsie. Les deux *poumons* sont emphysémateux sur leur bord antérieur ; leur bord postérieur et leur base sont, au contraire, fortement congestionnés. Cette congestion est plus marquée dans le poumon droit, qui, en outre, adhère en plusieurs points de sa face externe et de sa base. On ne rencontre aucun noyau d'infarctus pulmonaire.

Toute la surface du *cœur* est recouverte de graisse. Les orifices ne présentent aucune lésion. On trouve seulement quelques dépôts calcaires au niveau de l'origine des artères coronaires. Il existe aussi quelques plaques calcaires disséminées au niveau de la convexité de la crosse de l'*aorte*, où elles n'atteignent pas la largeur d'une pièce de 50 centimes. D'autres dépôts de même nature se retrouvent dans l'aorte descendante ; quelques-uns de ces derniers font saillie dans l'intérieur du vaisseau. Un caillot fibrineux de 3 ou 4 centimètres de longueur occupe le sommet de la convexité de la crosse aortique. L'*artère iliaque* primitive du côté droit, près de son origine, est complétement oblitérée par un caillot dur, blanchâtre, qui remonte à une hauteur de 2 centimètres dans l'aorte, sans oblitérer ce vaisseau. L'artère iliaque primitive gauche est libre. A la bifurcation de l'iliaque primitive droite, existe un second caillot fibrineux qui est séparé du premier par un caillot cruorique. Ce second caillot se prolonge en s'effilant dans l'iliaque externe et dans la fémorale, jusqu'à l'origine de la fémorale profonde qui est libre. La *veine fémorale* droite est oblitérée dans toute son étendue. Le caillot qui l'occupe remonte dans la veine iliaque jusqu'à la veine cave.

Les organes ne présentent aucune autre lésion spéciale.

M. Charcot. La production des caillots semble ici assez difficile à expliquer, car la paroi du vaisseau ne paraît pas très-malade : il existe seulement quelques plaques calcaires, d'ailleurs peu étendues. C'est là une lésion très-banale chez les vieillards, et cependant la gangrène sénile est loin d'être commune : à la Salpétrière, on en observe peut-être un cas par an. J'appelle aussi l'attention sur ce fait, qu'il n'y a pas eu de rigidité. Je ne crois pas que, jusqu'ici, elle ait été observée aux membres inférieurs, et je n'en connais d'exemple que pour les membres supérieurs.

M. Pitres. Il est certain que les lésions de la paroi artérielle ne sont pas suffisantes pour expliquer la coagulation.

21. Cancer de la deuxième portion du duodénum ; ictère ; mort huit mois après l'apparition de l'ictère ; par M. Avezou, interne des hôpitaux.

Serné, L. J. A., âgé de 72 ans, entre le 17 mai 1875 à l'infirmerie de l'hospice des Ménages (service de M. Ch. Bernard).

En octobre 1874, cet homme, d'une bonne santé antérieure, fut pris d'ictère, sans cause appréciable, avec faiblesse et anorexie ; il n'avait jamais eu auparavant d'accès de coliques hépatiques ; la peau était d'un jaune très-foncé.

Le malade fut d'abord traité par les alcalins, mais il n'y eut pas d'amélioration ; l'ictère persista : de vives démangeaisons sur toute la surface du corps constituaient le phénomène le plus saillant. Pour calmer ces démangeaisons, le malade se frottait pendant une grande partie de la journée avec une brosse en chiendent. Les selles étaient décolorées, et il y avait un peu de constipation. Plus de deux mois se passèrent ainsi; le malade s'affaiblissait graduellement.

4 *janvier*. Sur toute la surface du corps, la peau est d'un jaune orangé ; cependant, le malade déclare qu'au début, la coloration était beaucoup plus foncée. La région hépatique est légèrement sensible à la pression. Le foie n'est pas augmenté de volume ; pas de tumeur abdominale, pas d'ascite, pas d'œdème des membres. Les urines sont rougeâtres et contiennent une notable quantité de bile ; jamais de vomissements, pas de fièvre. Cet état se prolonge pendant trois mois.

En dehors des démangeaisons, tous les autres symptômes sont négatifs. La constipation devient plus opiniâtre, les garde-robes sont douloureuses. En même temps, la coloration ictérique diminue, et tourne insensiblement au jaune clair ; le dépérissement continue; les démangeaisons cessent vers le 15 *avril*. — Malgré l'absence de tumeur abdominale, malgré l'absence d'œdème, à cause de l'état général et de la persistance de l'ictère, on présume qu'il s'agit d'un *cancer des voies biliaires*.

1er *mai*. Il est survenu de l'œdème au bras gauche ; l'avant-bras et la main surtout sont gonflés ; le malade se couche habituellement du côté gauche.

6 *mai*. L'œdème a envahi aussi le membre inférieur gauche, il remonte jusqu'au dessus du genou.

15 *mai*. Bouffissure de la face. La nuit dernière, le malade a commencé à délirer ; il tousse plus que d'habitude ; râles humides dans la poitrine, surtout à droite ; pas d'albumine dans les urines.

Les nuits suivantes, le délire reparait ; c'est alors que le malade, soigné d'abord dans sa chambre, entre à l'infirmerie.

19 *mai*. Pour la première fois depuis le mois d'octobre, le malade est pris de diarrhée ; cette diarrhée dure jusqu'au 26 *mai*.

27 *mai*. La jambe droite et le bras droit sont, à leur tour, le siége d'œdème ; les deux mains sont très-gonflées ; l'abattement du malade est considérable, il ne peut plus se lever du lit.

29 *mai*. La constipation est revenue ; les nuits sont plus agitées ; le délire s'accentue.

1er *juin*. L'œdème des bras et des jambes persiste, moins marqué cependant ; la bouffissure de la face a aussi diminué ; le ventre n'est pas tendu, pas d'ascite ; la constipation fait de nouveau place à la diarrhée.

8 *juin*. La diarrhée est incoercible ; affaiblissement extrême : sensation de froid aux pieds ; le malade accuse une douleur permanente aux talons.

9-15 *juin*. La cachexie fait de jour en jour des progrès ; pas d'eschare au sacrum ; perte d'appétit à peu près complète.

18 *juin*. Accès d'étouffement ; mort à quatre heures du soir.

Autopsie faite le 19 *juin*. 24 heures après la mort. — Tout le corps présente une teinte jaune-paille. Léger œdème des membres inférieurs ; cet œdème est beaucoup plus marqué sur la cuisse gauche que sur la cuisse droite. La paroi abdominale est déprimée, et le ventre légèrement excavé en bateau.

Thorax. A l'ouverture du thorax, on constate que le *poumon* droit adhère à la paroi thoracique dans toute son étendue ; la plèvre pariétale est épaissie. La plèvre viscérale est recouverte en certains points de dépôts fibrineux jaunâtres, peu consistants, et qui paraissent de date récente. Le poumon gauche est libre d'adhérences. La plèvre de ce coté contient 500 à 600 grammes environ de liquide citrin. A la coupe, le poumon droit présente une coloration brunâtre. La plus grande partie de ce poumon ne crépite pas. Les morceaux du centre descendent au fond de l'eau, tandis que les morceaux des parties phériphériques surnagent. On exprime en abondance, avec le couteau, du liquide spumeux et jaunâtre.

Le poumon gauche crépite dans toute son étendue. Tous les morceaux surnagent. Ce poumon est aussi gorgé d'un liquide spumeux, mais moins épais que celui du poumon droit.

Le *cœur* est de volume moyen. Le péricarde renferme une petite quantité de liquide citrin. Tous les orifices du cœur sont sains, mais l'endocarde des deux ventricules est parsemé de taches jaunâtres d'athérome. Plusieurs plaques athéromateuses se voient sur la valve antérieure de la valvule mitrale. De petits dépôts calcaires existent au fond des nids valvulaires de l'origine de l'aorte. Les deux artères coronaires ont des parois entièrement calcifiées, et le calibre de ces vaisseaux est considérablement rétréci. La crosse de l'*aorte*, l'aorte descendante, et toutes les artères qui en partent, présentent aussi à leur surface interne de nombreux dépôts calcaires.

Abdomen. La cavité péritonéale contient à peine un litre de liquide citrin. Les intestins sont ratatinés. L'estomac est sain ; sa muqueuse n'offre aucune lésion. Mais sur la deuxième portion du *duodénum*, au niveau de l'ampoule de Vater, on voit une *plaque fongueuse*, de forme à peu près circulaire, à bords saillants, à fond blanchâtre ; cette plaque est de la grandeur d'une pièce de *deux sous*. En un point de la circonférence, on trouve un petit piqueté rougeâtre. Tout le reste de la muqueuse du duodénum est sain. Il en est de même de la muqueuse de l'intestin grêle et du gros intestin.

L'orifice duodénal du canal cholédoque n'est pas oblitéré entièrement. La sonde cannelée, introduite dans le canal cholédoque, passe dans le duodénum.

Tout autour du pancréas les ganglions sont volumineux, lardacés à la coupe, et ont subi la dégénérescence cancéreuse. Les *ganglions* mésentériques sont aussi atteints. L'un de ces ganglions, du volume d'une noix, est calcaire.

Le *foie* n'est pas augmenté de volume. Son tissu est ramolli, et présente à la coupe un aspect gris-jaunâtre. Les conduits hépatiques, très-dilatés, donnent issue à de la bile verdâtre et diffluente. La vésicule biliaire, distendue par la bile, offre le volume du poing d'un enfant ; elle ne contient pas de calculs. Les canaux hépatique, cystique et cholédoque sont aussi très-dilatés ; le canal cholédoque admet presque l'index.

Le *pancréas* est volumineux et dur, mais il ne présente pas de noyaux cancéreux. Le canal de Wirsung est oblitéré dans une étendue de 2 à 3 centimètres à partir de son embouchure : le reste du conduit est dilaté.

La *rate*, assez volumineuse, n'est nullement diffluente.

Les *reins* sont petits et lourds. Leur surface est mamelonnée. Le tissu est très-dur et crie sous le scalpel : la substance corticale est décolorée, et aussi un peu les pyramides.

En résumé, nous trouvons, comme lésion principale, un *cancer du duodénum*, sans généralisation aux autres viscères, et avec dilatation considérable des voies biliaires.

Réflexions. Ces faits de cancer, limité au duodénum avec obstruction des voies biliaires, sont assez rares. On les a, du reste, toujours observés chez des vieillards.

M. Laborde a présenté en 1859, à la *Société de Biologie*, un cancer du duodénum et de la tête du pancréas, trouvé chez un homme de 80 ans qui était mort avec un ictère chronique (1).

Deux autres observations presque analogues ont été publiées l'une par M. Féréol, l'autre par M. Luton (2).

Dans ces différents cas, tous les symptômes, en dehors de l'ictère, étaient pour la plupart négatifs ; les démangeaisons n'existaient pas.

22. Corps étranger implanté dans les membranes de l'œil ; par M. A. Rémy, interne des hôpitaux.

Vers le mois de septembre 1867, M. C., mécanicien, demeurant à Puteaux, coupait un morceau d'acier serré dans un étau ; il s'en détacha un éclat qui le frappa violemment dans le blanc de l'œil droit, en bas et du côté du nez : il s'écoula environ 3 ou 4 gouttes de sang, quelques lotions d'eau froide ayant suffi pour arrêter l'hémorrhagie.

(1) Laborde. *Bulletin de la Société de Biologie*. Juin 1859.

(2) Féréol. Tumeur cancéreuse de l'ampoule de Vater. — Luton. Ictère chronique par oblitération du canal cholédoque. In *Recueil des travaux de la Société médicale d'observation de Paris*, 1859.

Le blessé souffrit beaucoup pendant 3 semaines environ, surtout lorsqu'il était exposé à la lumière du soleil; puis la douleur disparut, mais en laissant après elle une déviation de l'œil. Le malade n'y attacha pas d'importance et croyant que tout cela passerait, se remit à travailler. Cependant, il s'apercevait que son œil se troublait sensiblement; la vue baissa de plus en plus, si bien que, vers le mois de décembre 1868, le malade ne pouvait plus rien distinguer.

Jusqu'au mois de février 1875, rien d'extraordinaire ne s'est passé dans cet œil; mais à cette époque, plusieurs petits morceaux de cuivre sont de nouveau venus frapper l'œil. Ces éclats de cuivre, ayant la grosseur d'une tête d'épingle, ont été retirés par des camarades d'atelier. A partir de ce moment, des douleurs effrayantes se sont déclarées à la tempe droite et au-dessus de la région frontale; en même temps, l'œil était le siège d'une forte cuisson coïncidant avec une injection de tout le globe. La première fois que ces douleurs ont paru, elles ont duré environ 4 à 5 jours; elles se sont calmées, puis ont reparu de plus en plus fortes, jusqu'à l'époque de l'énucléation de cet œil. L'opération a été faite par le Dr Galézowski, le 3 juin 1875.

Les accidents du côté de cet œil avaient fini par retentir sur l'autre œil qui, quoique très-bon auparavant, commençait à se troubler tellement que la fixation des objets devenait à peu près impossible. A ce moment la violence des douleurs avait dépassé toute mesure.

L'opération terminée un calme parfait en est résulté. La vision de l'autre œil est redevenue aussi beaucoup plus nette qu'elle ne l'était depuis l'année 1867.

Stéatose du foie; par M. Parrot, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

Ce foie a été recueilli à l'autopsie d'une petite fille morte de rougeole avec gangrène de la vulve. Il présente, sur la surface extérieure et sur des coupes, de petits points d'un blanc jaunâtre, qui, de prime abord, ressemblent à des tubercules, mais que l'examen histologique montre constitués par des amas graisseux.

Il ne s'agit point ici de la stéatose vulgaire, mais d'un mode tout particulier de cette dégénérescence. En général, la stéatose occupe soit la périphérie des lobules, soit leur partie centrale, et lorsque les lobules arrivent à se confondre dans les cas très-avancés, on remarque encore cependant que la lésion prédomine dans l'un des points qui viennent d'être signalés et qui sont affectés d'une façon systématique. Il en est tout autrement dans le fait actuel.

Le foie, dans son ensemble, est généralement gras, mais à un degré modéré: les cellules hépatiques contiennent toutes des granulations graisseuses, mais qui sont peu nombreuses et insuffisantes pour masquer le noyau de la cellule. Mais, en outre, au niveau des petites taches, il existe une stéatose portée au degré extrême, et remarquable par son caractère d'irrégularité; en effet, la lésion affecte généralement plusieurs lobules, mais sans se localiser sur aucun d'eux, à la périphérie ou au centre; sur certains d'entre eux, par exemple, une moitié du lobule est transformée en gouttes de graisse, tandis que la moitié opposée est à peu près saine. Ce caractère irrégulier de la lésion, joint à l'absence de saillie, la différence des tubercules, à l'existence desquels on aurait pu croire en raison de la présence de granulations dans le poumon. Mais les tubercules du foie ont une coloration un peu différente, ils sont plus saillants et plus régulièrement arrondis. Cependant, la pièce n'ayant encore été examinée que sur des coupes faites à l'état frais, on ne peut être absolument affirmatif à cet égard.

M. Hayem. J'ai observé aussi un cas de stéatose miliaire du foie qui pouvait être confondu avec une lésion tuberculeuse. Il s'agissait d'une femme morte à l'hôpital de Lourcine, avec des lésions de syphilis viscérale, et dont les pièces me furent envoyées par M. Fournier. Le foie, dont la coloration générale était à peu près normale, présentait çà et là de petites granulations non saillantes, très-friables, se réduisant facilement en détritus. Chacune de ces petites granulations était constituée par une dégénérescence graisseuse de points irréguliers des acini; les cellules hépatiques, dans les autres points, étaient à peu près normales. Le foie ne présentait aucun des caractères que l'on rattache à la syphilis.

Anévrysme de la crosse aortique, à l'origine du tronc brachio-céphalique; ouverture dans la trachée; par M. A. Boissier, interne des hôpitaux.

Le nommé B., 37 ans, gazier, entre à l'hôpital de la Charité, le 6 janvier 1875, salle Saint-Michel n° 26, (service de M. Empis).

Antécédents. Syphilis en 1859; pas de rhumatisme; pas d'accidents saturnins. Depuis 2 mois (9 novembre 1874) le malade se plaint de douleurs dans le bras droit, le cou, derrière les oreilles, le long de la paroi gauche du thorax, sans rapport avec les articulations: ces douleurs sont continues, avec élancements, principalement dans la tête; le bras droit est souvent engourdi.

A l'entrée du malade, voici ce que l'on constate:

Cœur: la pointe bat dans le 7e espace intercostal; matité depuis le bord inférieur de la 3e côte jusqu'au 7e espace. La pointe du cœur bat avec force et soulève l'oreille appliquée en ce point; on y perçoit à la main un léger frémissement cataire. Souffle au 2e temps, avec maximum au niveau de la base de l'appendice xiphoïde, remontant jusqu'au 3e espace; souffle au 1er temps au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Les veines superficielles du côté gauche de la poitrine se dessinent sous la peau. Souffle systolique, très-fort, en arrière, le long de la colonne vertébrale. — Rien à l'auscultation des poumons.

11 *janvier*. Ce qui tourmente surtout le malade, depuis son entrée, ce sont de vives douleurs, remontant le long du cou jusque derrière les oreilles, et des bourdonnements d'oreille, surtout du côté droit. Les bruits du cœur sont toujours très-forts à la base et à la pointe; souffle très-fort au 2e temps; à mesure qu'on s'éloigne du cœur pour se rapprocher de l'articulation sterno-claviculaire droite, le bruit de souffle s'entend de plus en plus distinctement et semble surajouté aux deux bruits du cœur. Bruit de souffle carotidien droit très-fort, entendu aussi dans la sous-clavière du même côté. Battements très-forts dans les artères vertébrales et celles de la tête. Vertiges; douleur intense à la nuque; fourmillements légers dans les doigts de la main droite.

18 *janvier*. Pouls radial droit, faible, déprimé; pouls radial gauche, fort, vibrant. — *Tracé sphygmographique*: pouls radial droit: ligne de montée à peine accusée; descente presque horizontale, très-légèrement sinueuse; — pouls radial *gauche*: ascension brusque verticale, petit crochet, plateau, ligne de descente sinueuse; par instants, irrégularités.

Les douleurs continuent, sont toujours très-violentes (épaules, nuque, colonne vertébrale); insomnie. — Injections de morphine; bromure de potassium, 4 grammes par jour.

2 *février*. Les veines thoraciques des deux côtés sont dilatées, plus à gauche: matité de toute la région sternale; souffle toujours très-fort le long de la colonne vertébrale et s'entendant très-bas; dysphagie assez prononcée; les mouvements de déglutition sont pénibles et douloureux; douleurs localisées dans les épaules, en arrière; pas de cornage.

24 *mars*. Depuis plusieurs jours, le malade est obligé de porter la tête fléchie, à cause des violentes douleurs qu'il éprouve dans l'extension, et qu'il compare à une sensation de déchirure; les douleurs augmentent d'acuité dans le bras droit, les reins, les épaules.

Avril. Gêne de la respiration; râles nombreux; toux sèche, fréquente, très-pénible.

Mai. La grande douleur dans le cou reparaît; respiration de plus en plus pénible; bruit de cornage.

15 *mai*. Le pouls radial droit, de plus en plus faible, disparaît par moments; engourdissement des doigts de ce côté; également de ce côté dilatation des veines.

22 *mai*. Les douleurs augmentent de jour en jour; déglutition des liquides seule possible, et encore avec difficulté.

28 *mai*. Voix complétement voilée; pouls droit insensible; accès d'étouffements d'une heure de durée.

Juin. Toux grasse; crachats abondants, mais purulents; respiration de plus en plus gênée, surtout la nuit.

17 juin. Légère voussure à droite du sternum; on y sent des battements à la main. Bruit de cornage accusé par le malade, surtout la nuit; étouffements fréquents.

21 juin. Respiration de plus en plus difficile; ecchymoses sous-cutanées multiples des deux bras; plaques de la grandeur d'une pièce de 5 francs.

22 juin. Hémoptysies fréquentes et abondantes dans la matinée; accès d'étouffement presque continus.

A cinq heures, le malade rend une pleine cuvette de sang, et meurt subitement; teinte violacée de la face.

AUTOPSIE. En enlevant le sternum avec les côtes, on s'aperçoit que la paroi antérieure de la *poche anévrysmale*, d'une grande minceur, adhère complétement à l'os, et l'on est obligé de la déchirer pour continuer la dissection. Cette poche, de la grosseur d'une belle orange, contient dans son intérieur un gros caillot récent et du sang liquide; elle s'est portée principalement à droite, où elle a refoulé le sommet du poumon de ce côté, et a déjeté à gauche les vaisseaux nés de la crosse aortique, l'œsophage et la trachée; en haut, elle ne dépasse pas la fourchette sternale.

Le *sternum*, à son union avec les troisièmes côtes, est en partie mis à nu et superficiellement érodé; la partie latérale droite du corps des trois premières vertèbres dorsales est rongée et forme une légère excavation; le cartilage vertébral y est en grande partie détruit. L'*œsophage* est sain, mais fortement comprimé au niveau de la troisième vertèbre dorsale; la *trachée*, à 5 centimètres environ de sa bifurcation, présente une *perforation* arrondie, de la grandeur d'un pois; le cartilage est usé en ce point, ramolli autour; à ce niveau, on trouve une assez forte ecchymose avec un petit caillot qui, enlevé, laisse apercevoir une perforation vasculaire communiquant avec celle de la trachée.

En ce point, les *vaisseaux*, surtout ceux du côté droit, sont fortement comprimés. Un stylet, introduit dans la perforation vasculaire, conduit dans le tronc brachio-céphalique.

L'*aorte*, à son origine, est très-dilatée, fortement athéromateuse. L'anévrysme occupe la portion droite et supérieure de la crosse; ses parois sont assez épaisses, sauf en avant, sous le sternum. Sur le bord convexe de la courbure de la crosse se voit un large orifice, à bords arrondis, à concavité regardant en haut, de 2 à 3 centimètres de large sur 2 de hauteur. Sur le sommet gauche du croissant, s'ouvre le tronc brachio-céphalique agrandi; plus à gauche et en dehors de l'anévrysme, se trouvent les orifices de la sous-clavière et de la carotide gauches. C'est dans le tronc brachio-céphalique, un peu avant la bifurcation, qu'a eu lieu la perforation.

Cœur, volumineux, à parois très-épaissies; insuffisance aortique par dilatation; valvules saines; la portion de l'aorte comprise entre l'anévrysme et le cœur a 3 ou 4 centimètres de long; en dehors de l'anévrysme, l'aorte est saine.

Poumons. Le droit est sain; le gauche est adhérent vers le sommet; vaste caverne occupant un tiers supérieur du lobe supérieur, cloisonnée, vide, à parois d'un gris noirâtre (ancien infarctus vidé?). — *Foie* très-gros; traces de périhépatite. — *Rate* et *reins* très-congestionnés; ganglions péritrachéaux, hypertrophiés.

Examen histologique de la partie perforée, fait par M. COYNE.

L'artère, dans sa partie perforée, a été durcie dans l'alcool. Des coupes fines ont été faites de façon à comprendre la partie altérée, où l'on voit la membrane externe (couche fibreuse) présentant des signes manifestes d'inflammation dans le voisinage de la rupture; à ce niveau, elle est infiltrée d'éléments cellulaires arrondis très-abondants: immédiatement sur le bord de la rupture, ces éléments embryonnaires sont devenus granuleux. La membrane interne est également déchirée d'une façon irrégulière; au niveau de la rupture, elle est tuméfiée et infiltrée d'éléments cellulaires également granuleux; la tunique moyenne est à peine altérée au niveau du point de sa déchirure. En résumé, nous avons eu affaire à une périartérite suppurative.

Anomalie de l'hexagone artériel de Willis; par M. Ch. RÉMY, interne des hôpitaux.

Cette anomalie a été trouvée chez une femme de 64 ans, morte à l'hôpital de Lourcine (service de M. LANCEREAUX), d'une hémorrhagie cérébrale présentant le volume du poing d'un enfant, qui avait détruit la partie externe du corps strié et de la couche optique, et une portion de l'hémisphère gauche. Cette anomalie porte sur le mode d'origine de la cérébrale postérieure, qui semble être fournie par la carotide, au lieu de venir du tronc basilaire.

Le tronc basilaire, formé par la réunion de deux artères cérébrales, d'inégal volume, a sa longueur habituelle; sur son trajet, il donne naissance à deux paires d'artères cérébelleuses; mais, au niveau de l'origine de chacune d'elles, son calibre diminue brusquement; il semble s'épuiser pour leur fournir du sang, et se termine en se bifurquant en deux artères très-grêles, qui doivent porter le nom d'artères cérébrales postérieures, à cause de leur siége, mais non à cause de leur volume, qui est le volume normal des communicantes. Ces artères, mesurant à peine un demi-millimètre à leur origine, vont en s'effilant, et mesurent un quart de millimètre à leur abouchement dans la communicante.

La communicante postérieure, venue de la carotide interne, représente un tronc volumineux, mesurant plus de deux millimètres de diamètre, qui se dirige en arrière, reçoit les cérébrales postérieures, mais sans grossir de volume après cette métamorphose, et affecte la distribution ordinaire des cérébrales postérieures venues du tronc basilaire. Les cérébrales antérieures et moyennes sont normales.

Il résulte de ceci que l'artère carotide interne fournit les trois artères qui nourrissent un hémisphère cérébral tout entier.

La communicante antérieure est de petit volume; d'autre part, si l'on tient compte de la ténuité de la communication avec le tronc basilaire, on voit que la circulation de chaque hémisphère était pour ainsi dire isolée, et l'on peut apprécier combien les carotides communiquaient difficilement, soit entre elles, soit avec le tronc basilaire.

Les cas ce genre ne sont pas très-rares, d'après Cruveilhier. M. Duret en a cité plusieurs dans son travail. Il serait possible de faire quelques applications à la pathologie.

Dans notre cas, l'hémorrhagie n'a aucun rapport avec cette anomalie; mais si l'on suppose la carotide oblitérée brusquement, il est facile de comprendre que le rétablissement de la circulation collatérale ne sera pas assez rapide pour éviter un ramollissement mortel de tout un hémisphère. C'est ainsi qu'il est possible d'expliquer certaines morts rapides avec hémiplégie, survenues à la suite de ligature d'une carotide.

M. DURET. J'ai observé un fait analogue. Les conséquences que peuvent avoir ces anomalies sont, en effet, fort intéressantes. Il est certain que la ligature de la carotide suspendrait à peu près complétement l'abord du sang dans tout un hémisphère; et d'un autre côté, s'il se forme un caillot dans la carotide, il devra y avoir un ramollissement de l'hémisphère tout entier. On trouve, du reste, dans Morgagni, une observation de ramollissement d'un hémisphère correspondant à une anomalie de ce genre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. LE FORT.

La Société procède au renouvellement du bureau pour l'année 1876. M. *Houel* a été élu président par 26 voix sur 28 votants. M. *Panas* est nommé vice-président par 28 suffrages sur 29 votants. MM. *Paulet* avec 24 voix, et *Cruveilhier* avec 19 contre 10 données à M. Duplay, sont proclamés secrétaires annuels. Sont élus membres correspondants nationaux MM. Surmay, 24 voix; Pravaz, 25; Boissarie, 28; Chauvel, 29. M. Deschaux a obtenu 2 voix; M. Letiévant. 1; M. Ancelon, 1; M. Devaltz, 1.

M. MARJOLIN dépose sur le bureau une observation de taille bi-latérale pratiquée par M. Fleury (de Clermont), pour extraire un calcul du poids de 225 grammes dont le plus grand diamètre mesure 8 centimètres. Le malade, âgé de 44 ans, est guéri; une fistule persiste.

M. TILLAUX communique l'observation complète de ce ma-

lade auquel il a enlevé le fibro-myxome du bassin présenté dans une séance précédente. Elle sera insérée au Bulletin.

M. MARC SÉE lit quelques passages d'un projet de rapport de M. Moissenet : « Sur les services à accorder aux médecins faisant les cours complémentaires des maladies des enfants. » L'auteur partage la manière de voir de MM. Marjolin et Marc Sée.

M. DE SAINT-GERMAIN n'a nullement été convaincu par les arguments de ses adversaires : aussi vient-il, dans un très-spirituel discours, soutenir l'avis qu'il a émis précédemment ; suffisance des hôpitaux d'enfants dans Paris ; nécessité d'en créer *extra-muros*. Les faits qu'il met en avant pour appuyer son dire ne sont peut-être pas assez connus de la commission ; aussi demande-t-il qu'une enquête complémentaire soit faite.

M. GUÉNIOT vient répondre à deux questions que M. Marjolin lui a adressées à propos du *dépôt*. Y a-t-il des salles d'isolement ? Non, à proprement parler. En chirurgie, quand on veut soustraire un enfant au danger de la contagion, on est forcé de le laisser constamment dans son lit. En médecine, il existe nominativement une salle d'isolement pour la rougeole, mais elle n'est séparée des salles ordinaires que par une simple porte et desservie par le même personnel. Le nombre des ophthalmies purulentes a-t-il diminué ? Oui, depuis dix-huit mois ; mais le chiffre des entrants a diminué aussi ; et de nouvelles mesures hygiéniques ont été appliquées. L'orateur étudie ensuite longuement le chiffre et la cause de la mortalité des enfants au dépôt. C'est surtout de 5 jours à 15 jours que la mortalité est considérable : et cela parce qu'il n'est plus permis aux sages-femmes de faire admettre au dépôt les enfants dès les premiers jours de leur naissance. Ils doivent y être apportés par la mère ou le commissaire de police. Or, ce n'est que du cinquième au dixième jour que ce transport a lieu (pendant ce temps, l'enfant a beaucoup souffert et il est moribond quand il entre à l'hospice. Les enfants à la mamelle meurent au dépôt pour 4 causes principales : 1° la faiblesse native ou les vices de conformation ; 2° la cachexie syphilitique ; 3° la cachexie scrofuleuse ou la dénutrition ; 4° l'insuffisance du nombre des nourrices.

Les enfants sevrés succombent à cause : 1° de la mauvaise disposition des locaux ; 2° de l'insuffisance du personnel ; 3° des prédispositions de l'âge, rougeole, variole, etc. Enfin, M. Guéniot se demande s'il vaut mieux soigner les enfants à domicile ou les admettre à l'hôpital. Il trouve l'assistance à domicile insuffisante ; et si les parents ont de la répugnance à conduire leurs enfants à l'hôpital, c'est que celui-ci a une mauvaise réputation. On n'y guérit pas assez. Pour remédier à cela, il est urgent d'introduire une hygiène nouvelle dans les services hospitaliers : l'isolement, les salles de rechange ; d'augmenter le nombre des nourrices et le personnel des infirmières. Comme M. Marjolin, il demande la création de nouveaux hôpitaux.

M. TERRIER lit son rapport au nom de la Commission du prix Laborie. Un seul mémoire a été adressé sur la question proposée : « Etablir par des observations la valeur chirurgicale de l'uréthrotomie interne. »

M. NICAISE, rapporteur de la Commission du prix Duval, analyse le travail de M. Martin : Etude clinique sur les complications des rétrécissements de l'urèthre. Cette thèse est la seule adressée à la Société pour le concours. — Dans la prochaine séance, il sera voté sur les conclusions de ces deux rapports. I. B.

REVUE MÉDICALE

Epidémie singulière survenue dans la commune de Campomarone (environs de Gênes). — (*La Nuova Liguria Medica*, 10 juin 1874).

Dans la commune de Campomarone existe une institution de demoiselles, confiée à des sœurs de charité, et qui contient 130 jeunes filles. Une épidémie inattendue s'y est déclarée à la suite de plusieurs vaccinations et le docteur Domenico Bomba, dont le rapport nous a servi à extraire cette note, a été chargé d'étudier cette question. Voici un très-court résumé de son récit :

Les jeunes filles sont divisées en trois classes : grandes, moyennes et petites, séparées les unes des autres. Dernièrement une des pensionnaires fut atteinte de variole. Le docteur Parodi, médecin de la pension, jugea à propos de pratiquer des vaccinations, en supposant qu'une épidémie pouvait être sur le point d'éclater. Il pensa que les plus âgées des demoiselles ayant été vaccinées depuis plus longtemps que les plus jeunes, il fallait commencer par les premières. On en vaccina cinquante, et on obtint dix succès seulement. Trois semaines après, 34 de celles qui furent vaccinées inutilement tombèrent malades presque en même temps ; toutes furent atteintes de typhus et trois en moururent. L'état sanitaire avant l'épidémie était excellent et le régime très-convenable.

Le virus qui avait servi aux vaccinations était du vaccin humain, et l'auteur n'hésite pas à l'accuser d'avoir été le véhicule de l'infection ; et il croit que les dix vaccinées avec succès échappèrent à l'épidémie, parce que le virus typhique et le vaccin se neutralisent mutuellement, l'un d'eux ne pouvait faire explosion sans anéantir l'autre (?).

Moyen sûr et facile pour distinguer la mort apparente de la mort réelle. (*Archivio di Medicina, chirurgia e Hygiene*. Rome, août.)

Le docteur A. Monteverdi (de Crémone) vient de publier un moyen de diagnostic de la mort réelle, qu'il étudie depuis 1867, époque à laquelle le hasard le conduisit à cette découverte. Il consiste dans une injection hypodermique d'ammoniaque liquide pure ayant un poids spécifique de 0.22. Cette injection faite à la partie externe de la cuisse, et au moyen de la seringue de Pravaz, a donné à l'auteur les résultats suivants :

1° Pendant la vie, il se forme dans l'endroit où la seringue a été introduite, une tache d'un rouge érysipélateux beaucoup plus grande que celle qui se forme lorsque le sujet est mort ou agonisant ; 2° Dans l'agonie, la tache présente une coloration rouge vineuse, est ovale, de 5 à 7 centimètres de diamètre, et est accompagnée d'un léger exsudat séreux qui soulève l'épiderme ; 3° Lorsque la mort est réelle, la couleur de la tache n'est jamais rouge, sa couleur est celle de la peau sale, et ses dimensions les mêmes que chez l'agonisant.

Transfusion du sang chez les aliénés. (*La Salute*, Gênes, 19 septembre 1874.)

Le professeur Pacchiotti (de Turin) ayant fait dernièrement des transfusions sanguines chez des aliénés, vient d'être fortement blâmé par M. Torinèse. — Voici les raisons alléguées par ce dernier : 1° Les aliénés n'ayant pas la conscience d'eux-mêmes, on ne doit pas faire sur eux des opérations pour lesquelles il faut le consentement de l'opéré ; — 2° La transfusion n'a aucun but dans les affections mentales ; — 3° La transfusion n'a pas d'importance scientifique ; la pratique n'en a pas démontré l'efficacité.

Ces raisons, dit le journal, sont plus spécieuses que vraies ; Il les combat de la manière suivante : 1° Tout ce qui concerne l'aliéné se trouve sous la responsabilité du médecin, qui a non-seulement le droit, mais le devoir d'essayer de nouveaux moyens thérapeutiques ; — 2° M. Torinèse n'a pas le droit de parler de la transfusion dans l'aliénation, s'il ne l'a pas appliquée lui-même, ou s'il l'a fait, qu'il rende compte de ses expériences ; — 3° Comment peut-on connaitre pratiquement l'effet de tel médicament, si on ne l'a pas expérimenté ? — Enfin, la transfusion est une opération sans danger.

Pénétration accidentelle d'une épingle à cheveux dans la vessie d'une femme ; par A. BARDEUX. *L'Observatore*, Turin, 4 août 1874. N° 31.)

L'introduction des corps étrangers dans l'urèthre reconnait presque toujours pour cause une manœuvre spontanée de la part des malades. Dans le fait suivant, cette introduction a été tout à fait accidentelle, et à ce titre mérite d'être connue :

Une dame de 30 ans, en sortant de chez elle, s'aperçut subitement de l'apparition de ses menstrues. N'ayant pas le temps de se garnir les parties suivant les circonstances, elle se contenta de les recouvrir avec sa chemise qu'elle attacha au moyen d'une épingle à cheveux.

Arrivée à sa destination, elle s'asseyait à côté de plusieurs autres dames, et à peine l'avait-elle fait, qu'une sensation particulière la fit rebondir de son siége. — L'épingle avait pénétré dans les parties génitales ; elle s'y était introduite par le bout arrondi qui réunit les deux pointes.

Plusieurs tentatives faites à diverses reprises échouèrent complétement. On se vit obligé de faire la dilatation graduelle de l'urèthre avec un petit spéculum, et lorsque le calibre fut assez considérable on put extraire l'épingle avec un doigt.

Innesto epidermoideo (*Greffe épidermique*) : — Communication faite à l'Académie de médecine de Turin le 5 juin par le Dr Spantigati. *Mémoires de l'Académie* de Turin, 10 juin, n° 16).

M. Spantigati se propose dans ce court mémoire d'étudier avec le « calme du vieillard » cette question pour laquelle on a déployé le « fanatisme du novice. » — Après avoir donné un résumé historique de la question, il rapporte cinq observations, dont trois suivies d'insuccès et deux suivies d'un succès complet.

Dans les trois premiers cas, les greffes furent pratiquées : 1° sur une plaie résultant de l'extirpation d'une tumeur du périoste ; 2° sur une blessure de la cuisse par instrument tranchant ; 3° sur un moignon du pouce consécutif à l'amputation de ce doigt.

L'un des succès fut obtenu chez un individu qui, travaillant dans une mine, fut surpris par une explosion. Les deux mains furent violemment atteintes, mais plus particulièrement la gauche, qui présentait plusieurs fractures des métacarpiens et des os du carpe. Les lambeaux épidermiques appliqués, formèrent une cicatrice aussi convenable que possible. Dans la seconde observation, il s'agit d'une amputation de jambe, dont les lambeaux furent frappés de gangrène ; il s'ensuivit une énorme perte de substance, qui, comblée par une greffe, disparut complétement. — Dans toutes ses applications, l'auteur couvrait la partie malade avec une toile fenêtrée protectrice. G. Marcano.

BIBLIOGRAPHIE

I. D'un phénomène sthétoscopique propre à certaines formes d'hypertrophie simple du cœur, par le Dr Exchaquet. — Br. in-8, de 96 pages, Delahaye, éditeur.

II. Du bruit de souffle mitral dans l'Ictère, par le Dr Gongolphe. Br. in-8 de 48 pages ; Delahaye, éditeur.

I. En appliquant l'oreille sur la poitrine de certains malades, on entend à la région précordiale, au lieu du tic-tac normal, un triple bruit qui présente un rhythme particulier. Les deux bruits normaux continuent à se faire entendre avec leurs caractères distinctifs, et souvent sans changement appréciable dans leur intensité et dans leur timbre, mais le bruit systolique est immédiatement précédé par un bruit surajouté. La succession sans intervalle appréciable de ces deux bruits sourds, suivis après le petit silence par le second bruit normal plus clair, reproduit assez exactement le rhythme du galop de cheval qui a servi à le désigner.

C'est dans les cas simples, où les bruits normaux ont conservé toute leur netteté, et où aucun bruit de souffle ne vient compliquer la question, que le bruit de galop présente son type le plus parfait. — Dans certains cas, le bruit anormal peut présenter des modifications qui portent sur le moment où il se produit. Sous l'influence de modifications dans l'état de la circulation, on le voit s'éloigner du premier bruit, jusqu'à se faire entendre au milieu du grand silence. On entend alors à chaque révolution cardiaque, trois bruits se succédant à intervalles à peu près égaux, et suivis chacun d'un très-court silence. On peut enfin voir le triple bruit devenir irrégulier et ne pas être entendu à tous les battements de cœur.

En résumé, le bruit anormal du rhythme de galop peut présenter des modifications nombreuses et variées. Du reste, malgré tous ces changements, son caractère demeure identique tant qu'il reste trace d'un bruit anormal, c'est le rhythme particulier du galop, dont l'oreille s'empare aisément avec un peu d'exercice, et dans la production duquel la nature spéciale du bruit surajouté n'offre qu'une importance tout à fait secondaire.

Pour expliquer ce bruit, M. Exchaquet repousse l'idée d'un dédoublement, adoptée par Sibson ; il l'attribue à une augmentation du volume du cœur, due surtout à la dilatation de ses cavités, plus tard à l'hypertrophie de ses parois, et qui a pour but de mettre l'organe en rapport immédiat avec la paroi thoracique par des points qui en étaient séparés auparavant par une lame de poumon, comme le démontre l'augmentation d'étendue de la zone de la matité absolue ; or, c'est au niveau de cette partie découverte que se trouve le maximum habituel du bruit de galop.

Après avoir décrit le bruit de galop et avoir cherché à en indiquer le mécanisme, M. Exchaquet en détermine la signification pathologique, et des observations qu'il rapporte, il découle : 1° Que le bruit de galop déterminé par la production d'un bruit présystolique, appartient aux formes généralement appelées rénales d'hypertrophie simple du cœur ;

2° Que la présence de l'albumine dans l'urine est constamment observée chez les malades qui présentent ce signe ;

3° Qu'il n'existe pas indistinctement dans toutes les formes de néphrites. On l'observe aux différents stades de la néphrite chronique, au début de laquelle il peut avoir une grande valeur pour établir le diagnostic, et dans certaines néphrites aiguës que l'on peut en général rapprocher anatomiquement de la néphrite interstitielle.

II. — M. Gangolphe, lui aussi s'occupe d'un bruit cardiaque nouveau il ne s'agit plus d'un bruit de galop, mais d'un souffle mitral au premier temps qui existerait dans l'ictère.

L'insuffisance mitrale, temporaire, serait due, selon l'auteur : 1° Probablement à une légère dilatation du cœur ; 2° surtout à la paralysie des muscles papillaires qui n'amènent la valvule mitrale à produire qu'une occlusion incomplète de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Pour lui, cette paralysie est due à l'action de divers toxiques hépatiques, soit qu'ils agissent isolément sur la substance musculaire du cœur, soit qu'ils agissent concomitamment sur cette substance et sur le système nerveux moteur du cœur.

La production de l'insuffisance mitrale dans le cours d'un ictère coïncide le plus souvent avec le ralentissement cardiaque, car, dans la plupart des observations on voit, en effet, que l'accélération des battements du cœur paraît s'opposer à la production de l'insuffisance mitrale. Cette action n'est cependant pas constante, car parfois on a observé un souffle systolique à la pointe du cœur, avec l'existence d'une accélération du pouls.

Voilà donc la constatation de deux bruits nouveaux : d'un bruit de galop dans quelques formes de néphrites, et d'un bruit mitral dans l'ictère; c'est à l'observation de contrôler ces résultats et de voir quelle est la fréquence des symptômes annoncés. G. Peltier.

Shang-Haï, au point de vue médical; par le Dr Galle. Br. in-8° de 80 pages. — Ad. Delahaye.

L'étude de M. Galle est une contribution à la climatologie médicale; l'auteur nous initie à l'étude du climat de Shang-Haï, qui est une de nos colonies de Cochinchine ; il nous décrit les principales affections qu'on y rencontre à l'état chronique ou épidémique, le choléra, la fièvre intermittente, la diarrhée, la dyssenterie la congestion hépatique, la variole, la diphthérite. Nous ne pouvons qu'indiquer les différents points de ce travail qui nécessiteraient une étude trop étendue et peu en rapport avec le cadre de ce journal. G. P.

VARIA

Distribution des prix de l'internat et de l'externat : discours de M. H. Liouville.

Vendredi 24 décembre, a eu lieu au grand amphithéâtre de l'Assistance publique, la distribution des récompenses aux internes des hôpitaux de Paris, et la proclamation des résultats des différents Concours de 1875.

M. le Directeur a ouvert la séance par une allocution; puis, il a successivement donné la parole à M. le Dr Fernet, qui parlait au nom du Jury des Prix de l'internat ; à M. le Dr Lucas-Championnière, au nom du Jury d'admission de l'Internat, enfin, à M. le Dr Liouville, au nom du Jury de l'Externat.

Voici le discours de M. Liouville :

Messieurs,

Un usage consacré par le temps veut qu'avant la proclamation du nom des nouveaux externes, un des Juges du Concours porte la parole daus cette séance.

J'obéis à cet usage; et tout en comprenant le péril de ce qui, pour moi, est un honneur, je sens ma tâche singulièrement facilitée par la grande sympathie qui nous associe à vos intérêts et qui nous permet à la fois, de mêler à de sincères félicitations les conseils de ceux qui vous ont précédés dans la carrière.

L'impression générale qu'a laissée le Concours de 1875 a été, je suis heureux de vous le dire au nom du Jury tout entier, absolument favorable.

Il y a progrès véritable dans le niveau des études, et vous avez fait preuve de connaissances qui vous rendrout assurément fort profitable, quoique vous fassiez un jour, le temps de l'Externat.

Vous vous êtes montrés assez solidement munis des connaissances premières d'auatomie et de physiologie, qui constituent les assises indispensables de toute éducation médicale.

Peut-être êtes-vous moins familiarisés avec les questions des *Rapports* en anatomie et c'est une lacune qu'il serait désirable de voir combler.

Comment, en effet, sans ces notions, pourriez-vous saisir toutes les difficultés, toutes les délicatesses d'une opération chirurgicale faite sous vos yeux et avec votre assistance, si petite même que soit alors cette assistance?

Comment comprendriez-vous, en médecine, les modifications parfois redoutables qu'apporte un trouble pathologique dans la place et le jeu de nos organes? Comment, enfin, vous rendriez-vous un compte suffisant de toutes les lésions que vous révèle une autopsie?

Et ce sont cependant là toutes choses pratiques, et en présence desquelles vous pouvez vous trouver placés dès le premier jour de votre entrée à l'hôpital. Je sais que ces questions passent pour les plus difficiles puisqu'elles figurent surtout dans des Concours d'ordre supérieur. Mais votre Jury s'est efforcé de ne choisir que les plus importantes, et, en vérité, personne ne pourra le taxer d'une exigence hors de saisou, quand il demaude la configuration et les rapports des priucipaux viscères.

Or, Messieurs, c'est sur une questiou de cette nature que s'est dérobé le quart des concurrents d'une séance.

Parmi ces *francs-fileurs* (comme vous les appelez, je le crois) se sont trouvés associés aux candidats civils des candidats militaires; peut-être ces derniers sentiront-ils aussi, dans l'année qu'ils vont passer sous les drapeaux, l'impérieuse nécessité des counaissances géographiques exactes?

Qu'ils appliquent cette leçon au retour, et ils aborderont alors le prochain Coucours, tout prêts à répondre aux questions les plus simples de la *topographie viscérale*.

Un autre point que je suis chargé de signaler à votre attention, c'est de ne pas dédaigner les questions dites de petite chirurgie : ceux qui ont suivi le Concours ont pu voir compromettre ainsi de belles positions conquises à la première épreuve et qui pouvaient légitimement laisser espérer les premiers rangs.

Notre apparente sérénité a eu sa raison d'être, soyez-en convaincus; car, Messieurs, c'est de la petite chirurgie, surtout, ce sont des pansements que vous serez appelés à faire dès demain, et longtemps encore. Pour le plus grand bien de vos malades, habituez-vous y de bonne heure; essayez même de vous y perfectionner, *si vous le pouvez*. On n'apporte jamais trop de soins, trop de délicatesse, ni trop d'art même, daus un simple pansement.

Que de complications vous verrez, par ce fait, évitées ou diminuées, surtout dans les conditions spéciales, si souvent funestes, des hôpitaux ou des grandes agglomérations des villes, et laissez-moi vous le dire aussi, c'est là, pour une grande part, la cause principale des succès inespérés de certains praticiens.

En vous ramenant à ces questions, moins séduisantes peut-être, et qui vous paraissent à tort n'être que des questions de début, et en vous conseillant de vous y préparer à fond, nous n'entendons nullement abaisser le niveau du premier concours des hôpitaux de Paris : vous l'avez vu, du reste, par la façon dont nous avons élevé les points de ceux qui ont su rendre intéressants les sujets que le hasard leur donnait : Ici, par quelques notions de traitement dans une question qui le comportait, comme la brûlure, le furoncle par exemple; là, par quelques déductions pathologiques bien appliquées.

Savoir se rendre intéressant, Messieurs, c'est encore un grand point des concours : on se fait mieux écouter d'abord, et juger ensuite plus favorablement. — La question ainsi présentée ne semble plus sortir du moule (j'allais dire du *Petit Manuel*), où trop d'entre vous vont la prendre toute coulée; elle laisse, au contraire, après elle l'empreinte de l'originalité.

Or, Messieurs, développez déjà vos qualités originales, quand vous le pourrez, sans abus bien entendu, et dans les limites adoptées à ce premier essai public de vos forces.

Si nous avons hien reconnu et hien coté ceux que la conférence — *la très-utile* conférence — nous a envoyés, maîtres d'eux-mêmes, disposant bien leur plan, rarement surpris par les termes de la question et jamais par le temps, — nous avons cru devoir encourager aussi ceux qui nous arrivent avec un bagage personnel déjà sérieux — internes de province, et même élèves qui ont commencé leurs études à l'étranger, car c'est l'honneur de notre administration française et parisienne que d'ouvrir, par le concours, ses portes toutes grandes à qui le mérite.

Nul passeport n'est ici demandé, nulle condition exorbitante ou humiliante n'est imposée; et vous nous rendrez cette justice, je l'espère, que nous n'avons jamais tenu compte que des épreuves en elles-mêmes et des candidats en eux-mêmes. Messieurs, en agissant ainsi, nous n'avons fait que suivre la tradition de nos devanciers.

C'est cette tradition toute d'honneur qui me ferait maintenant faire aussi appel à vos sentiments intimes et vous tracer les devoirs que vous impose le premier grade dans les hôpitaux, si uous ne savions déjà ce que votre jeunesse renferme d'élans généreux.

Plus que d'autres, nous pouvons nous en porter garants, car une circonstânce qu'il convient de rappeler nous en a fourni, pendaut le concours même, la preuve la plus éclatante. Vous vous souvenez de cette séance marquée d'un sigue de deuil où, venant les uns et les autres de rendre les derniers devoirs à l'un des plus fermes caractères et des esprits les plus progressifs de notre corporation, le regretté professeur Lorain, nous avons voulu honorer spécialement en lui le médecin qui succombait en accomplissant son devoir ! Ce jour-là, mettant la main sur votre cœur, nous avons senti qu'il hattait complétement à l'unisson du uôtre et vos marques de respectueuse douleur out bien traduit ce que vous ressentiez aussi.

Gardez et cultivez ces nobles sentiments, Messieurs ; l'occasion ne vous manquera pas, à l'hôpital, de développer, d'agrandir et d'élever encore ce qu'il y a finalement de meilleur au fond de nous.

Par là vous répondrez aux attaques intéressées et passionnées de ceux qui disent que nos belles études, nos travaux positifs, nos conquêtes scientifiques aboutissent au culte des seuls intérêts matériels et dessèchent le cœur, tandis qu'ils sont, au contraire, la source à jamais intarissable de ces qualités supérieures, qui, de tous temps, ont honoré le médecin.

Notre histoire, à chacune de ses pages, qu'elle soit aucienne ou d'hier, n'est-elle pas marquée par les exemples de la plus généreuse abnégation ?

Peut-on citer une épidémie ou une calamité publique dans laquelle, au premier appel, ne soient pas sortis de vos rangs de jeunes hommes résolus, insouciants du danger pour eux seuls, et dans nos jours de désastre, exista-t-il un champ de hataille ou une ville assiégée qui ne vous aient trouvés courageux et bienfaisants, dévoués même jusqu'au sacrifice ?

Enfin, dans l'exercice journalier de notre profession, ne doit-on pas compter comme d'héroïques victimes ceux que la mort a frappés à l'hôpital même. — Gillette, le père vénéré d'un de nos juges, Blache, le fils d'un de nos excellents maîtres; notre cher compagnon Duprat, qui meurt d'une piqûre auatomique, ayant échappé quelque mois auparavant au choléra d'Amiens; Valerian, succombant à la variole cette année même et vos deux collègues d'externat, Gipoulou et Gary, qu'emportait, il y a quelques jours à peine une diphthérie contractée aussi près des malades confiés à leurs soins.

Messieurs, quand on a sans cesse de tels modèles sous les yeux, et quand surtout on se sent capable de tels sacrifices, on peut mépriser les plus injustes préventions, de quelque part qu'elles viennent, et suivre simplement une voie si noblement tracée.

Tout nous dit que vous vous y engagerez avec fermeté, et que nous pouvons saluer sympathiquement en vous l'entrée dans les hôpitaux de Paris d'une jeune génération laborieuse et vaillante, qui se montrera en toute occasion fidèle à tous ses devoirs et sera digne ainsi de ses aîuées.

1. Glycérolé contre les engelures.

Oxyde de zinc........	2	grammes.
Acide tannique........	1	—
Glycérine.............	10	—
Baume du Pérou.......	8	—
Camphre..............	4	—

F. s. a. un mélange, avec lequel ou oindra les joiutures matin et soir. (*Douze cents formules*, etc.)

Enseignement médical libre.

Cours d'anatomie. — M. le d[r] Fort, professeur libre d'anatomie à l'école pratique, commencera la deuxième partie de son cours d'anatomie, le 3 janvier 1876, dans son amphithéâtre, pour le terminer à la fin du semestre d'hiver. Ce cours se composera chaque jour de deux leçons dont voici le programme :

Leçons de midi 1/2 : Tronc, cou, tête, centres nerveux et nerfs crâniens (anatomie et physiologie). — Leçons de 4 heures : Appareil urinaire (anatomie et physiologie), appareil génital des deux sexes (anatomie et physiologie, embryologie) périnée, organe des sens (anatomie et physiologie). Les élèves qui s'inscriront pour suivre ces leçons ne pourront disséquer qu'à l[a] condition d'être pourvus d'une carte de dissection, qu'on leur délivrera a[u] secrétariat de la Faculté de médecine, le vendredi et le samedi, de 1 h. [à] 4 h. On s'inscrit chez M. Fort, 21 rue Jacob.

Mortalité a Paris. — Population 1.851.792 habitants. Pendant [la] semaine finissant le 24 décembre 1875, on a constaté 958 décès, savoir : V[a]riole, 4; — rougeole, 3; — scarlatiue 1; — fièvre typhoïde, 33; -

érysipèle, 6; — bronchite aiguë, 49; — pneumonie, 78; — dyssenterie, »; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1; — choléra nostras, »; — angine couenneuse, 16; — croup, 21; — affections puerpérales, 3; — autres affections aiguës, 259; — affections chroniques, 439, dont 152 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 27; — causes accidentelles, 27.

Londres. — Population 3.445.610 habitants. Décès du 12 au 18 décembre, 1.834, savoir: variole, 1; — rougeole, 68; — scarlatine, 107; — fièvre typhoïde, 15; — érysipèle, 6; — bronchite, 356; — pneumonie, 96; — dysenterie, »; — diarrhée, 15; — choléra nostras, »; — diphtérie, 8; — croup, 20; — coqueluche, 88.

Faculté de médecine de Paris. — Le *Journal officiel* annonce que par arrêté du Ministre de l'Instruction publique en date du 11 décembre courant, M. Wurtz a été nommé doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris.

École préparatoire de médecine d'Arras. — Par arrêté du 27 décembre, il est ouvert un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras. La date de l'ouverture de ce concours est fixée au 6 novembre 1876.

Université catholique. — Aujourd'hui, à trois heures et demie, a eu lieu l'ouverture des cours de la Faculté des sciences à l'Université catholique de Paris. Les professeurs, chargés des cours sont: MM. Paul Serret, mathématiques pures; Dostor, mathématiques appliquées; Branly, physique; Georges Lemoine, chimie; Edmond Alix, anatomie comparée et physiologie: de Lapparent, géologie et minéralogie. Le titulaire de la chaire de botanique n'est pas encore trouvé. (*Le Temps*).

Société de Médecine légale de France. — (Reconnue comme établissement d'utilité publique). Cette Société vient de procéder au renouvellement de son bureau qui, pour l'année 1876, est composé comme il suit: Président, M. le dr Devergie; Vice-présidents, M. le professeur Dolbeau, M. Manuel, avocat général; Secrétaire général, M. le dr Gallard; Secrétaires des séances, M. Delastre, avoué à la Cour d'appel, M. le dr Riant; Trésorier, M. Mayet, pharmacien; Archiviste, M. le dr Ladreit de Lacharrière.

La commission permanente qui, aux termes des statuts est chargée d'examiner toutes les demandes d'avis motivés qui sont adressées à la Société et d'y répondre dans l'intervalle des séances, quand l'urgence le commande, se compose de MM. Devergie, président, Gallard, secrétaire général, Beaudouin; Cornil; Demange, avocat; d'Herbelot, avocat général; Lefort, chimiste, membre de l'Académie, Manuel, avocat général, Motet; Tarnier; Trélat.

La Société de médecine légale tient ses séances, à 3 heures du soir, le second lundi de chaque mois, au Palais de Justice, dans la salle d'audience de la 5e chambre du tribunal civil. (Les séances sont publiques).

Société de médecine de Paris. — La Société de médecine de Paris vient de constituer son bureau pour l'année 1875 de la manière suivante: Président, M. le dr Richelot; Vice-président, M. le dr Aug. Mercier; Secrétaire général, M. le dr Gillette; Secrétaires annuels: MM. les drs Dubrisay et Boulonnié; Trésorier, M. le dr Perrin; Archiviste, M. le dr Aug. Voisin. — Conseil d'administration: MM. les drs Richelot, Gillette, Gallard, Blondeau, Dubrisay, Boulonnié, Perrin et Aug. Voisin. — Comité de rédaction; MM. les drs Gillette, Dubrisay, Boulonnié, Collineau, Charrier, de Saint-Germain et Salvillon. (*Union médic.*)

Société médicale des hopitaux. — Dans sa dernière séance, la Société médicale des hôpitaux a procédé au renouvellement de son bureau de la manière suivante: Président, M. Laboulbène; Vice-président, M. Empis; Secrétaire général, M. Ernest Besnier; Secrétaires annuels, MM. Martineau et Duguet; trésorier, M. Dujardin-Beaumetz. — Conseil de famille: MM. Woillez, Hérard, Siredey, Fernet. — Conseil d'administration: MM. Bergeron, Miliard, Guyot, Féréol, Ferrand. — Comité de publication: MM. Vallin, C. Paul, Ernest Besnier, Martineau, Duguet.

Vacances médicales. Clientèle mé-

dicale à céder dans un quartier populeux de Paris. Rapport 8 à 10.000 fr. S'adresser au bureau du journal *de midi à quatre heures.*

Librairie V.-A. DELAHAYE et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine

Bérenger-Féraud. Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal, 2 vol. in-8, 14 fr.

Génevoix (E.). Les Rimes de l'officine. in-12, 2 fr. 50.

Tixier (P.). De la xérophthalmie, in-8, 1 fr. 50.

Durozier (P.). Influence des maladies du cœur sur la menstruation ; la grossesse et son produit, in-8, 1 fr. 50.

Fournier (A.). De l'épilepsie syphilitique tertiaire, in-8, 1 fr. 25.

Gaston (P.). Durée de la grossesse, in-8, 1 fr. 50.

Le gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

DES ACCIDENTS
produits par la
Piqure des Hyménoptères porte-aiguillon.

Par le Dr **G. M. du BASTY.** Gr. in-8 de 44 pages, 1 fr. 25. — Pour les abonnés du *Progrès :* 0 fr. 80 *franco.*

DES USAGES THÉRAPEUTIQUES
DU
NITRITE D'AMYLE

Par le Dr **MARSAT**, in-8 de 48 p. 1 fr. 25
Pour les abonnés du *Progrès* : 0 fr. 80 *franco*

4e ANNÉE.— N° 2 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 8 JANVIER 1876.

Le Progrès Médical

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — M. PARROT.

Athrepsie.—Pathogénie et physiologie pathologique.

XIe LEÇON.

Leçons recueillies par E. TROISIER, revues par le professeur.

Messieurs,

Après avoir étudié l'athrepsie analytiquement, il est bon d'en faire la synthèse, c'est-à-dire de reprendre les faits capitaux de son histoire et de rechercher, d'une part, comment la maladie se trouve dépendre de la genèse successive et de l'enchaînement réciproque des affections diverses que l'on y voit apparaître; ce qui constitue sa pathogénie; — et d'ailleurs, d'établir la relation qui réunit les lésions des organes aux troubles fonctionnels et aux manifestations cliniques, ce qui ressortit à la physiologie pathologique.

Pour mieux embrasser cet ensemble, il faut considérer le mal sous sa forme la plus complète et la plus habituelle qui est la *primitive*; les formes *secondaires* n'étant différentes que par le point de départ qui est un peu plus éloigné, voilà tout.

Quelles que soient les causes qui, au début, affectent la santé des enfants, qu'il s'agisse, comme on le disait autrefois, des circumfusa ou des ingesta, les premiers organes frappés sont ceux de la digestion; les premiers symptômes perçus relèvent de l'estomac et de l'intestin. En effet, les ingestions sont moins abondantes qu'à l'état de santé, et il se fait, par les vomissements et les selles, des pertes considérables. Alors le sang qui, tout en faisant lés frais de la nutrition, ne reçoit plus du dehors de quoi réparer ses pertes, et même est dépouillé par la diacrise intestinale d'une partie de son plasma, se trouve profondément modifié.

Ainsi, un gain minime ou nul, des dépenses excessives, tel est au début de l'athrepsie, le bilan de l'organisme. Cette situation s'accuse vite par l'amaigrissement, dont la marche rapide n'a rien de surprenant, quand on songe à quel degré s'élève l'activité nutritive chez les nouveau-nés. Non seulement, en effet, il faut qu'elle subvienne à l'entretien des tissus existants, mais à chaque instant, elle doit en créer de nouveaux : et comme cette dernière obligation l'emporte, le travail formateur, ne trouvant plus dans les apports extérieurs de quoi s'alimenter, entame l'organisme lui-même. Il le fait d'autant plus aisément qu'à cet âge les tissus manquent de solidité ; relativement à ceux de l'adulte, ils sont ce que l'aubier est au cœur du bois. Ils n'ont pas cette cohésion, cette dureté, si l'on peut ainsi dire, qui leur donne contre les atteintes morbides une grande résistance. Faits d'hier, il suffit de peu pour les détruire.

C'est la première étape de la maladie. Elle ne manque jamais, elle est comme la base de la pathogénie athrepsique, et peut être qualifiée de *gastro-intestinale*.

— La seconde, qui en est la conséquence immédiate, a pour dominante l'altération du sang; nous l'appellerons *hématique*. Le sang appauvri, et circulant moins bien par la concentration qu'il a subie, remplit mal ses fonctions. Sa stase se traduit d'une manière très-apparente par une teinte bleuâtre des extrémités et de la peau qui circonscrit les orifices de la face et par une rougeur foncée, presque violette, des muqueuses.

Les sécrétions sont rapidement atteintes. La muqueuse buccale donne une réaction acide, se desquame, et se couvre d'une végétation de muguet. L'urine est beaucoup moins abondante et, entr'autres altérations, présente des cristaux d'urate de soude, de l'acide urique et de l'albumine. — Irriguées, et nourries d'une manière insuffisante, la peau et les muqueuses résistent mal aux irritations. Les souillures excrémentitielles provoquent l'érythème des fesses, des cuisses et des parties génitales. Les talons s'excorient parce qu'ils subissent des frottements nombreux. Les malléoles internes par la compression réciproque qu'elles exercent sur la peau qui les entame, y déterminent des eschares puis des ulcérations. En même temps apparaissent, à la région postérieure de la voûte palatine, les plaques ptérygoïdiennes, dont le mode de formation est identique à celui des pertes de substance de la peau. Les points où elles se développent, sont déterminés par l'anémie habituelle de la muqueuse, due à la pression d'une apophyse osseuse, et à une saillie qui les expose aux frottements de la langue au moment de la succion. Le trouble nutritif, favorisé par cette prédisposition, provoque rapidement la mortification de ces points, puis leur ulcération.

Et ce ne sont pas seulement les parties accessibles à la vue, qui sont altérées de la sorte; les nécropsies, faites à cette période, montrent des lésions identiques sur la paroi même de l'estomac, à savoir : des érosions cupuliformes, dues manifestement à l'inflammation irritative d'une muqueuse mal nourrie. — Notez ce processus inflammatoire qui éclate à cette période et non plus tard; qui finit même par languir bien loin de s'accroître. Il résulte de l'activité formative que possède encore l'organisme: la moindre cause irritative provoque la prolifération des éléments embryonnaires; mais ils sont tués par les mêmes causes qui font pâtir les tissus sains : de là, ces ulcérations si rapidement formées.

Tandis que l'altération du sang provoque ces désordres, ceux du début poursuivent leur marche et s'aggravent. Il s'ensuit une augmentation de l'autophagie, et les divers tissus sont rapidement absorbés. Les tissus quaternaires, d'une combustion plus facile, disparaissent les premiers, tandis que la graisse, moins aisément oxydée, est déposée par le sang dans certains viscères, où la circulation a conservé son activité la plus grande; tels que l'encéphale, les poumons, les reins et le cœur.

Ne considérez pas cette stéatose des éléments organiques, comme un fait inattendu ; elle n'est, en effet, que l'exagération d'une condition normale, fréquente dans l'espèce humaine chez les nouveau-nés, et très-accentuée dans certains viscères, chez quelques animaux.

Dans l'encéphale, elle est constante et parfois très-marquée. A l'état physiologique, où elle existe, nous la supposons en rapport avec le développement des tubes nerveux, qu'elle serve à faire la myéline, ou qu'elle en soit le déchet. Son haut degré dans l'athrepsie est facile à comprendre; car, dans la première hypothèse, la formation des tubes étant enrayée, les matériaux s'accumulent sur place, et dans la seconde, de beaucoup la plus probable, leur graisse de constitution est mise en liberté, et se groupe en corps granuleux. — Dans les poumons, ce sont les cellules de l'épithélium alvéolaire qui emmagasinent la matière grasse. — Dans les tubules du rein, la graisse est parfois si abondante, qu'elle va jusqu'à modifier le volume, la consistance et la couleur du viscère. Cette prédilection de la matière grasse pour le rein est en rapport avec les fonctions du viscère qui, jusqu'à la fin, reçoit une quantité de sang relativement abondante pour l'élimination des déchets qui y abondent. — Si, parmi les muscles, le cœur est le seul que l'on trouve habituellement stéatosé, c'est que relativement aux autres, il se trouve dans des conditions d'activité excessive. Ce travail y appelle nécessairement

beaucoup de sang, et y détermine le dépôt d'une quantité de graisse proportionnelle. — Je ne vous dirai rien de la stéatose hépatique. Vous savez combien la graisse est mobile dans ce viscère, et que sa quantité y varie sous l'influence de causes nombreuses et encore fort mal déterminées. Dans l'athrepsie, l'embarras reste très-grand et jusqu'ici je n'ai pu saisir la cause des variations que l'on y observe relativement à l'état gras des cellules hépatiques. Toutefois, je crois pouvoir avancer que, d'une manière générale, la stéatose est ici la raison inverse à celle des autres viscères.

Si le malade ne succombe pas alors, et si la vie se prolonge jusqu'aux dernières limites de l'autophagie, quand toutes les réserves de graisse ont été consommées, celle qui avait été déposée dans les viscères, y est reprise. Seule, la graisse du cerveau reste, ne pouvant être résorbée, surtout dans les points où elle a déterminé le ramollissement et la destruction partielle du tissu nerveux. A quelque moment, en effet, que l'on examine l'encéphale, on y trouve empreintes d'une manière indélébile les marques de la souffrance qu'il a subie. Il m'est arrivé sur des enfants qui, ayant échappé à l'athrepsie, succombaient à une autre affection, de constater, dans les régions périventriculaires, des foyers de stéatose dans lesquels des particules calcaires se substituaient à la matière grasse.

Lorsque la graisse viscérale a été ainsi résorbée, il ne faudrait pas croire qu'il ne reste, dans les éléments qu'elle avait envahis, aucune trace de son passage. Il en est qui ont été complétement détruits, comme ceux du poumon et du rein; d'autres, n'ayant pu recouvrer le protoplasma de constitution, se sont atrophiés.

La stéatose viscérale qui dérive de l'altération du sang, et qui, partant, est une affection tertiaire, dans l'ordre de succession que nous poursuivons, devient, à son tour, le point de départ d'accidents nombreux et apporte ainsi son contingent morbigène. — Vous comprenez bien, que les alvéoles pulmonaires, dont le revêtement épithélial est infiltré de graisse ou a disparu, soient moins aptes à l'hématose; que, semblablement, le rein ne suffise plus à épurer le sang et que le cœur lui-même n'ait plus la puissance nécessaire pour entretenir une circulation normale.

Voilà comment l'altération du sang, déjà ancienne, se trouve notablement aggravée par la stéatose et devient la source de lésions nouvelles et de troubles fonctionnels d'une grande importance. Parmi les premières, il faut signaler surtout les congestions veineuses, les thromboses et les ramollissements.

Les congestions engendrent à leur tour d'autres altérations parmi lesquelles nous comptons la gastrite exsudative, qui, vous le savez, est caractérisée par une injection sanguine considérable du réseau périglandulaire, par la production d'une couche membraniforme à la surface de la muqueuse, et la présence dans toutes ces parties de leucocytes nombreux, qui semblent avoir quitté les voies circulatoires, sous l'influence de l'état congestif. — Les thromboses, dues au ralentissement du cours du sang, à sa viscosité, à un excès de leucocytes, dont les amas deviennent le point de départ des concrétions sanguines, sont surtout fréquentes dans les sinus de la dure-mère et les veines cérébrales, dans celle du rein et dans l'artère pulmonaire. — Les hémorrhagies sont presque toujours des effets de la thrombose. Les plus communes sont celles de l'encéphale. Leur symétrie, leur fréquence à la périphérie des hémisphères et sur certains points des ventricules, s'explique par leur origine congestive, qu'il s'agisse d'un simple ralentissement dans le cours du sang, ou d'un arrêt, par thrombose veineuse. — Enfin le ramollissement cérébral rouge, lui aussi, se produit consécutivement à la coagulation du sang dans les veines et là se trouve l'explication des particularités qu'il présente.

Ces altérations viscérales engendrées par la dyscrasie sanguine qui, partout et constamment, les domine et doit leur être associée, se manifestent d'ordinaire extérieurement, mais par des symptômes souvent très-frustes et que l'on rapporte malaisément à leur véritable cause, résultat auquel contribuent l'âge des sujets, la nature de la maladie et la période actuelle; l'organisme, où tout a baissé de niveau, réagit très-mal contre les excitations qui viennent à l'atteindre. Partant, l'expression symptomatologique a quelque chose de vague et d'indéterminé. Aussi est-on dans le plus grand embarras, quand on cherche à rattacher les manifestations cliniques aux lésions des organes; c'est qu'en réalité, il n'y a pas de souffrance viscérale isolée. Tous les viscères, tous les tissus, souffrent en même temps. Il est impossible de séparer un de ces siéges de douleur de tous les autres et dès lors de discerner les symptomes qui en dépendent de l'ensemble symptomatologique. Ce n'est pas à des unités isolées que l'on a affaire, mais à une somme. Toute la substance de l'athrepsié est dans un état d'angoisse qui se marque par une agitation incessante et générale : l'anxiété du visage et le cri de détresse. L'on peut dire que, dans aucune autre maladie, la souffrance de l'être entier n'apparait plus manifestement et ne se traduit en une expression aussi émouvante. Tous les organes de relation, la peau, les sens, les muscles, y concourent ensemble. Toutefois, et en dépit de ces difficultés d'attribution, il est des symptômes dont nous devons rechercher l'origine; tels sont, par exemple, ceux que nous avons qualifiés d'encéphalopathiques. (*A suivre.*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Du rôle de la thrombose dans la production des altérations d'origine tuberculeuse;

Par **A. LAVERAN**, professeur agrégé au Val-de-Grâce (1).

Ulcérations annulaires de l'intestin d'origine tuberculeuse. On peut distinguer trois degrés dans les lésions intestinales des tuberculeux :

1er *degré.* Des granulations tuberculeuses assez semblables, à l'œil nu, à des follicules isolés se développent dans la tunique celluleuse immédiatement au-dessous de la musculeuse superficielle ; ces granulations sont presque toujours appendues aux ramifications vasculaires, comme des fruits aux branches d'un arbre. Au microscope, les principaux caractères différentiels entre les tubercules et les follicules clos sont les suivants : autour du tubercule existe une zone de prolifération du tissu conjonctif, zone qui fait défaut autour des follicules clos à l'état sain ; — au centre des tubercules, on trouve souvent la coupe d'un ou de plusieurs vaisseaux oblitérés ; la musculeuse superficielle manque au niveau des follicules clos, tandis qu'on la rencontre au-dessus des tubercules jusqu'au moment où se fait l'ulcération ; l'existence de lésions tuberculeuses dans d'autres points et en particulier au-dessous du péritoine, facilite du reste le diagnostic dans bon nombre de cas.

2e *degré.* Les glandes en tubes tombent de leurs alvéoles au niveau du tubercule ou du moins l'épithélium de ces glandes se sépare des couches sous-jacentes, puis la musculeuse superficielle cède sous l'effort de la matière tuberculeuse ramollie, l'ulcère tuberculeux est constitué; des lambeaux de muqueuse garnissent les bords de l'ulcération, tandis que le fond est constitué par la celluleuse en voie de prolifération ; s'il n'existe de granulations tuberculeuses ni dans les couches profondes de la celluleuse, ni dans le tissu sous-séreux, il peut être très-difficile de dire, même après l'examen histologique, si l'on a affaire à un ulcère véritablement tuberculeux.

3e *degré.* Au lieu des petites ulcérations généralement arrondies que nous venons de décrire, on rencontre dans l'intestin, surtout dans l'intestin grêle, des ulcérations annulaires très-caractéristiques. Avant même d'ouvrir l'intestin, on peut souvent diagnostiquer ces ulcérations qui se trahissent du côté du péritoine par des plaques rougeâtres, ecchymotiques, brunâtres quand la lésion est ancienne, plaques dont le plus grand diamètre est perpendiculaire au grand axe de l'intestin; la séreuse présente assez souvent

(1) Voir le n° 1.

au niveau des plaques quelques granulations tuberculeuses blanchâtres alors même qu'il n'en existe pas sur les autres points du péritoine.

Lorsque l'intestin a été ouvert, on constate aisément qu'aux plaques rouges péritonéales correspondent exactement des ulcérations annulaires de la muqueuse intestinale ; ces ulcérations qui remontent plus ou moins haut dans l'intestin grêle sont toutes parallèles entre elles et perpendiculaires au grand axe de l'intestin, parfois elles intéressent tout un segment de la muqueuse intestinale, plus souvent elles n'en occupent que les trois quarts ou la moitié. Bien entendu, dans l'intervalle de ces ulcérations, on peut trouver un certain nombre de petits ulcères arrondis qui correspondent à des tubercules isolés.

Louis a signalé avec soin les principaux caractères de ces ulcérations transversales de l'intestin grêle, particulièrement dans les observations XXXIV et LIV de ses *Recherches sur la phthisie* (1). Andral en cite un exemple remarquable (2).

M. le professeur L. Colin, dans une observation de tuberculose aiguë, publiée en 1862, décrit ainsi qu'il suit les altérations intestinales: « l'ouverture du tube digestif fait découvrir au commencement du jéjunum une ulcération annulaire comprenant toute la circonférence de cet intestin ; les bords en sont rouges, tuméfiés, le fond vert foncé, rugueux, cassant en certains points, ressemblant assez comme aspect aux plaques typhoïdes dites gangréneuses par Cruveilhier ; la largeur de cet anneau est d'environ un centimètre et demi; à cinq centimètres plus bas en existe un second complétement identique ; puis, à des distances à peu près égales, on en rencontre encore sept autres dont le dernier seul n'embrasse que les trois quarts de la circonférence de l'intestin et se trouve au moins encore à deux mètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Il n'existe ni à la surface de ces ulcérations, ni dans le reste des parois du tube digestif aucune trace de dépôt tuberculeux (3). »

Une autre observation du même auteur n'est pas moins explicite, il s'agit encore d'un cas de tuberculose aiguë: « A la fin de la deuxième portion du duodénum existe une ulcération de forme ovalaire dont le plus grand diamètre est de près de 6 centimètres, le plus petit de 2 centimètres; le grand diamètre est perpendiculaire à l'axe de l'intestin de façon que, contrairement aux ulcérations typhoïdes, celle-ci est transversale. De cette première ulcération à une dernière qui existe à vingt centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale, on en compte vingt autres dont celles du milieu sont les plus considérables et décrivent presque un anneau complet autour du calibre de l'intestin. Leurs bords sont épais, rouges, taillés à pic, leur fond occupé par un détritus gangréneux (4). » Ces ulcérations répondaient toutes à des taches ecchymotiques qui apparaissaient à travers la tunique séreuse avant l'ouverture du tube digestif.

Plusieurs faits analogues ont été rapportés par nous dans un mémoire déjà cité. Dans l'observation V de ce mémoire, on note à l'autopsie, entre autres lésions : de larges ulcérations intestinales dont la direction est perpendiculaire au grand axe de l'intestin; « on ne voit pas de tubercules sur la muqueuse intestinale, mais sur la séreuse, au niveau des points ulcérés, on aperçoit des plaques rouges avec de nombreux tubercules blanchâtres (5). »

Dans l'observation VI (même mémoire) les lésions intestinales sont ainsi décrites : « L'intestin grêle est perforé à quelques centimètres au dessus de la valvule iléo-cœcale dans l'étendue d'une pièce de vingt centimes environ. Les bords de la perforation sont rouges, indurés ; on y voit quelques tubercules miliaires. La surface péritonéale de l'intestin est parsemée de plaques rouges dont le grand diamètre est perpendiculaire au grand axe de l'intestin. Ces plaques sont indurées, d'un rouge très-foncé, presque noires sur certains points ; toutes présentent un certain nombre de petits points blancs, légèrement saillants, qui sont des tubercules. Dans les endroits où siégent ces plaques, l'intestin est très-friable, c'est au niveau de l'une d'elles que la perforation s'est produite. Sur la muqueuse du gros intestin et de l'intestin grêle, on rencontre de nombreuses ulcérations, mais pas de tubercules; le fond des ulcérations correspond exactement aux plaques rouges du péritoine (1). »

Tous les auteurs insistent aujourd'hui sur la tendance des ulcérations tuberculeuses de l'intestin à devenir annulaire, et la direction de ces ulcérations est donnée comme un moyen facile de les distinguer des ulcérations typhoïdes qui, siégeant dans les plaques de Peyer, ont naturellement la même direction que celles-ci.

M. le Dr Leudet, dans une de ses excellentes leçons cliniques sur les ulcérations annulaires de l'intestin et les rétrécissements qui peuvent en être la suite, dit avec raison que cette tendance si généralement reconnue des ulcérations intestinales à prendre la forme annulaire, ne saurait être attribuée à un effet du hasard, et qu'il y a lieu de rechercher la cause de cette disposition (2); c'est ce que nous allons nous efforcer de faire.

L'artère mésentérique supérieure donne naissance dans l'intérieur du mésentère à une série d'arcades artérielles, et de la convexité de ces arcades se détachent un grand nombre de branches qui se rendent à l'intestin; arrivées au niveau de l'insertion du mésentère sur l'intestin, ces branches terminales de la mésentérique supérieure se dédoublent et leurs divisions vont embrasser l'intestin dans un cercle vasculaire dont la direction est perpendiculaire au grand axe de l'intestin.

M. le professeur L. Colin, le premier, je crois, a fait remarquer très-justement que chaque ulcération annulaire chez les tuberculeux correspondait à la zone de distribution d'une des ramifications terminales de l'artère mésentérique (3).

M. le Dr Leudet, après avoir passé en revue les différentes explications qui ont été données du mode de formation des ulcérations annulaires, conclut en ces termes : « Le rôle d'un trouble de circulation capillaire local est seul capable d'expliquer la localisation de cette lésion annulaire de nature gangréneuse, et qui devient ultérieurement la suite des rétrécissements cicatriciels de l'intestin (4). »

Mais, jusqu'ici, il n'y a dans cette explication qu'une hypothèse, très-plausible il est vrai; il est nécessaire de pénétrer plus avant dans la pathogénie des ulcérations annulaires d'origine tuberculeuse et de rechercher quelle relation existe entre ces ulcérations et la production des tubercules.

Il est peu probable que la tuméfaction des ganglions mésentériques joue ici un rôle important ; il n'y a pas de relations constantes entre ces deux ordres de lésions : ulcérations intestinales annulaires et tuméfaction des ganglions mésentériques ; les nombreuses anastomoses des branches de l'artère mésentérique au-dessous des principaux paquets ganglionnaires rendent très difficile à concevoir, la compression de ces artères par les ganglions tuméfiés; enfin, aucun auteur n'a signalé, je crois, chez les tuberculeux des thromboses des branches principales de l'artère mésentérique.

Les embolies de l'artère mésentérique ne sont pas très-rares: dans un travail récent (5), un auteur allemand en a cité 16 cas, et il serait facile d'augmenter ce chiffre; à la suite de ces embolies de l'artère mésentérique supérieure, on

(1) Louis. *Recherches sur la phthisie*, p. 3[illegible]4 et 515.
(2) Andral. *Anatomie pathologique*. T. II, p. 9[illegible].
(3) *Gazette des Hopitaux*, 17 Mai 1862 et *Etudes cliniques de médecine militaire*, p. 22.
(4) L. Colin. *Etudes cliniques de médecine militaire*, p. [illegible]
(5) Loc. cit., p. 11.

(1) Loc. cit. p. 15.
(2) Leudet. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, 1874, p. 222.
(3) L. Colin. *Op. cit.* p. 23.
(4) Leudet. *op. cit.* p. 268.
(5) *Des suites de l'obstruction de l'artère mésentérique supérieure*, par Litten. Analyse in *Revue des Sc. méd.* t. VI, p. 46[illegible]. Voyez aussi : L. [illegible]reboullet. Etude sur les embolies de l'artère mésentérique. *Re[illegible] de méd. militaire*, 1875, p. 41[illegible].

observe des infarctus de l'intestin, des hémorrhagies, des gangrènes de la paroi intestinale ou des ulcérations si les malades survivent assez longtemps, mais les ulcérations annulaires ne sont pas signalées dans ces cas. C'est, croyons-nous, dans des lésions des branches terminales de l'artère mésentérique, au niveau du trajet qu'elles parcourent dans l'intérieur de la paroi intestinale elle-même qu'il faut rechercher la cause des infarctus et des ulcérations consécutives, c'est l'opinion que nous exprimions dès 1873 (mémoire cité).

Dans quelques cas d'endocardite ulcéreuse, on a observé des embolies capillaires des ramifications de l'artère mésentérique et des ulcérations de la muqueuse intestinale, mais ces ulcérations, qui présentaient sur leurs bords les traces d'une vive hypérémie, étaient généralement arrondies.

M. le Dr Feltz a réussi plusieurs fois à provoquer chez des lapins des embolies capillaires des artères mésentériques; on observait à l'autopsie des ecchymoses à la surface péritonéale de l'intestin, des foyers de ramollissement sur la muqueuse ou des plaques gangréneuses.

Peut-on invoquer chez les tuberculeux l'existence d'embolies capillaires pour expliquer la formation de thromboses dans la rate, dans les reins et dans l'intestin? — Il est possible que certains cas de généralisation de la tuberculose, succédant par exemple à des foyers anciens de matière caséeuse, soient produits par la dissémination d'embolies capillaires; on comprendrait ainsi pourquoi les organes le plus souvent atteints dans la tuberculose aiguë: poumons, rate, reins, sont également des plus sujets aux lésions emboliques; mais il n'y a là, il faut l'avouer, qu'une hypothèse. De plus, les embolies capillaires de l'intestin ne donnent pas lieu, en général, à des ulcérations annulaires, sans doute parce que les embolies ne s'arrêtent que rarement juste au point de division des branches de l'artère mésentérique et qu'ils n'interrompent pas la circulation dans un segment entier de la muqueuse. C'est à une oblitération sur place, à une thrombose des ramifications artérielles que l'on est amené naturellement à rapporter la formation des ulcérations annulaires de l'intestin comme celle des infarctus de la rate ou des reins.

La cause la plus importante de ces thromboses est sans contredit le développement de granulations tuberculeuses dans la tunique externe des artères; cette localisation si fréquente des tubercules est aujourd'hui parfaitement connue, grâce aux travaux de L. Laveran (1), de Cornil (2) et de Rindfleisch (3). « De nombreuses observations ont prouvé, dit ce dernier auteur, qu'il n'y a pas dans l'organisme de tissu conjonctif plus prédisposé à la formation de tubercules que celui de la tunique adventice des petites artérioles et des vaisseaux de transition. » Dans un autre passage de son ouvrage, Rindfleisch fait parfaitement ressortir l'importance de cette tuberculose périvasculaire dans la genèse des ulcérations annulaires de l'intestin (4).

Les granulations tuberculeuses de la tunique adventice dépriment la tunique interne des artérioles, rétrécissent leur calibre et produisent sur la paroi des vaisseaux des inégalités très-favorables à la coagulation du sang, mais leur action ne se borne pas à ce rôle, pour ainsi dire mécanique. Sur les préparations histologiques d'intestins tuberculeux, on rencontre le plus souvent de l'endartérite ou de la périartérite et cette lésion des vaisseaux existe non-seulement dans le voisinage immédiat des granulations tuberculeuses mais en dehors des granulations et de leur zone inflammatoire; l'endartérite constitue donc une nouvelle prédisposition à la thrombose: enfin il ne faut pas oublier qu'à une certaine période de la phthisie le sang a une tendance naturelle à se coaguler, comme en témoigne la fréquence des thromboses aux membres inférieurs.

Dans l'intérieur même des tubercules les vaisseaux sont oblitérés; sur des coupes, ils se présentent comme des éléments arrondis, de diamètre variable, à l'intérieur desquels on ne distingue qu'une masse homogène, amorphe, d'une coloration jaunâtre, parfois quelques globules sanguins se laissent encore distinguer. Ces coupes des vaisseaux oblitérés dans l'intérieur des tubercules, ont été décrites en Allemagne comme de grandes cellules propres au tubercule; elles caractérisent, en effet, jusqu'à un certain point le tubercule en ce sens que dans aucune production pathologique on ne les rencontre avec autant de constance, le tubercule étant de tous les produits morbides celui qui oblitère le plus vite les vaisseaux, mais ces coupes de vaisseaux oblitérés n'ont rien de commun avec des éléments cellulaires.

Nous croyons pouvoir conclure de ce qui précède: que dans la rate, les reins et l'intestin grêle, des altérations consécutives à la thrombose viennent parfois compliquer celles qui sont dues à la tuberculisation proprement dite. Nous pourrions conclure aussi par analogie que chez les tuberculeux certaines altérations des poumons, des testicules, des ganglions lymphatiques, etc., se développent également sous l'influence de l'oblitération vasculaire; pourquoi, en effet, ne retrouverait-on pas les mêmes processus morbides sous l'influence des mêmes causes? — Mais de nouvelles recherches sont indispensables, et nous ne voulons pas quitter le terrain de l'observation pour nous lancer dans le domaine des hypothèses.

(1) [illegible] mi[illegible], 1861.
(2) [illegible] de Phys[illegible]. [illegible]8. *Du tubercule spécialement étudié dans ses [illegible] avec les vaisseaux.*
(3) [illegible]. Traduction de Gross, p. 128.
(4) Rindfleisch, *Op. cit.*, p. [illegible].

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Les maladies constititutionnelles et le traumatisme. — MM. les professeurs Verneuil et Paget.

Lorsqu'un traumatisme a frappé un organe ou détruit un tissu, l'excellence de l'œuvre de la réparation dépend de la qualité des éléments employés à cette réparation. Non-seulement, les conditions locales ont une influence facilement appréciable; mais, une grande part appartient aussi aux causes capables de modifier l'organisme dans toutes ses parties. Des effets, à la fois généraux et intimes, des altérations de la nutrition jusque dans les éléments anatomiques, des troubles locaux et jusqu'alors inexpliqués, survenant en dehors des lois communes aux individus sains, doivent être surtout produits par les diathèses ou par les lésions viscérales chroniques.

Telle est l'*idée mère* qui a conduit M. le professeur Verneuil à étudier les rapports du traumatisme et des maladies générales, et qui, depuis une dizaine d'années, préside aux recherches si nombreuses et si productives qu'il a faites dans cette direction.

C'est en poursuivant ces recherches qu'il a bientôt vu les faits établir devant lui, d'une manière saisissante, cette autre vérité générale: que le traumatisme provoque souvent la manifestation de diathèses en puissance ou latentes. Il a reconnu que, chez les diathésiques, l'organisme réagit sous le coup du traumatisme, comme résonne l'airain sous le choc du marteau, selon l'alliage qui le compose. Chez le goutteux, éclatent des accès de goutte; chez le rhumatisant, apparue d'abord au point lésé, la diathèse parcourt les articulations, atteint même les viscères; parfois, chez le syphilitique, des éruptions surgissent localement ou à distance. Il a caractérisé tous les phénomènes d'un mot heureux et pittoresque: le traumatisme bat le rappel des diathèses.

L'ensemble de la doctrine du savant professeur se trouve en partie exposé dans la thèse d'agrégation de M. Paul Berger, dont l'œuvre remarquable sera comme un centre

de ravitaillement pour les travailleurs qui essaieront d'explorer ces régions de la pathologie générale encore peu connues. Après avoir caractérisé l'esprit de la doctrine du maître, essayons d'en indiquer les principaux résultats.

« La lésion traumatique, dit M. Berger, peut recevoir dans sa marche deux influences distinctes de l'état général. L'une, qui se trouve dans toutes les maladies quand elles ont atteint un certain degré, est le résultat de l'affaiblissement de l'économie, qui est dans l'impuissance de réagir contre le traumatisme. L'autre [illegible] d'un cachet spécial, qu'une [illegible] d'une maladie spécifique, et par laquelle elle est [illegible] caractéristique de l'affection générale [illegible], produit morbide identique dans sa nature avec ces [illegible] spontanées que fait développer la même cause. »

La goutte, surchargeant le sang et les tissus d'acide urique, dans sa période cachectique, altérant les artères, altérant les fibres musculaires du cœur, et, par ses lésions rénales, empêchant l'élimination des déchets organiques, ne fournit à la réparation que des matériaux insuffisants, ou, obligé pour chercher plus loin des éléments sains, provoque au point lésé une réaction désordonnée : c'est ainsi, sans doute, qu'il faut expliquer l'apparition de douleurs protéiques, de névralgies excessives, la lenteur de la cicatrisation, l'extension d'inflammations d'abord légères, l'érysipèle, des phlegmons de mauvaise nature, et quelquefois la tendance à l'ulcération.

Mais, ici, l'influence du traumatisme sur la diathèse est peut-être plus puissante encore. Les accès de goutte sont fréquents à la suite d'un traumatisme grave ou léger, et comme l'a exprimé très-clairement M. le professeur Charcot :

Chez le goutteux, une lésion, produite en un point du corps, n'agit pas seulement en provoquant le développement de la goutte, mais en déterminant le siége de l'attaque locale.

Un goutteux se contusionne au niveau d'une articulation ; la violence ou ses suites détermine l'explosion précoce ou tardive, sur le point blessé, de la manifestation goutteuse. Celle-ci s'empare en quelque sorte de la réaction inflammatoire, la [illegible] à son profit et transforme une lésion traumatique en une lésion diathésique. D'abord localisée au point blessé, la goutte peut ensuite envahir les autres régions du corps, du gros orteil remonter au cou-de-pied et gagner le genou.

Le *rhumatisme*, si voisin de la goutte, modifie aussi la réaction inflammatoire du point lésé. N'est-il pas commun de voir, chez un diathésique, se développer une de ces arthrites qui s'accompagnent de fièvre, de frissons, de sueurs, d'un état général imprévu, et qu'on désigne justement sous le nom d'arthrites rhumatismales. Parfois, la diathèse alors s'étend : d'autres articulations se tuméfient et se prennent, un point de côté survient, le malade a une péricardite, suite d'un rhumatisme articulaire développé à l'occasion d'une violence extérieure. Dans d'autres cas, l'influence diathésique [illegible] ; le rhumatisme s'approprie la [illegible] ation résolutive [illegible], en une [illegible]. L[illegible] s'opèrent avec [illegible] que témoigne [illegible], ur-[illegible] position.

Ainsi, [illegible], M. Verneuil mentionnait [illegible] la gravité des érysipèles à la suite des [illegible] très-ordinaires, chez ces malades. [illegible] encore, le savant professeur insistait sur le caractère spécial, sur l'aggravation de la douleur, à la suite du traumatisme, chez les rhumatisants : la diathèse, chez eux, prend souvent la forme de névralgies traumatiques secondaires et cède au sulfate de quinine (1).

A côté des deux principales manifestations de l'arthritisme, la goutte et le rhumatisme, se place naturellement l'*herpétisme*. Chez les dartreux, il est assez fréquent d'observer, à la suite des traumatismes, le rappel de la diathèse; des éruptions diverses, en particulier l'herpès, peuvent apparaître soit au lieu de la violence, soit sur un point éloigné du système cutané. Tels sont les faits établis à propos de cette diathèse dans un mémoire, publié par M. Verneuil, à la société de Biologie *Sur l'herpès traumatique* (2).

Chez *les scrofuleux*, les éléments des tissus, quoique abondants, sont pauvres, et jouissent d'une vitalité peu élevée, l'irritation la plus légère entraîne leur hyperplasie, mais les productions s'arrêtent aux premières phases de l'état embryonnaire ; le *nisus formativus* manque de puissance. Hyperplasie irritative et vitalité inférieure, tels sont en un mot les caractères anatomiques des manifestations scrofuleuses en général ; le traumatisme en provoque l'exaltation avec la plus grande facilité. Un élève de M. Verneuil, M. Bonnet, étudiant cette question des rapports du traumatisme et de la scrofule, reconnaît à cette diathèse trois périodes : dans la plupart des cas, à mesure que le sujet, soumis à son influence, avance en âge, elle atteint des parties de plus en plus profondes, elle pénètre des téguments aux articulations et aux os, des os aux viscères (3). Les caractères des traumatismes chez les scrofuleux sont plus généralement connus que ceux des autres diathèses : inflammations ulcératives de la peau, plaies interminables, dans les synoviales, formation de fongosités, caries, nécroses dans les os ; retard de consolidation dans les fractures ; et, dans les cas où elle se manifeste, la suppuration devient inépuisable. M. Verneuil a aussi cherché à établir que, chez les scrofuleux, une lésion traumatique suppurative a déterminé l'explosion de tubercules dans les viscères, dans le poumon, dans le testicule, etc. — Les résultats et la marche des plaies, après les opérations, chez les scrofuleux, ont été pour M. Verneuil une étude de prédilection. Dès 1867, il s'élevait contre l'opinion trop généralement reçue que chez ces malades, les opérations chirurgicales sont toujours moins graves que celles qu'on pratique sur des individus sains et vigoureux.

Souvent, deux ans après une guérison locale qui paraît complète, les malades reviennent mourir à l'hôpital de lésions tuberculeuses. « Chez les scrofuleux, disait-il encore à la Société de chirurgie, après des opérations qui donnent lieu à des plaies anfractueuses, les premières phases du travail réparateur s'accomplissent bien, les plaies se couvrent d'abondantes granulations, le pus est d'abord bien lié ; mais, après quelques semaines, si la plaie n'est pas fermée, tout se ralentit, les bourgeons s'atrophient, l'épidermisation languit. Les parties réunies se disjoignent, se décollent; puis, apparaissent des fistules rebelles. La tâche commencée s'achève mal ou ne se termine pas. » (*A suivre*).

H. Duret.

(1) Verneuil. *Arch. de Méd.*, 1874.
(2) *Mémoires de la Soc. de Biologie*, 1873.
(3) Bonnet. — Thèses de Paris, 1868.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 janvier 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. Gosselin, président sortant, fait en quelques mots l'histoire des travaux accomplis au sein de l'Académie, pendant l'année précédente, rappelle les noms des académiciens morts et ceux des académiciens nouveaux, remercie l'Assemblée de lui avoir donné le fauteuil présidentiel, puis cède sa place à M. Chatin, qui prononce quelques phrases de remercîments. M. Bouley est appelé au bureau en qualité de vice-président, et remercie aussi l'Académie des suffrages qui l'y ont envoyé.

M. J. GUÉRIN, à propos du procès-verbal, fait appel à un temps à venir, certainement prochain, où l'on verra éclater la vérité de ses doctrines scientifiques sur l'ophthalmologie, et dépose sur le bureau 150 observations et un mémoire, qui serviront à hâter le développement de cette vérité.

M. LASÈGUE lit, à l'appui de sa candidature, un travail contenant le résumé de ses idées personnelles, sur un état morbide particulier dont il a créé l'histoire et auquel il donne le nom de *Vertige mental.* Au début, ce vertige mental présente la plus grande analogie avec le vertige simple, éprouvé par des individus placés sur un lieu élevé : même point de départ — ictus physique, — mêmes manifestations symptomatiques. Mais, au lieu de disparaître avec la cause occasionnelle, il persiste, se réveille par accès sous des influences toujours identiques, et finit par provoquer un trouble des facultés psychiques pouvant aller jusqu'à l'aliénation mentale complète.

L'Académie passe à la discussion du vœu déposé dans la dernière séance et tendant à ce que le travail de M. Giraud-Teulon et la discussion qui s'en est suivie, soient renvoyés l'un et l'autre aux ministres de la Guerre et de la Marine. — Après un échange d'observations présentées par MM. Giraud-Teulon, Bouillaud, Larrey, Perrin et Legouest, l'Académie vote l'ordre du jour pur et simple sur la question qui lui a été posée.

M. COLIN donne lecture d'un travail sur la *leucocytose dans la morve et le farcin chroniques.* Chacun sait que la morve et le farcin s'accompagnent d'altérations profondes du sang et de la lymphe. Pour en déterminer la nature, il faut résoudre les deux problèmes suivants : dans la morve et le farcin, y a-t-il leucocytose ? la leucocytose est-elle indépendante ou symptomatique des lésions locales ?

1° Chez les solipèdes morveux ou farcineux, il est facile de s'assurer qu'il y a leucocytose, à l'aide d'une expérience simple et facile à reproduire. On met dans une éprouvette plongée dans un mélange réfrigérant à 0° une certaine quantité de sang, 50 p. par ex. Ce sang refroidi reste liquide et peu à peu se sépare en plusieurs couches qui demandent pour se former un repos d'environ quatre heures. Au bout de ce temps, l'éprouvette est retirée du mélange réfrigérant et dès que le sang arrive à avoir la température ambiante, il se coagule. On voit alors qu'il est partagé en trois couches : une supérieure jaunâtre fibrineuse ; une inférieure rouge, contenant les hématies ; une intermédiaire, blanche, opaque, contenant les leucocytes. La division s'est opérée par le repos, grâce à la pesanteur spécifique particulière des divers éléments du sang ; c'est un phénomène purement physique. Si l'on expérimente de la même façon, dans des éprouvettes de même forme et de même capacité, remplies, l'une du sang d'un cheval sain, les autres du sang de chevaux morveux ou farcineux, on voit que les hauteurs relatives de la couche blanche intermédiaire varient dans les proportions suivantes : dans le sang sain, la couche occupe le $\frac{1}{70}$ a $\frac{1}{81}$ de la masse totale ; dans la leucocytose morveuse au début, $\frac{1}{48}$ à $\frac{1}{35}$; dans la leucocytose complète, $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{12}$. De telles variations sont considérables et évidentes. — Ces données n'ont pas été appliquées à l'homme parce que le sang humain se coagule dès qu'il est sorti du vaisseau ; il faudrait défibriner le sang ou le mélanger a des sels qui retardent sa coagulation et cela pourrait nuire à la rigueur de l'expérience. Mais on a recours à la numération des globules qui donne le résultat demandé.

2° La morve et le farcin sont certainement des maladies du système lymphatique, et leur étude peut servir à la discussion d'un des points les plus intéressants de l'anatomie, la genèse des leucocytes. En effet, la lymphe des chevaux morveux est bien différente au point de vue clinique de la lymphe des chevaux sains, et elle contient un grand nombre de leucocytes. Or, ces leucocytes existent dans la lymphe des extrémités périphériques, dans les lymphatiques dits afférents, ce qui prouve que si les leucocytes sont formés principalement dans les ganglions, ils viennent aussi directement dans les radicules des vaisseaux lymphatiques. Les globules blancs, dans la morve et le farcin, sont nombreux, de formes variées, d'espèces multiples : gros et moyens globules, globulins, molécules lymphatiques qui ont été prises pour des bactéridies et auxquelles on a fait jouer le rôle de vecteurs du principe septique. — Mais la leucocytose ne survient pas sous l'influence unique de la morve et du farcin, loin delà : toute inflammation du système lymphatique, à quelque cause qu'elle appartienne, produit une augmentation du chiffre des globules blancs. L'intensité de la leucocytose est en rapport avec l'étendue de la lésion inflammatoire qu'elle soit morveuse ou non ; mais, comme cette leucocytose est considérable dans le farcin et la morve, elle peut donner lieu à toute la série des complications de nature embolique connues depuis longtemps ; infarctus, gangrène locale, foyers caséeux, etc., dans le poumon, le foie, la rate, etc.

Conclusions : 1° Il y a leucocytose dès le début de la morve et du farcin (formes chroniques surtout) ; 2° Il est très-facile de constater l'altération leucémique ; 3° Cet état s'associe à l'anémie des sujets malades ; 4° La leucocytose morveuse parait jouer un rôle important dans la genèse des complications morbides d'ordre embolique.

M. DESNOS présente à l'Académie une observation très-remarquable de paraplégie par embolie de l'aorte et des deux artères iliaques primitives, avec pièces pathologiques. — Cette observation sera publiée *in extenso* dans un prochain numéro du *Progrès médical.* M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances d'octobre. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

2. Obstruction intestinale par un calcul biliaire volumineux ; par les Drs Ch. MARTIN et P. BROUARDEL (Pièce déposée au Musée Dupuytren).

Mme L..., âgée de 78 ans, fut atteinte vers le 14 *septembre* 1875, d'une constipation opiniâtre qui s'accompagna les jours suivants de vomissements bilieux. Appelé le 16 *septembre*, M. le docteur Martin prescrit un purgatif léger.

Le 17, la constipation persiste, les vomissements prennent une odeur stercorale. Aucun mouvement fébrile. On prescrit deux pilules d'huile de croton de 1/2 goutte, matin et soir, et un lavement purgatif.

Le 18 *septembre*, pas de selles. Pouls petit, 110. Les yeux sont cernés, la face cholériforme, la peau des extrémités froide. Les forces de la malade sont profondément altérées, elle se relève avec peine dans son lit. Vers le soir parait un hoquet fréquent, toutes les boissons sont rejetées, la glace seule est tolérée.

Le ventre était ballonné, mais sans excès, les anses intestinales se dessinaient assez nettement, la palpation était peu douloureuse, excepté au niveau de la fosse iliaque droite et du colon tranverse, où la sensibilité était assez vive. Le toucher rectal montrait que le rectum était complétement libre. Le Dr Martin administra quatre grandes seringues à cheval, coup sur coup, sans provoquer d'évacuation.

Appelé par le Dr Martin, le 19 *septembre*, nous constatons dans la fosse iliaque droite un empâtement volumineux à forme cylindrique, qui nous fait penser que l'obstacle siége dans le cæcum. Nous administrons un purgatif de jalap et de calomel ; le Dr Martin pratique sur le ventre un massage prolongé. Il fait donner des lavements dans lesquels on avait fait bouillir douze grosses têtes d'ail ordinaires. Ces lavements amènent une congestion hémorrhoïdaire intense.

Tout à coup, le 20 *septembre*, vers 5 heures du matin, la malade veut aller à la garde-robe; ou entend tomber dans le vase de nuit un corps dur, volumineux, constitué par un calcul de cholestérine. Dans la journée, il en sort dix autres plus petits, et environ six litres de matières, les unes à demi-molles, les antres très-dures, des scybales. La guérisou fut complète en quelques jours.

En remontant dans l'histoire de cette malade, on apprend qu'il y a 18 mois environ, elle aurait eu quelques accidents que l'on peut rapporter, après coup, à un embarras stercoral possible (constipatiou, vomissemeuts). Il y a quelques années elle a eu une crise de coliques violentes, sans jaunisse Peut-être s'agissait-il d'une colique hépatique.

Le gros calcul est constitué par de la cholestérine. Huit jours après son expulsion, il pèse 18 grammes. Il mesure en longueur 43 millimètres. Son plus grand diamètre mesure 23 millimètres, son plus petit 16. La circonférence est de 9 centimètres.

M. Houel. Il me semble bien probable que nous avons sous les yeux un calcul de la vésicule qui a passé directement dans l'intestin à la suite d'adhérences sans traverser les voies biliaires, et toute l'étendue de l'intestin grêle.

On comprend difficilement, en effet, qu'un calcul aussi volumineux ait pu suivre cette voie sans déterminer d'accidents graves. Je me rappelle avoir vu, plusieurs fois, des calculs produire des phénomènes d'étranglement et même la mort, ainsi que cela eut lieu dans un fait communiqué à la Société par M. Barth.

M. Brouardel. Je suis tout disposé à accepter l'interprétation de M. Houel, d'autant mieux que la malade avait présenté tout au plus quelques coliques douteuses.

3. Cancer primitif du corps de l'utérus; généralisation au système lymphatique; par M. Kirmisson, interne des hôpitaux.

Borgne Jeanne, âgée de 55 ans, domestique, entre le 24 mai 1875, à l'hôpital Necker, salle Sainte-Pauline, n° 15 (service de M. Guyon). Toujours d'une bonne santé jusqu'à sa maladie actuelle, qui a débuté au mois de février 1874, cette femme a eu six enfants, le dernier il y a 18 ans. Son mal a commencé par une douleur dans le talon droit, douleur fixe, s'exaspérant par la pression, qui persista jusqu'au mois de mai de la même année. Alors, elle cessa brusquement pour faire place à une douleur dans l'aine et dans la fosse iliaque du même côté; en même temps, le ventre se ballonna, et la malade éprouva quelques troubles digestifs ; au mois de juillet, la douleur du ventre disparut, et aussitôt le gros orteil du côté droit commença à enfler ; l'enflure gagna les autres orteils, puis bientôt le pied, la jambe, la cuisse correspondante, et au bout de cinq mois, c'est-à-dire vers la fin de novembre, elle avait atteint les proportions énormes qu'elle présente encore actuellement. En même temps que parut l'enflure du membre inférieur droit, la malade remarqua sur la partie latérale gauche du cou une grosseur qui persiste encore aujourd'hui.

Ce qui frappe le plus à l'examen de la malade, lors de son entrée, c'est le volume considérable du membre inférieur droit. La cuisse, vers sa partie moyenne, mesure 76 centimètres de circonférence ; elle est d'une consistance très-dure ; néanmoins on peut y déterminer, par la pression, un godet dénotant l'existence de l'œdème ; mais il y a, en outre, un épaississement très-appréciable de la peau, dont tous les plis, surtout ceux de la face dorsale du pied, sont exagérés et limités par des sillons profonds. En un mot, l'aspect du membre est tout-à-fait semblable à celui qu'il présente dans l'éléphantiasis des Arabes. Mais la malade n'a jamais quitté la France, et, de plus, la tumeur du cou fait penser à l'existence d'autres tumeurs semblables produisant une compression dont les effets se traduiraient par le volume énorme du membre inférieur droit.

En effet, on sent par une palpation profonde dans la région du flanc droit, une tumeur dure, lobulée, tout-a-fait immobile. Il existe aussi de l'empâtement dans la région iliaque gauche, et au niveau de l'épigastre. Quant à la tumeur de la partie latérale gauche du cou, elle occupe le bord interne du sterno-mastoïdien, immédiatement au-dessus de la clavicule, elle est très-dure, bosselée, adhérente profondément, très-mobile sur la peau qui la recouvre. Dès lors, les caractères de cette tumeur, rapprochés de ceux que présentent les tumeurs abdominales, donnent l'idée d'une affection généralisée au système lymphatique. Le sang examiné contient une proportion normale de globules rouges ; il n'y a pas exagération du nombre des globules blancs. Les urines ne renferment pas d'albumine.

Le symptôme principal accusé par la malade est une gêne très-grande de la déglutition, qui ne lui permet guère d'avaler que des liquides ; aussi a-t-elle beaucoup maigri.

Elle est soumise à l'usage de l'arséniate de soude ; au bout de quelques jours, il y a un peu d'amélioration ; la tumeur du cou a diminué de volume, la déglutition est moins gênée. Mais cette amélioration n'est que passagère ; bientôt la dysphagie va croissant, l'alimentation est impossible, la malade rejette chaque jour des matières glaireuses, elle maigrit considérablement, et enfin elle succombe le 30 septembre 1875, sans avoir présenté d'autres phénomènes particuliers.

A l'autopsie, on constate l'existence d'un double épanchement séreux très-abondant dans les plèvres ; le cœur ne présente qu'un peu d'épaississement des valvules mitrales et aortiques et quelques plaques athéromateuses à l'origine de l'aorte. L'estomac est sain, de même que la rate et le rein du côté gauche, mais le *foie* est le siége de nombreux noyaux de dégénérescence cancéreuse.

C'est le corps de l'*utérus* qui semble avoir été le point de départ des lésions ; il présente, en effet, un volume considérable ; sa paroi mesure plus de deux centimètres d'épaisseur. La coupe de son tissu permet de découvrir de nombreux noyaux cancéreux ; l'un d'eux proémine dans l'intérieur de la cavité utérine. La surface de l'organe présente sur la partie postérieure un *ganglion* du volume d'un noyau de cerise rempli d'une matière calcaire, adhérant intimement au tissu de l'utérus, et siégeant près de son bord supérieur. Le revêtement péritonéal de l'organe est parsemé d'un grand nombre de points épaissis, faisant saillie à sa surface et occupant surtout la face antérieure et les bords latéraux de l'utérus ; le col utérin est parfaitement sain ; on peut suivre dans le ligament large du côté droit une chaine de ganglions également crétacés, s'étendant jusqu'aux ganglions pelviens qui sont le siége d'une dégénérescence cancéreuse, de même que les ganglions de l'aine droite, au milieu desquels sont comprises l'artère et la veine crurale remplie de caillots cruoriques. En remontant le long de la colonne vertébrale jusqu'au diaphragme, on trouve tous les *ganglions* qui entourent l'aorte également dégénérés. Ce sont eux qui constituent à droite cette masse qu'on appréciait facilement par le palper dans la région du flanc, et dans laquelle se trouve compris le rein droit. Il est considérablement atrophié ; il ne mesure que 2 cent. 1/2 en largeur, et 8 en longueur, encore est-il presque entièrement formé par la dilatation du bassinet et des calices ; sa substance propre est réduite à une épaisseur de 1/2 cent., tout-à-fait lisse et complétement exsangue ; la veine rénale est réduite à un calibre très-faible, et présente des caillots adhérents ; l'artère rénale, également comprimée, présente un très-petit volume ; la compression de l'uretère siége plus bas, au niveau des ganglions pelviens. L'aorte et la veine cave inférieure sont également englobées par la tumeur ganglionnaire qui les comprime.

Dans le *thorax*, immédiatement au-dessous de la bifurcation de la trachée, se voient aussi des ganglions hypertrophiés ; il en existe également autour des bronches ; à la partie postérieure de la bronche gauche, cette hypertrophie ganglionnaire est surtout prononcée ; il existe, en outre, en ce point, un épaississement considérable du tissu cellulaire formant avec les ganglions une masse dure dans laquelle sont compris le pneumo-gastrique gauche, le canal thoracique et la face antérieure de l'œsophage, ce qui rend très-difficile, en ce point, la dissection des parties. Le conduit œsophagien est lui-même comprimé ; il ne mesure plus que 2 cent. 1/2 de circonférence, au lieu de 3 cent 1/2 qu'il offre au-dessus et au-dessous de la bifurcation de la trachée ; enfin dans l'épaisseur même de sa paroi antérieure, se voit un épaississement très-prononcé, d'une dureté considérable, et d'un aspect fibreux. Le canal

horacique, à sa partie supérieure, présente des bosselures nombreuses, irrégulières, et laisse échapper sur une coupe pratiquée en ce point une matière jaunâtre, caséeuse. Immédiatement au-dessus de la crosse aortique, entourant l'origine des artères carotide et sous-clavière gauches, se voient de nombreux ganglions dégénérés, qui constituent la masse appréciable au-dessus de la clavicule pendant la vie. Un fait à noter, c'est l'état des parois artérielles, dans tous les points où les artères traversent les masses ganglionnaires dégénérées. Partout elles offrent un épaississement notable de leurs parois, et des lésions athéromateuses très-prononcées donnant à leur surface interne un aspect rugueux, plissé, et diminuant la lumière de ces vaisseaux. Ces lésions sont marquées au plus haut point sur l'aorte abdominale, et sur l'artère rénale droite ; elles sont également très-prononcées sur la fémorale du même côté, dont les parois offrent de larges incrustations calcaires ; on les retrouve, bien que moins prononcées, sur la carotide du côté gauche.

Réflexions. — Les lésions constatées à l'autopsie justifient, en partie, le diagnostic porté pendant la vie, mais elles montrent aussi que la véritable nature du mal était restée inconnue. En effet, aucun symptôme n'attirant l'attention du côté de l'utérus, on comprend que cet organe n'ait pas été soupçonné d'être le point de départ des altérations multiples du système lymphatique. Outre la difficulté du diagnostic, ce cas nous semble encore intéressant au point de vue de la forme des symptômes, qui, avant l'examen complet de la malade, donnait à toutes les personnes qui l'examinaient, pour la première fois, l'idée d'un véritable éléphantiasis. Enfin, c'est là un exemple remarquable de généralisation du cancer au système lymphatique. Nul doute en effet que les lymphatiques du corps de l'utérus, qu'on voit sur une coupe de l'organe distendus par la matière cancéreuse, n'aient été le point de départ de cette généralisation. Ces vaisseaux, en effet, sont en connexion intime avec le péritoine au-dessous duquel ils naissent en grand nombre, ainsi que l'a démontré dernièrement le travail du docteur Gerhard (Léopold), de Leipsick; ce sont eux qui ont transmis l'altération au revêtement péritonéal de l'organe, et par leurs ganglions dégénérés, et de proche en proche, à une grande partie du système lymphatique. Cette lymphangite cancéreuse s'est étendue aux ganglions et au tissu cellulaire voisin, et dans cette péri-adénite ont été comprises les parois artérielles, celles du canal thoracique, le pneumo-gastrique gauche, et enfin l'œsophage; de là, les lésions de l'endartérite, et celles de la paroi œsophagienne qui ont causé la dysphagie que la malade a présenté à un si haut degré. Enfin le canal thoracique lui-même rempli de la matière cancéreuse a été sans doute l'agent de la propagation aux ganglions cervicaux situés au niveau de son embouchure dans la veine sous-clavière gauche.

Séances de juillet 1875.—Présidence de M. Charcot.

Péricardite à forme typhoïde; par L. Andral, interne.

J... Henri âgé de 16 ans, zingueur, né à Paris se présente à la consultation de l'hôpital de la Charité le 9 juin 1875 et est reçu salle Saint-Louis. lit nº 23, service de M. Bourdon, remplacé par M. Gérin Roze.

Ce garçon est bien musclé, et déclare s'être toujours bien porté. Aucun signe de scrofule : pas d'antécédents rhumatismaux. Ses parents se porteraient également fort bien.

Il y a 15 jours environ, il aurait beaucoup travaillé, exposé au soleil, et sa maladie daterait de cette époque.

Le mal a débuté par une céphalalgie légère avec sentiment de lassitude générale, étourdissements, etc.

Cependant le malade a continué son travail ; mais il a dû s'arrêter il y a 6 jours, c'est-à-dire le 3 juin. A ce moment : vertiges, céphalalgie, bourdonnements d'oreilles et diarrhée qui a duré trois jours environ ; selles régulières depuis ; anorexie, pas d'épistaxis, mais ce jeune homme, qui remarque assez souvent des filets de sang dans son mouchoir, dit que depuis qu'il est malade il en mouche davantage. Depuis 6 jours aussi le malade se plaint d'avoir de petits frissons, de la fièvre.

9 *juin*. Au moment de ma visite du soir, je trouve le malade dans le décubitus dorsal. Les traits sont un peu tirés, les yeux cernés. La langue est pointue, légèrement blanche au centre, rouge à la pointe et un peu sèche : pas de vomissements : selles normales. Le ventre est souple à la pression ; douleur légère dans la fosse iliaque droite où l'on perçoit un peu de gargouillement. Pouls assez plein, pas très-régulier, fièvre vive. Pas de taches rosées.

10 *juin*. Même état. Pouls, M. 72; S. 92.

11 *juin*. Le 11 au matin, c'est-à-dire 8 jours après le début de la maladie, on voit sur l'abdomen 2 *taches rosées lenticulaires*. La peau est chaude et sèche; douleur et gargouillement dans la fosse iliaque droite (le malade a été purgé la veille); le ventre est un peu ballonné. P. M. 80, S. 84.

12 *matin*. Les *taches rosées sont nombreuses*; on en voit sur l'abdomen, la poitrine et dans le dos. Le pouls est légèrement dicrote, la peau chaude est sèche. La céphalalgie est moindre, mais le malade est somnolent. Cependant il répond bien aux questions qu'on lui adresse. La rate n'est pas douloureuse et ne paraît pas augmentée de volume.

Rien au cœur. — P. M. 84, S. 92.

16. Le malade est un peu gêné pour respirer : des deux côtés du thorax ou entend des râles sonores, et aux bases quelques râles sous-crépitants. Les taches rosées persistent. P. M. 80. S. 104.

18 *matin*. L'abattement est considérable ; le ventre ballonné; les râles sont plus nombreux : la respiration rapide empêche d'entendre les bruits du cœur qui sont sourds. — *Soir*. J'ausculte de nouveau le cœur. Les mouvements respiratoires qui sont très-précipités gênent beaucoup l'auscultation mais permettent néanmoins d'entendre *un bruit râpeux* coïncidant avec les battements du cœur; le pouls n'est pas très-régulier comme force et comme rhythme. Pas de douleur à la région précordiale ; pas de douleur au cou sur le trajet des phréniques. Le ventre est très-ballonné.

19 *matin*, Mêmes signes d'auscultation. Par la percussion on constate une matité assez étendue à la région précordiale, mais n'ayant pas la forme caractéristique assignée à la matité de la péricardite avec épanchement ; elle s'étend plus en largeur qu'en hauteur. On remarque sur le dos et aux fesses quelques bulles assez grosses remplies de sérosité sanguinolente. Dans la poitrine on entend de nombreux râles sonores et sous-crépitants. A la base gauche, submatité ; en ce point les râles sont plus nombreux et plus fins, et la respiration soufflante.

19 *soir*. Le malade est très-abattu ; il accuse des douleurs vagues dans les membres supérieurs ; pas d'albumine dans les urines. Le pouls est tellement irrégulier qu'il faut renoncer à le compter; le bruit de frottement se perçoit difficilement, ainsi du reste que les bruits du cœur. La matité précordiale a augmenté et indique la présence d'un épanchement dans le péricarde sans cependant en donner à l'extérieur la forme caractéristique.

A partir de ce moment l'état général va toujours en s'aggravant, les membres inférieurs et supérieurs s'infiltrent, la face maigrit et prend une teinte violacée ; le malade ne dort plus, son corps se couvre d'une sueur froide et visqueuse ; il est agité, répond mal quand on lui parle, gémit continuellement. Il y a de la carphologie, les lèvres et la langue sont sèches : les sourcils, les cils et les vibrines sont recouverts de poussière.

Aux deux bases des poumons, râles nombreux et souffle ; le pouls est toujours incomptable, et les bruits du cœur ne peuvent plus être perçus.

Le malade meurt le 2[illegible] juin, dans la soirée, après une agonie assez longue.

Autopsie. *Cerveau*. — Un peu de congestion de la substance cérébrale ; suffusion séreuse des méninges.

Abdomen. Un litre environ de liquide uu peu fibrineux dans le péritoine. — *Rate* un peu dure mais de dimensions normales. — *Foie* : muscade. — *Reins* congestionnés, un peu durs à la coupe. — *Intestins*. Les plaques de Peyer sont un peu saillantes, piquetées, mais n'ont évidemment été le siége d'aucun travail inflammatoire ; pas de follicules clos hypertrophiés. Les ganglions mésentériques ne sont pas altérés.

Cavité thoracique; 2[illegible]0 grammes de pus dans la cavité pleurale gauche. A droite pas d'épanchement, mais quelques fausses

[illegible]mbranes autour d'un[illegible] sp[illegible]ique, grosse comme un pois paraissaut êt[illegible] un [illegible] crétacé ; les poumons sont très-adhérents au [illegible] la coupe des poumons il s'écoule une grande [illegible] liquide spumeux et sanguinoleut, mais en aucun point on ne trouve des signes de pneumonie. Le *Péricarde* enlevé et mis sur la table se préseute sous la forme d'une poche rectangulaire à angles arrondis avec renflement médian ; les dimensions de cette poche sou les suivantes : à la base (partie diaphragmatique) 14 centimètres; au niveau du renflemeut médian 18 cent. : dans le sens antéro-postérieur, 8 ceutimètres.

En l'incisant, on donue issue à 600 gr. environ de pus dans lequel nagent des fausses membranes infiltrées de pus. Sur le péricarde les fausses membranes purulentes lui donnant l'aspect d'uue tartine de beurre. En enlevant ces fausses membranes on arrive jusqu'au pericarde et on voit que cette séreuse est très-congestionnée et présente par places des érosions. L'épaisseur du péricarde, taut viscéral que pariétal, est notablement augmentée de volume (2 à 3 millimètres).

Les parois du ventricule gauche sont un peu épaissies. Le tissu du cœur est pâle, mais n'a pas subi la dégénérescence graisseuse. — Pas trace d'endocardite. Il n'y a ni sang liquide ni caillots dans les cavités cardiaques.

— Voici la marche de la température pe ndant la durée de la maladie.

DATE	MATIN.	SOIR.
9	...	39.8
10	38.6	39 8
11	38.8	40.0
12	39.0	39.9
13	[illegible]	40.2
14	[illegible]	40.0
15	[illegible]	39.6
16	38.2	40.3
17	39.6	40.1
18	[illegible]	40.2
19	[illegible]	40.0
20	[illegible]	[illegible]
21	[illegible]	38.9
22	[illegible]	38.6
23	[illegible]	37.4
24	[illegible]	[illegible]
25	[illegible]	Mort.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance solennelle du 27 décembre 1875. — Présidence de M. Frémy.

Prix Montyon (Statistique). Prix de 1875, à M. le dr Borins, pour ses « Recherches sur le climat du Sénégal. ». — Mention très-honorable, à M. le dr Maher, pour sa « Statistique médicale le Rochefort.

Mentions honorables, à M. le dr Ric[illegible]ux, pour sa « Contribution à l'étude de l'acclimatement des Français en Algérie ; — à M. le dr Lecadre, pour une brochure intitulée « Le Havre en 1873 ; » — à M. le dr Trémeau de Rochebrune, pour son « Essai de statistique médicale sur les ambulances d'Angoulême pendant la guerre de 1870-1871 ; — à l'auteur anonyme d'Etudes statistiques sur les morts-nés. «

Prix Lacaze (chimie), à M. Favre, doyen de la Faculté des sciences, à Marseille.

Prix Barbier, 2.[illegible] fr., à M. le professeur Rigaud, de Nancy, pour son nouveau mode de traitement curatif [illegible] de la veine des dilatations variqueuses des veines superficielles des membres inférieurs, ainsi que du varicocèle ; — 1.[illegible] fr., à M. A[illegible] R[illegible], et 1,[illegible] fr. à MM. Hardy, pour leurs « Etudes sur le [illegible] jaborandi. »

Grand prix de médecine et chirurgie, à M. le dr Onimus, pour ses travaux [illegible]

Prix Montyon (Médecine et chirurgie), 2.[illegible] fr. à M. [illegible] Alph. Guérin, pour sa méthode des [illegible] ; — 2.500 fr. à M. le dr Legouest, pour son « Traité de chirurgie d'armée » ; — 2.[illegible] fr. à M. le dr Magitot, pour son « Traité [illegible] les mammifères ». — Mentions : 1.[illegible] fr. à M. le dr Berrier-Fontaine, pour ses « Etudes sur la capacité du système artériel » ; — 1,500 fr., à M. le dr Pauly, pour ses « Esquisses de climatologie comparée » ; — 1,500 fr. à M. le dr Raphael Veyssière, pour ses « Recherches sur l'hémianesthésie de cause cérébrale.

Citations honorables : « Recherches sur l'état de la pupille pendant l'anesthésie chloroformique », par MM. Budin et Coyne ; — « La méthode antivirulente contre les affections charbonneuses », par M. Saint-Cézard ; — « De l'oblitération du vagin contre l'incontinence d'urine dans les grandes pertes de substance de la vessie », par M. Newgott; — le « Traité des injections sous-cutanées », par M. Luton; — Le « Traité d'hygiène militaire », par M. Morache ; — « Mémoires sur la congestion et l'apoplexie rénales dans leur rapport avec l'hémorrhagie cérébrale sur l'appolexie pulmonaire unilatérale dans ses rapports avec l'hémorrhagie cérébrale; sur certaines modifications de la secrétion urinaire consécutive à l'hémorrhagie cérébrale », par M. Auguste Ollivier ; — « Du traitement du charbon chez l'homme par les injections sous-cutanées », par M. Raimbert ; — — Le « Traité d'obstétrique vétérinaire», par M. Saint-Cyr.

Prix Godard, 2 000 fr., à M. Alph. Newgott, pour son travail intitulé : « De l'exstrophie vésicale dans le sexe féminin. »

Prix Serres, mentions à M. Campana, pour ses « Recherches sur l'anatomie et la physiologie des appareils respiratoires, digestifs, et des séreuses des oiseaux » ; — à M. Georges Pouchet, pour ses « Etudes sur le développement du squelette et, en particulier, du squelette céphalique des poissons osseux.

Prix Chaussier, 5,000 fr. (moitié du prix), à M. le professeur Gubler, pour ses « Commentaires thérapeutiques du codex medicamentarius » ; — 2,000 fr. à M. Legrand du Saulle, pour son « Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale » ; — 2,000 fr., à MM. Bergeron et L'Hôte, pour un ouvrage intitulé : « Etude sur les empoisonuements lents par les poisons métalliques » ; — 1,000 fr., à M. le dr Manuel, de Gap, pour un mémoire « Sur la constitution de l'assistance médicale en service public rétribué par l'Etat. »

Prix Montyon (physiologie expérimentale), M. Faivre, doyen de la Faculté des sciences de Lyon, pour ses travaux sur les insectes.

Prix Lacaze (physiologie), M. Chauveau, pour l'ensemble de ses travaux sur les maladies virulentes et contagieuses.

Prix Montyon (arts insalubres), 2,500 fr., à M. Denagrouse, pour ses appareils de sauvetage.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 janvier. — Présidence de M. Le Fort.

On remarque parmi les journaux adressés à la Société, la *Revue des Universités catholiques.*

— Le rapport de M. Marjolin a fait encore les frais de cette séance. La discussion, à laquelle MM. *Després*, *Le Fort* et *Marjolin* out pris la part principale, a été parfois assez vive, mais aucun argument bien nouveau n'a été apporté à la tribune.

— La clôture a été votée à l'unanimité, et le vote sur les conclusions du rapport renvoyé à la prochaine séance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ARRONDISSEMENT DE L'ÉLYSÉE

Séance du 6 décembre 1875.

Bureau de la société pour l'année 1876 : MM. Siry, président; Isambert, vice-présideut; Riant, secrétaire général; Krishaber et Planchon, secrétaires; Cannet, trésorier.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveaux éléments de physiologie humaine; par H. Beaunis, médecin major de 1re cl., professeur de physiologie à la Faculté de Nancy (avec figures dans le texte. — J. B. Baillière 1876.)

L'ancienne et brillante Faculté de Strasbourg nous initiait autrefois aux théories d'outre-Rhin : c'est ainsi que Virchow, Wundt, Rindfleisch avaient trouvé à plusieurs reprises des traducteurs parmi les maîtres eux-mêmes de cette école. Les lettres de Virchow sur l'état de la France, et bien d'autres faits, hélas, ont un peu refroidi cette ardeur. Un des premiers fruits de cette désillusion sera la naissance, au sein de cette même faculté, transplantée il est vrai à Nancy, d'un livre véritablement français par son style et ses idées, par la vigoureuse décision qui en a tracé le plan.

M. Beaunis dont nous connaissions déjà le remarquable Programme du *Cours de physiologie*, a voulu, nou pas faire une œuvre originale, puisqu'il embrasse tout le cadre de la science, mais bien fixer pour les élèves et les érudits, l'état

de la physiologie telle qu'elle s'est modifiée en ces derniers temps sous l'influence des idées modernes.

A ce titre seul, ces nouveaux éléments constitueraient une œuvre méritante, car Dieu sait au milieu de quelles expérences contradictoires presque toutes les questions de physiologie doivent être étudiées aujourd'hui.

Cet ouvrage se divise en 4 parties. Dans la première, intitulée *Prolégomènes*, sont traitées les questions générales: corrélation des forces, caractères des êtres vivants, etc. La seconde est attribuée tout entière à la chimie physiologique, la troisième, et la plus considérable, est consacrée à la physiologie de l'individu. Une première section comprend la physiologie générale, la physiologie cellulaire, la physiologie des tissus, la physiologie générale de l'organisme. Une seconde section: la physiologie spéciale, c'est-à-dire les fonctions de l'organisme humain. Enfin la dernière partie traite de la physiologie de l'espèce.

Ce simple énoncé montre tout ce qu'il y a de neuf et d'original dans le mode d'exposition. M. Beaunis, dont le mérite est rehaussé par une grande modestie, a pensé devoir justifier ces divisions, en quelque sorte extraordinaires, en protestant de son respect pour les grands maitres qui l'ont précédé; il fait remarquer avec raison que, dans ces dernières années, deux grandes lois sont venues révolutionner les sciences physiques et naturelles: 1° celle de la corrélation des forces, 2° celle de l'évolution des êtres vivants (transformisme). La chimie physiologique et l'histologie accumulant découvertes sur découvertes, révélant la vie des éléments premiers, ont opéré un bouleversement qu'il faut accepter comme base nouvelle de la science. L'auteur a même abordé la physiologie cérébrale dans sa partie psychologique et précisé, sans trop de détails, les points essentiels relatifs aux questions des sensations, des idées et du langage.

Assurément ce livre n'a pas été rédigé pour la bibliothèque des Universités dites libres et bien pensantes, mais il ne faudrait pas en déduire que cette partie philosophique constitue le fond de l'ouvrage. Ces idées sont importantes parce qu'elles impriment à l'ensemble un caractère général d'où résulte le cachet spécial de l'œuvre, mais, à côté de ce point doctrinal, M. Beaunis a donné plus large part encore à l'expérimentation: presque tous les théorèmes de physiologie sont accompagnés pour leur démonstration de la description des appareils et de leurs figures; en sorte qu'il sera possible au lecteur de mieux juger la conclusion, et même de répéter l'expérience. Pour donner une idée du caractère pratique de cet ouvrage, il nous suffira de signaler, aux premières pages, une étude à peu près complète de l'anatomie de la grenouille; cette ressource si précieuse du physiologiste.

Représentation des instruments nouveaux relatifs aux principales découvertes: schémas explicatifs, soit pour le système nerveux, soit pour la circulation, tracés sphygmographiques ingénieusement appliqués à l'inscription des analyses les plus délicates: tels sont les moyens employés pour rendre plus facilement saisissables les vérités nouvellement acquises. Si nous ajoutons qu'après chaque chapitre, dont les divisions sont nettes et précises, l'auteur a eu soin de placer une bibliographie un peu trop allemande peut-être, mais assez complète pour permettre de remonter aux sources même de son exposition, on verra que, sous une forme élémentaire, le Traité de M. Beaunis satisfait aux exigences les plus sévères. Nous n'en voulons prendre qu'un exemple dont nous avons été surtout frappé: le chapitre de la Vision.

Après quelques notions sur la marche de la lumière, et l'intensité spéciale à chaque couleur, nous trouvons les lois physiques de la réflexion et de la réfraction. exposées non pas comme on les donnait il y a dix ans, mais de façon à conduire à la réfraction de la lumière dans un système dioptrique centré et à la construction de l'image à travers ce milieu. C'est l'application au système dioptrique de l'œil, dont nous apprenons alors à calculer les courbes par l'ophthlamomètre. L'acuité visuelle et la réfraction oculaire normale ou anormale. l'accommodation y sont étudiées comme dans les traités spéciaux d'ophthalmologie. L'excitation de la rétine, son mode et sa nature, ses conditions, ses caractères, les images consécutives, les couleurs et leurs représentations géométriques, la loi des contrastes — les mouvements du globe oculaire, et la vision binoculaire, les perceptions visuelles et les notions fournies par la vue: voilà ce que l'auteur n'a pas craint de résumer en cent pages, entassant les découvertes et les faits à chaque ligne.

Aussi bien, c'est là l'écueil de tous les traités généraux, véritables compendium de petit format. M. Beaunis a fait tous ses efforts pour contrebalancer ce défaut inné de son œuvre par la clarté du style et la précision des faits. Il a élagué tout ce qui dans la science n'avait pas encore droit de domicile certain: mais que d'habitants encore à loger dans sa maison qu'il a voulu conserver étroite et mobile!

Ce livre, essentiellement classique, est destiné, pensons-nous, à un succès au moins égal à celui de son aîné: *L'Anatomie descriptive*, du même auteur en collaboration avec Bouchard. Ces deux ouvrages constituent aujourd'hui le meilleur groupe pour l'étude élémentaire mais complète des sciences anatomiques et physiologiques. F. P.

VARIA

Jurisprudence médicale. — Le secret professionnel.

Au commencement du mois dernier, M. le d[r] Berrut se présentait à la mairie du 7[e] arrondissement pour y faire la déclaration de naissance d'un enfant, sans indication de père et de mère, et sans désignation de la maison où avait eu lieu l'accouchement. M. le maire refusa, pour cette dernière raison, de recevoir la déclaration qui lui était faite. M. le d[r] Berrut assigna alors M. le maire du 7[e] arrondissement devant le tribunal civil de la Seine pour voir dire qu'il serait contraint de recevoir la déclaration telle qu'elle avait été faite. M. le d[r] Berrut a soutenu lui-même sa demande. M[e] Hubert-Valleroux a plaidé pour M. le maire du 7[e] arrondissement. Le tribunal a déclaré que le d[r] Berrut ne connaissant la naissance de l'enfant que par suite de sa profession, était dès-lors lié par le secret professionnel, il a ordonné en conséquence, que l'enfant serait inscrit sous le nom de: Louise Armande, née dans le 7[e] arrondissement, de père et mère inconnus.

2. Congestion cérébrale chez les enfants (*West*).

Lorsque l'imminence du danger est éloignée, M. le d[r] West conseille, pour maintenir la liberté du ventre, de petites doses de calomel données 2 ou 3 fois le jour et accompagnées chacune d'une dose de la mixture suivante:

Nitrate de potasse....................	0 gr. 75.
Sulfate de magnésie..................	4 —
Sirop de limon......................	13 —
Eau distillée.........................	32 —

Une cuillerée à dessert 3 fois par jour pour un enfant d'un an.

S'il n'y a pas d'indication d'agir sur l'intestin et qu'il existe encore un certain degré de chaleur de la peau, un pouls rapide et beaucoup d'excitation cérébrale, le même auteur emploie avec avantage la potion suivante:

Citrate de potasse....................	1 gr. 30
Bromure de potassium................	0 — 75
Teinture d'aconit.....................	0 — 05
Teinture chloroformique..............	1 —
Sirop de mûres........................	20 —
Eau distillée..........................	30 —

Une cuillerée à dessert toutes les 4 heures pour un enfant d'un an.

Enseignement médical libre.

M. Vulpian, doyen de la Faculté, a convoqué MM. les docteurs en médecine autorisés par M. le Ministre, sur l'avis conforme de la Faculté, à faire un cours à l'Ecole pratique. M. Vulpian a porté à la connaissance des professeurs libres les conditions fixées par l'autorité supérieure relativement à ces cours et à leur mode de publicité. On nous assure que les professeurs libres ont été très-satisfaits de la réception que leur a faite M. Vulpian. Ceci est tout naturel de la part d'un savant qui a toujours témoigné la plus grande sympathie pour tous ceux qui travaillent. Toutefois, il est certaines formalités imposées aux cours, qui n'ont aucune utilité et disparaîtront dans la pratique; il ne faut pas tomber dans un excès de réglementation.

Ainsi qu'on le verra ci-après, les cours vont bientôt commencer. Mais il est regrettable que la réponse tardive du Ministre ait empêché un certain nombre de jeunes docteurs de faire, aujourd'hui, les cours qu'ils pensaient inaugurer dans les premiers jours de novembre. Nous citerons entre autres MM. Debove, Desplats, Dubrisay, Hallopeau, Labadie-Lagrave, Renaut.

Thérapeutique. — M. Dujardin-Beaumetz, médecin des hôpitaux, commencera son cours de thérapeutique le mardi 11 janvier à 5 heures du soir à l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Zoologie médicale. — Le d[r] Lelorain commencera son cours public de zoologie médicale le mercredi 12 janvier, de 7 à 8 h. et le continuera les mer-

credis et vendredis suivants, à la même heure. (Ecole pratique, amphithéâtre n° 2.

Histologie. — M. POUCHET commencera le lundi 10 janvier 1876 ses conférences au laboratoire d'histologie zoologique, 8, rue du Jardinet. Il traitera de l'embryogénie de l'appareil génito-urinaire et des annexes du fœtus. Ces conférences auront lieu tous les lundis à cinq heures. Les personnes qui voudraient suivre ces conférences sont priées de se faire inscrire à l'avance, 8, rue du Jardinet.

Maladies vénériennes et cutanées. — M. le dr VÉRITÉ commencera son cours sur les affections de la peau et la syphilis, le lundi 10 janvier, de 8 à 9 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Nouveau dilatateur méthral à cadran métrique.

M. le dr Mallez présente à l'Académie un *nouveau dilatateur méthral à cadran métrique*, construit sur ses indications par M. Collin. L'instrument, terminé par une bougie conductrice, est introduit dans l'urètbre jusqu'à ce que l'olive A vienne huter contre le point rétréci; en tournant le bouton B on obtient un écartement des deux branches dilatatrices qui correspond à un diamètre double de celui de l'olive. Une aiguille glissant sur le cadran C indique le degré de dilatation par tiers de millimètre (filière Charrière). La disposition de cet instrument permet donc au chirurgien de dilater seulement le point rétréci sans agir sur les autres points de l'urèthre, et de plus de mesurer très-exactement le degré de résistance et de dilatation du rétrécissement. (*Fig. 1*).

A
C
B

Fig. 1.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Nous prévenons nos abonnés dont l'abonnement est terminé depuis le 31 décembre que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le 20 janvier augmentée* D'UN FRANC *pour frais de recouvrement.* — LA TABLE DES MATIÈRES *paraîtra à la fin de janvier.* — *Nous invitons enfin nos abonnés, auxquels il manquerait des nos de l'année 1875, à nous les réclamer avant le 1er février.*

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le professeur CHARCOT continue ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux tous les dimanches, à 9 heures et 1/2.

Hôpital Cochin. M. le dr Després, reprendra ses leçons cliniques le mercredi 19 janvier 1876 à 9 h. 1/4 et les continuera les mercredi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

— Nous reprendrons, dans le prochain numéro, notre chronique régulière.

NOUVELLES

COLLÉGE DE FRANCE.—M. le professeur RANVIER commencera son cours le lundi 13 janvier, à 3 heures 1/2, et le continuera les lundi et jeudi de chaque semaine à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* — M. le professeur Béhier reprendra ses leçons cliniques le mercredi 12 janvier et les continuera les mercredis suivants, à neuf heures et demie. Les lundis seront consacrés aux conférences de chimie appliquée à la clinique, et les vendredis aux démonstrations d'anatomie pathologique. Visite des malades et interrogatoire des élèves tous les jours à huit heures et demie.

Cours de pathologie générale. — M. Rigal, agrégé suppléant M. le professeur Chauffard, commencera son cours de pathologie générale, le lundi 16 janvier, à 5 heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Inscriptions et consignations. — Le doyen a l'honneur de prévenir Messieurs les étudiants que les inscriptions et les consignations pour le trimestre de janvier 1876, seront reçues à partir du lundi 10 janvier, et dans l'ordre suivant :

1° *Inscriptions.* — Le registre des inscriptions, ouvert à partir du lundi 10 janvier, sera clos le 27 du même mois. Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de une heure à quatre heures. Passé le délai sus-indiqué, aucune inscription ne sera admise sans une autorisation de l'autorité supérieure, demandée par voie de pétition. L'administration espère que Messieurs les étudiants comprendront la nécessité de se conformer à ces prescriptions, dont l'inexécution aurait des conséquences graves par l'interruption apportée dans la régularité de leur scolarité.

2° *Consignations.* — Les consignations pour les examens de doctorat seront reçues le vendredi et le samedi de chaque semaine, de une heure à quatre heures, à partir du vendredi 7 janvier. L'administration croit devoir rappeler à Messieurs les étudiants que la mise en série a lieu dans l'ordre des consignations, et qu'ils doivent, à moins d'excuses légitimes et reconnues telles par la commission scolaires, se présenter devant le jury le jour où ils sont convoqués. Toute contravention à cette prescription réglementaire entraîne la perte de la partie de la consignation représentant le droit d'examen.

Le doyen a également l'honneur de prier Messieurs les étudiants de ne verser les fonds pour les inscriptions et les consignations, de quelque nature que ce soit, qu'à la caisse du secrétariat, et d'exiger, en échange de la somme versée, une quittance détachée du registre à souches. Cette quittance, qui constate officiellement le versement des droits que la loi a déterminés, doit être conservée avec soin et représentée à toute réquisition de l'autorité compétente ou des agents de l'administration. L'administration ne répond pas des sommes versées en dehors des conditions ci-dessus rappelées.

MORTALITÉ A PARIS. — Population 1.851.792 habitants. Pendant la semaine finissant le 31 décembre 1875, on a constaté 899 décès, savoir : Variole, 2; — rougeole 3; — scarlatine, 2; — fièvre typhoïde, 24 ; — érysipèle, 2; — bronchite aiguë, 24 ; — pneumonie, 57; — dyssenterie, » ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1; — choléra nostras, » ; — angine couenneuse, 8 ; — croup, 17; — affections puerpérales, 3 , — autres affections aiguës, 221; — affections chroniques, 493 dont 171 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 22; — causes accidentelles, 20.

PESTE BOVINE. — La peste bovine continue à faire des ravages en Dalmatie. C'est surtout dans les districts situés sur la frontière de l'Herzégovine que le bétail est décimé par le fléau. (*Journal officiel.*)

CRÉMATION. — On lit dans le *Pungolo de Milan* : « Le pavillon pour la crémation des cadavres, dans notre cimetière monumental, est presque terminé. On a déjà placé l'autel sur lequel sera disposé l'appareil pour la crémation de la dépouille mortelle de M. le chevalier Albert Keller. Cet appareil consiste en un grand cylindre en fonte, dans lequel brûleront 200 becs de gaz qui donneront une température d'environ 1,000 degrés. On calcule que le corps pourra être réduit en cendres dans l'espace d'une heure. La crémation du corps du chevalier Keller aura lieu le 15 janvier. (*Gaz. hebd.*)

SERVICE MÉDICAL DE NUIT. — Le service médical de nuit, dont nous avons parlé, est organisé et fonctionne depuis le 1er janvier dans les quatre-vingts quartiers de Paris. Le nombre des médecins qui ont déclaré consentir à se transporter à toute heure de la nuit à la demeure des personnes qui réclameraient leurs soins est très-considérable dans chaque quartier. On trouvera les noms et adresses dans les postes de police. Le service médical de nuit commencera du 1er octobre au 31 mars, à dix heures du soir pour finir à sept heures du matin. Du 1er avril au 30 septembre, ce service commencera à onze heures du soir seulement pour prendre fin à six heures du matin. (*Le Temps*).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.—Renouvellement du bureau pour l'année 1876 : Président, M. le dr Duchaussoy; 1er Vice-président, M. le dr Léon Duchesne; 2e id., M. le dr Alfred Guillon; Secrétaire général, M. le dr Gillet de Grandmont; Secrétaires annuels, MM. les drs Pruvost et Déel; Trésorier, M. le Dr Caron.

NÉCROLOGIE. — On nous annonce la mort de M. Michel PRUDENT, ancien élève et lauréat de l'Ecole de médecine de Lyon. Ce jeune étudiant, qui s'était vaillamment comporté pendant notre malheureuse guerre de 1870-71 (il y avait perdu l'œil droit), était venu terminer ses études à Paris : il a succombé à la maison Dubois, emporté par une phthisie galopante. Un grand nombre d'anciens étudiants de Lyon assistaient à ses funérailles, qui ont eu lieu le 20 décembre dernier. (*Lyon médical.*)

— Le dr Daniel EGBERG, médecin directeur du service de santé de la marine des Etats-Unis, vient de mourir à New-York des suites d'une pneumonie, à l'âge de soixante-dix-sept ans. (*Gaz. hebd.*)

— Le dr James Armeby, professeur à l'Albany medical college, vient également de mourir à l'âge de soixante-six ans. Ce médecin était assez

connu en Europe. Il avait rempli pendant plusieurs années les fonctions de consul des États-Unis à Naples.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine

DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, directeur A. DECHAMBRE. La première partie du tome XVIII de la première serie vient de paraître (CIE — COEUR). Elle contient; entre autres, les articles suivants : Clientèle, par Dechambre; — Climat, par Fonssagrives; — Clinique, par Hecht; — Coaltar, par Servier; — Coccygodynie, par J. Worms; — Cochinchine, par Le Roy de Méricourt et A. Layet, — Cœur : anatomie et physiologie, par Chauveau et Arloing; — Développement, par Campana; — Pathologie, par Parrot. — Nous avons reçu également deux autres fascicules que nous annoncerons prochainement. On voit donc que cette importante publication paraît devoir marcher avec rapidité.

Librairie V.-A. DELAHAYE et Ce, place de l'Ecole-de-Médecine

ARCHIVES DE TOCOLOGIE, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J.-H. Depaul ; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Le numéro de *décembre* vient de paraître. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

BARTHOMIEU. Fractures du coude chez les enfants, in-8, 2 fr.

CHARPY (F.). Lésions de la région ... pharyngienne, in-8 1 fr. 50.

DEPAUL (A.-H.). Leçons cliniques obstétricales professées à l'hôpital des cliniques, recueillies par de Soyre. Un fort vol. in-8 avec fig. 16 fr.

DROUIN (L.). Lésions syphilitiques des membranes de l'œil, in-8, 2 fr.

LESCALLE. La phthisie pulmonaire, in-8, 3 fr. 50.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (J.). Lymphatiques utérins, in-8, 1 fr. 50.

Librairie LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. LE BLOND. Le numéro de *décembre* vient de paraître. Un an : Paris, 18 fr. ; départements, 20 fr.

Le gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59 RUE DU PLESSIS.



4e ANNÉE. — N° 3 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 15 JANVIER 1876.

Le Progrès Médical

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — M. PARROT.

Athrepsie. — Pathogénie et physiologie pathologique.

XIe LEÇON.

Leçons recueillies par E. TROISIER, revues par le professeur.

Messieurs,

Il semble naturel de rapporter les troubles encéphalopathiques aux lésions si graves et si fréquentes de l'encéphale, et pourtant je ne pense pas qu'une pareille interprétation soit juste.

L'observation nous apprend qu'il n'est pas possible d'établir une relation de cause à effet entre la stéatose, le ramollissement et l'hémorrhagie encéphaliques d'une part, et le coma, le strabisme et les convulsions de l'autre; ces lésions existant à un degré très-accentué chez des malades n'ayant présenté aucune manifestation encéphalopathique, tandis qu'il n'est pas rare d'observer ces dernières, dans des cas où l'autopsie ne révèle pas les altérations sus-mentionnées. Deux lésions seulement existent, d'une manière constante dans l'encéphale des nouveau-nés atteints d'encéphalopathie athrepsique: la stéatose diffuse et la congestion. De la première, il ne faut tenir aucun compte; car, vous le savez, elle existe à l'état physiologique. Il est vrai que dans l'athrepsie, les corps graisseux augmentent de nombre et de volume, mais cette graisse, même dans les cas où elle est le plus abondante, nous semble incapable de déterminer des troubles cérébraux. C'est, en effet, un corps inoffensif et que j'ai rencontré en quantité considérable dans le cerveau de jeunes enfants, qui n'avaient présenté durant la vie aucun désordre nerveux. Reste donc la congestion de la pie mère et de la substance encéphalique elle-même, avec ou sans thrombose. Je ne doute pas qu'elle n'exerce ici une action importante, mais j'estime aussi que les altérations du sang dont elle est une des manifestations arrivent par d'autres voies à troubler le cerveau.

Le sang est pauvre, je vous l'ai souvent répété, parce qu'il perd beaucoup et reçoit fort peu; mais, en outre, il est chargé de substances délétères. De ce que nos malades ne digèrent pas, il faut bien se garder de croire que, dans leur circulation ne soient pas déversés de déchets; car on sait qu'ils se trouvent dans la condition d'individus alimentés avec de la viande grasse. Ne se nourrissent-ils pas de leur propre substance?

Donc, leur sang reçoit en quantité considérable, tous les résidus du travail moléculaire intime, tels que l'urée, les acides urique et hippurique, la créatinine, etc. (2). Dans l'état de santé, ces substances sont prises par le rein, au fur et à mesure de leur production et expulsées du corps par les urines; chez les athrepsiés, elles restent dans le sang. La clinique nous apprend, en effet, que dans les derniers temps de la maladie l'urine devient très-rare, que même elle peut être supprimée complètement, non parce qu'elle est retenue dans ses réservoirs habituels, car le cathétérisme et l'autopsie montrent qu'ils sont vides, mais parce que la fonction rénale est enrayée et parfois arrêtée, à cause des altérations du sang et des reins. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit des premières, mais il est bon de rechercher comment agissent les autres. La thrombose des veines du rein a pour conséquence une ischémie considérable du parenchyme glandulaire, en sorte que le sang artériel, n'entre plus en contact avec les organes proprement dits de la sécrétion. — L'action de la stéatose n'est pas moins manifeste. Si, comme on l'admet généralement, les éléments de l'urine: l'urée, les urates, les phosphates, les sels terreux, la créatinine, etc., sont séparés du sang par dyalise; si ce phénomène commençant par les glomérules, continue à s'accomplir dans les tubules, n'est-il pas très-probable que lorsque la matière albuminoïde qui forme l'atmosphère du noyau a été remplacée par de la graisse, la cellule se trouve dans des conditions anormales et qu'il en résulte un empêchement considérable à la diffusion des corps précités, que le sérum tient dissous? — Chez nos malades, le sang reste donc chargé, du moins en grande partie, des excréments qu'il charrie, parce qu'il circule mal et parce que les organites épurateurs du rein, sont altérés et ne peuvent plus jouer leur rôle de filtres.

Nous avons déjà vu que le système cérébro-spinal était le siége d'une congestion considérable, c'est-à-dire qu'il était irrigué d'une manière insuffisante. Nous pouvons ajouter que le sang qu'il reçoit est toxique. Or, l'ischémie et l'urémie sont des modalités de la circulation et de la nutrition des centres nerveux, qui se traduisent d'ordinaire par des troubles analogues à ceux que nous avons observés dans la dernière période de l'athrepsie.

La qualification « encéphalopathie urémique » que je leur ai donnée, se trouve donc pleinement justifiée. Il est vrai qu'elle ne rappelle pas toutes les altérations constatées dans le sang; elle exprime seulement qu'il est empoisonné par les produits de désassimilation; mais cela suffit, car, c'est par cette qualité toxique qu'il affecte surtout les centres nerveux.

Cette interprétation de l'urémie suppose seulement l'accumulation dans le sang, des déchets de la nutrition; elle n'implique pas nécessairement l'existence d'altérations rénales; mais si ces lésions ne sont pas indispensables à son existence, il faut reconnaître qu'elles en constituent la cause la plus fréquente et la plus efficace. (1)

(1) Voir le n° 2.

(2) Nous faisons mention de cette dernière substance, parce que [illegible] Bertheld Hermann (*Arch. für p*[illegible]) [illegible] R. Virchow, [illegible] qui ne son existence dans l'urine de l'enfant à la mamelle, [illegible] qu'elle y apparaît, dès que la viande est introduite dans son alimentation, ce qui est le cas actuel.

(1) On ignorait les principales sources de l'encéphalopathie des nouveau-nés et ses formes les plus habituelles, lorsque je publiai mes premières recherches sur le rôle capital que jouent dans la genèse les troubles digestifs. Quelques observateurs pourtant avaient entrevu cette vérité, mais de loin, si l'on peut ainsi dire, comme le prouvent les citations suivantes.

Suivant Avicenne, les convulsions adviennent aux enfants, lorsque le lait se corrompt facilement, ou lorsqu'étant trop abondant, il ne peut être cuit et digéré. — Guillemeau (*Œuvres de chirurgie*, Rouen, 1649, p. 426, dit qu'elles sont engendrées, plutot par replétion que par inanition; d'autant, ajoute-t-il, que les petits enfants abondent souvent en grandes humidités. — Pour Deleury (*Traité des accouchements*, Paris 1777, p. 540), elles viennent des douleurs de bas-ventre, des vers et des matieres indigestes. — De tous les auteurs qu'il nous a été donné de consulter, Sableyrolles (*Recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques, relatives à la prééminence et à l'influence des organes digestifs des enfants sur le cerveau*) est celui qui a le plus insisté sur la provenance gastro-intestinale des phénomènes convulsifs chez les nouveau-nés, et dans ce processus morbide, il refuse au cerveau le premier rôle, pour l'attribuer à l'intestin et à l'estomac, par l'intermédiaire du grand sympathique. Les maladies des enfants, dit-il, ont en général leur siége dans les organes digestifs. La gastro-entérite les plonge parfois dans un profond coma. Les urines sont rares ou nulles depuis le commencement de l'accès. On voit les enfants soulever fortement l'épigastre et le porter alternativement de droite et de gauche, en même temps qu'ils fléchissent et étendent brusquement leurs membres, et cela advient surtout chez ceux dont l'état d'assoupissement est interrompu de temps à autre par des mouvements convulsifs. Ce mal dépend le plus souvent d'une affection du grand sympathique et de ses diverses ramifications, ou de l'irritation de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Celle-ci peut être due, tantôt à la présence du méconium, à un développement progressif ou subit de gaz dans le canal

Vous vous rappelez que pour moi le tétanos des nouveau-nés n'est qu'une variété de la forme convulsive ou éclamptique de l'encéphalopathie urémique, et que pour soutenir cette manière de voir, je me suis fondé sur les symptômes et l'étiologie de ce que l'on appelle le mal de mâchoire. Je n'ai donc à vous parler ici de sa cause prochaine qu'au point de vue historique.

Presque tous les auteurs qui s'en sont occupé, la trouvent dans une congestion considérable des vaisseaux du canal rachidien et même dans une véritable apoplexie sanguine, péri-méningée.

M. Ch. West, après l'avoir rejetée, y est revenu à la suite des observations du Dr Weber, de Kiel (*Beitrage zur pathologischen anatomie des Hengebarnen*, 8, vol. part. 1 pp. 7, 63, 75; Kiel 1851), qui donnant aux cadavres diverses positions, pouvait, au moment de l'autopsie, différencier ce qui était véritablement morbide, de ce qui n'en avait que l'apparence. Or, chaque fois qu'il en a eu l'occasion, ayant, immédiatement après la mort, placé sur la face les enfants qui avaient succombé au trismus, il a trouvé d'une manière constante une injection considérable des petits vaisseaux de la moelle et de ses membranes, et une extravasation de sang en dehors de l'enveloppe. Ces expériences de M. Weber ne sont pas probantes. En effet, ce n'est pas après la mort qu'il fallait placer les corps sur la face, pour s'assurer des effets de la pesanteur sur l'état du système vasculaire, mais bien durant les heures qui la précèdent ; car, chez les malades dont il est ici question, la circulation s'accomplit d'une manière très-imparfaite non-seulement dans les derniers instants, mais encore dans les derniers jours ; et c'est alors que se produisent des stases sanguines que la position du cadavre ne saurait modifier d'une manière notable.

Maintes fois, chez les nouveau-nés qui avaient succombé à l'athrepsie, avec ou sans troubles nerveux terminaux, nous avons constaté, à des degrés divers, cet état du réseau vasculaire péri-spinal auquel on a rapporté les phénomènes tétaniformes. Billard avait été tellement frappé par la fréquence de cette disposition anatomique, qu'il est tenté de la considérer comme normale. Il pense que les troubles qui surviennent dans la circulation cérébro-rachidienne, peuvent provenir de la disposition même des vaisseaux ; et après avoir décrit le réseau veineux si remarquable qui entoure la moelle, il ajoute : « Il existe également, derrière la dure-mère, une couche assez épaisse de tissu cellulaire, qui chez les jeunes enfants est infiltrée d'une sérosité souvent jaunâtre, dont la consistance est quelquefois gélatiniforme et qu'il faut se garder de prendre alors pour une production morbide. Le réseau veineux rachidien est presque toujours gorgé de sang, ce qui provient sans doute de la lenteur avec laquelle s'effectue la circulation veineuse du rachis à cette époque de la vie. »

La congestion du réseau veineux péri-médullaire existait aussi chez nos malades (1), et sur ce point encore, le trismus ne diffère pas de l'encéphalopathie urémique. Mais loin d'attribuer à cette stase sanguine une importance pathogénique de premier ordre, nous la considérons comme étant à peu près sans action sur le développement des troubles névropathiques.

Ainsi, par une filiation que l'on suit aisément, l'encéphalopathie des athrepsiés, dérive des troubles digestifs de la première heure. Si on la compare à celle des autres âges, à côté de points de contact nombreux, on y constate quelques différences qu'il faut mettre sur le compte de l'état d'imperfection où sont les centres nerveux chez les nouveau-nés.

Ici, comme chez les adultes, la forme comateuse domine et d'une manière très-marquée ; mais contrairement à ce que l'on observe chez ces derniers, le coma s'accompagne d'une contraction excessive des pupilles, et de strabisme. Il est très-probable que la congestion si marquée de tout le système veineux de l'encéphale n'est pas étrangère à cette première variété des troubles encéphalopathiques. — Nos malades ne nous ont jamais présenté la forme convulsive isolée ; toujours elle était unie au coma. Enfin, aucun d'eux n'a été atteint de paralysie ou de délire. La paralysie ne s'observe pas non plus aux autres âges dans l'urémie. Mais l'athrepsie, il ne faut pas oublier, a quelque chose de plus ; car elle provoque souvent du côté de l'encéphale des lésions considérables. Et dans ces cas, l'on ne peut expliquer l'absence de tout retentissement périphérique que par le manque d'une solidarité suffisante entre les diverses parties des centres nerveux, et par l'abaissement où est tombé le pouvoir de réaction de l'organisme entier.

La dyspnée, parfois excessive, des athrepsiés doit-elle être rapportée uniquement à la perturbation urémique de l'encéphale ? Je ne le pense pas ; et sans nier l'influence de cette cause, j'estime qu'elle n'agit pas seule. En effet, dans les poumons, en dépit de l'apparente intégrité qu'ils présentent, le sang est fort mal oxygéné, car il circule difficilement à cause de sa viscosité ; et il y subit imparfaitement le contact de l'air, par le fait de la stéatose alvéolaire. Le défaut d'oxygénation du sang contribue donc à la dyspnée, que l'on ne peut expliquer d'une manière satisfaisante, non plus que le coma, qu'en faisant intervenir tout à la fois les centres nerveux et le sang.

L'importance des accidents nerveux m'a fait qualifier d'*encéphalopathique* la période où on les observe et qui est la dernière. Quand elle a commencé, la mort ne tarde pas à venir, presque toujours d'une manière assez lente. Il semble que la vie s'éteigne faute de matériaux pour l'alimenter. On ne voit jamais la terminaison fatale survenir par l'anéantissement d'une grande fonction, les autres restant intactes. Ici, toutes s'abaissent simultanément, graduellement. Les complications n'exercent sur la fin qu'une influence bien peu sensible, et parfois dans un sens tout-à-fait inattendu. Ainsi, chez certains malades déjà profondément atteints et dont le pouls et la température avaient subi un abaissement notable, j'ai vu l'invasion d'une pneumonie donner à l'organisme comme un coup de fouet, le relever pour ainsi dire, déterminer pour les boissons une appétence nouvelle, et prolonger ainsi quelques jours une vie sur le point de s'éteindre.

Certains enfants ne subissent pas cette longue torture, ils succombent avec une rapidité surprenante, parfois en quelques heures. Ces cas ne peuvent s'expliquer que par une véritable sidération organique. L'invasion brusque et l'intensité des accidents, en supprimant le jeu fonctionnel, l'ont arrêté brusquement. (*A suivre*).

intestinal, ou à l'infraction des règles hygiéniques qui appartiennent à cet âge ; tantôt à un amas de mucosités ou de matières bilieuses dans l'estomac ou les intestins, et à une mauvaise digestion stomacale ; tantôt, enfin, à la présence des vers. — Dans son *Traité pratique des convulsions de l'enfance* (Paris 1857). Brachet s'efforce de montrer les liens qui unissent le cerveau à l'estomac et, parlant des inconvénients d'une quantité de lait insuffisante, dit : le malheureux enfant s'épuise par le défaut de nourriture et par ses cris ; tout le système nerveux acquiert un degré de sensibilité plus grand, et bien souvent le sentiment de la faim devient si pressant et si vif que les convulsions en sont la suite.

(1) Cet état anatomique n'est signalé que dans un petit nombre de nos observations, pour deux raisons : d'abord, parce que nous n'avons pas toujours examiné la cavité rachidienne, et puis, parce que l'ayant rencontré dans un grand nombre de cas, en dehors de l'encéphalopathie, nous le considérons comme fréquent à cet âge de la vie, et sans signification déterminée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours d'agrégation. Anatomie et physiologie*. Voici les sujets que les candidats ont eu à traiter pour leur leçon, — après les 24 heures de préparation libre : Farabeuf, *système muqueux* (histologie et physiologie) ; — Chrétien, *Système nerveux cérébro-spinal périphérique* (hist. et phys.) ; — Coyne, *Grand sympathique* (hist. et phys.) ; — Cadiat, *Circonvolutions cérébrales* (anat. et physiolog.). Sujets de thèses : Cadiat, *Cristallin*, anatomie, physiologie, développement et régénération ; — Chrétien, *Iris et choroïde* (Anatomie et physiologie) ; — Coyne, *Oreille interne* (anat., physiologie et développement) ; — Farabeuf. *Système séreux* (Anat. et physiol.) — Les candidats pour la section d'histoire naturelle ont eu à traiter dans leurs leçons, après 24 heures de préparation, les questions suivantes. Guillaud, *Appareil digestif des invertébrés* ; — de Lanessan, *Appareil respiratoire des invertébrés* ; — Chatin, *Appareil circulatoire des invertébrés*. — Voici les sujets de thèse : Chatin, *Du siège des substances actives dans les végétaux*. — Guillaud, *Des ferments figurés* ; — de Lanessan, *Du protoplasma dans les cellules végétales*.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Plaie du nerf cubital ;

Par le Dr **J.-B. BOUCHAUD**, ex-interne des hôpitaux de Paris.

Le traumatisme du nerf a été la source d'un grand nombre de travaux, dans ces derniers temps. Quel sujet plus intéressant si on songe qu'il y a à délimiter la distribution des filets nerveux, à préciser leurs fonctions, à rechercher les troubles nutritifs encore peu connus et variés auxquels leurs lésions peuvent donner lieu !

Si les expériences physiologiques ont rendu de grands services sous ce rapport, que d'obscurités il reste encore à élucider d'autant que la clinique offre peu de faits, et cependant c'est elle qui doit contrôler les données de l'expérimentation. Bien plus, il est des problèmes que, seule, elle peut résoudre, les animaux étant incapables de révéler toutes leurs sensations ; tel est celui du sens musculaire, dont le siége est encore contesté, cette localisation pour être sûrement déterminée exige des conditions spéciales qui se trouvent rarement réalisées. C'est surtout à ce point de vue que le fait suivant nous paraît digne d'attirer l'attention.

Mme Th., 30 ans, fait, le 17 juin 1874, en descendant dans sa cave, une chute sur des bouteilles et se blesse au poignet gauche immédiatement au-dessus du pisiforme. Une hémorrhagie abondante apparaît. Heureusement la malade se comprime fortement la partie blessée et vient en toute hâte se faire panser. Elle arrive quelques instants après. Comme le sang jaillit avec violence aussitôt que la compression cesse, il n'y a pas à hésiter, l'artère cubitale est lésée, il faut en faire la ligature. Le bout supérieur est lié avec facilité, mais le bout inférieur, qui, pareillement, donne du sang et se trouve caché au milieu des tissus fibreux, est saisi difficilement et nécessite l'application de plusieurs fils.

La plaie, large de plusieurs centimètres, s'étend sur le bord interne et la face antérieure du poignet ; comme elle se dirige en haut, on voit un lambeau triangulaire recouvrir le tendon du muscle cubital antérieur divisé. On s'aperçoit bien vite que le nerf cubital a été entièrement coupé; ainsi, il y a paralysie complète de tous les muscles qu'il anime. De là l'impossibilité pour les 4 derniers doigts de se rapprocher et de s'éloigner les uns des autres ; pour le pouce, de s'appliquer sur l'index, à sa base; pour l'annulaire et le petit doigt, d'étendre les deux dernières phalanges sur la première, laquelle se porte un peu en arrière ; enfin l'immobilité absolue de l'éminence hypothénar.

La sensibilité est anéantie sur le 1/3 interne de la main, sur le petit doigt en totalité et sur la 1/2 interne de l'annulaire. On constate aisément que sur ces divers points, le froid, le chaud, la pression, le contact et le chatouillement ne font naître aucune sensation.

Bien plus, si la malade fait des mouvements, elle sait que ses muscles se contractent, mais elle n'a nullement conscience de la position du petit doigt et de sa mobilité, attendu que l'on peut mouvoir et fixer cet organe sans qu'elle s'en aperçoive. Enfin, si on prend soin d'immobiliser le poignet et l'avant-bras, la sensation de la résistance que l'on oppose aux mouvements du petit doigt n'est plus perçue. Une autre preuve que cette sensation de la résistance n'existe plus réellement, c'est que, si lors des mouvements du membre le petit doigt s'accroche soit aux vêtements, soit à un autre objet, la malade n'en a nullement conscience ; il lui est même arrivé de porter un fer à repasser suspendu par hasard au petit doigt pendant 10 minutes environ et de ne s'en apercevoir que parce que le bras était plus lourd et moins libre.

On se contenta comme traitement de tenir l'avant-bras et la main dans l'immobilité et de faire des pansements simples. La cicatrisation suit une marche régulière. Les fils tombent du 20e au 30e jour et la guérison est complète vers la fin du 2e mois.

En octobre, on commence à électriser les parties malades, faisant usage tantôt des courants continus, tantôt de la faradisation. Malgré ce moyen employé avec assiduité, en janvier 1875, on n'a obtenu aucun résultat sur la paralysie; ce qu'on pouvait en partie prévoir puisque la contractilité électro-musculaire était anéantie dès le début. L'atrophie du premier espace interosseux à cette époque est très-prononcée, celles des autres espaces interosseux n'étant point perceptible. L'éminence hypothénar semble encore un peu plus volumineuse, la peau en est lisse et rosée. Malgré cette apparence, la chaleur y est moindre, ce dont la malade s'aperçoit toutes les fois qu'elle se touche la face, par exemple, avec cette région de l'une et l'autre main.

Quant à la sensibilité, elle a fait beaucoup de progrès : l'impression du froid surtout est vivement sentie et même fort pénible, celle du chaud n'étant nullement désagréable. La sensation de la douleur est beaucoup plus prononcée que celle du toucher, car si on pince la malade elle éprouve une douleur vive, et sent à peine qu'on la touche, et si on comprime le premier espace interosseux la douleur se fait sentir dans la région anesthésiée. Le bord interne de la main est la partie la moins sensible. L'idée de la position du petit doigt est fort obscure, cependant elle existe, surtout quand on imprime des mouvements à cet organe.

Enfin la sensation de la résistance est déjà presque complète. Si on suspend des poids au petit doigt de la main droite, la différence entre 100 et 105 gr. est perçue; pour le côté gauche, il faut une différence plus grande, soit 50 ou 60 gr. L'écartement des pointes du compas doit être 4 à 5 fois plus grande à gauche qu'à droite, pour être apprécié.

En juillet on reprend l'électricité après 4 mois de repos. Bientôt la sensibilité s'exagère au point que la partie malade est réellement hyperesthésiée tandis que les autres espèces de sensation restent à peu près stationnaires; de même la motilité ne réapparaît pas, mais les muscles du 1er espace interosseux semblent augmenter de volume.

Cette observation nous a semblé offrir un véritable intérêt par les conséquence qu'on peut en tirer. En ce qui concerne la motilité il y a peu à dire. Les muscles paralysés sont précisément ceux qui, d'après les données anatomiques, reçoivent leur innervation du nerf cubital; ce sont ceux de l'éminence hypothénar, les interosseux en y comprenant l'adducteur du pouce, enfin les deux lombricaux internes auxquels on doit attribuer l'extension des deux dernières phalanges puisque leur paralysie entraine la difformité à laquelle on a donné le nom de griffe. On doit remarquer cependant que l'atrophie porte spécialement sur les deux muscles du premier espace interosseux. Cette atrophie, par elle-même, n'a rien qui surprenne, mais comment se fait-il qu'il n'en soit pas ainsi de l'éminence hypothénar et des autres interosseux? — L'explication est difficile. — Que l'atrophie dépende de l'immobilité, de la lésion des nerfs trophiques ou du défaut de communication entre la cellule motrice et la substance musculaire, tous les muscles paralysés ne devraient-ils pas être atteints ?

Comme il n'y a pas de complication inflammatoire, on ne peut admettre de névrite même partielle.

Enfin, les vaso-moteurs des muscles atrophiés étant sains, et ceux de l'éminence hypothénar paraissant paralysés, doit-on supposer que l'espèce de congestion qui s'est manifestée dans cette région a eu pour effet d'empêcher l'atrophie musculaire ?

Au sujet de la sensibilité, il y a de plus importantes remarques à faire. On voit d'abord que la perte de la sensibilité est limitée au tiers interne de la main, au petit doigt et à la moitié interne de l'annulaire — en avant comme en arrière — ce qui semble en rapport avec ce que révèle l'anatomie (Richelot). De plus, comme la perte de la sensibilité était absolue, il est de toute évidence que la sensibilité récurrente (Arloing et Tripier) ou de suppléance (Letiévant) n'est pas admissible quand il s'agit de lésions du cubital, comme elle paraît l'être pour le médian et le radial ; du moins le fait ne serait pas constant.

Il est difficile de dire pourquoi la sensibilité est revenue plus promptement que la motilité. Or, si on remarque qu'en comprimant la main dans le premier espace interosseux, on détermine de la douleur au niveau de l'éminence hypothénar, on est forcé d'admettre une relation entre les nerfs sensibles de ces deux régions; comme cette relation n'est pas normale, puisqu'elle n'existait pas de prime abord, on serait tenté d'en admettre une de nouvelle formation ou une récurrence de fraîche date.

Quant à la sensation de position, on admet assez généralement qu'elle est inhérente aux organes et a pour siége les parties molles et les articulations; il n'est donc pas étonnant que le petit doigt étant entièrement privé de sensibilité, il ne fut pas possible à la malade de reconnaître s'il était en état de flexion ou d'extension, ou si on lui communiquait des mouvements, pourvu que, dans ce dernier cas, on prit la précaution de tenir le poignet et l'avant-bras immobiles.

Mais une question beaucoup plus intéressante, au sujet de laquelle les auteurs sont divisés, est celle du sens musculaire. Inutile de rapporter ici les idées et les expériences de Ch. Bell, Weber, Brown-Séquard, Cl. Bernard, Ludwig, Schiff, Duchenne, etc. Il suffira d'appeler l'attention sur le cas actuel qui, sous ce rapport, semble avoir une valeur toute spéciale.

Puisque notre malade sentait ses muscles agir, mais

n'avait nullement le sentiment des mouvements qu'elle communiquait au petit doigt et des résistances que celui-ci trouvait soit pour la flexion, soit pour l'extension, ne parait-il pas clairement démontré que le sens musculaire ne siége nullement dans les muscles qui se contractent, mais bien dans les parties mises par eux en mouvement : peau, tissus sous-cutanés et spécialement les articulations dont la synoviale parait contenir des corpuscules du tact (*Krause Vater*). En outre, comme les muscles sont entourés de parties sensibles et possèdent eux-mêmes des nerfs sensitifs (*Sachs*), ne peut-on admettre qu'ils ont une sensibilité donnant simplement la notion de la contraction et nullement celle de l'intensité de cette contraction ?

Cette idée parait très-acceptable, si on aborde l'analyse du mécanisme fonctionnel des organes. Le muscle doit, à la vérité, se contracter, mais le but de cette contraction est de mettre certaines parties en mouvement ou dans une position donnée et de résister aux obstacles. Les nerfs sensitifs du muscle permettent donc de savoir qu'il se contracte mais au lieu de faire apprécier par eux le degré d'énergie de cette contraction, n'est-il pas plus logique d'admettre que d'autres nerfs sensitifs, ceux des parties auxquelles s'applique la résistance, font connaître la force de cette résistance afin que le muscle entre en lutte et développe la puissance nécessaire pour atteindre l'équilibre, de même que, par les nerfs sensibles des parties mises en mouvement, on sait si ces parties sont immobiles ou dans telle ou telle position et on fait agir le muscle en conséquence.

Ne sait-on pas, d'ailleurs, pour citer un exemple, que les muscles oculaires se contractent de manière à diriger les deux lignes visuelles sur le même point et à faire concorder les deux images, et que le strabisme survient quand un trouble de la vision vient gêner cette fonction.

Et les actes réflexes, si fréquents, ne supposent-ils pas que le muscle se contracte en raison du besoin fonctionnel, ce qui est transmis à la cellule motrice sans que le cerveau en ait conscience ?

On s'explique encore ainsi comment, dans les cas ordinaires de perte du sens musculaire, les mouvements étant possibles, mais incomplets, irréguliers, la vue les rend plus précis en suppléant à la sensibilité perdue des parties profondes mises en mouvement. De même, quand le muscle est entièrement anesthésié, quand il y a paralysie de l'aptitude motrice indépendante de la vue ou perte de la conscience musculaire de Duchenne, quand, en un mot, il y a, suivant nous, de la paralysie des nerfs sensibles du muscle et que le malade ne sait plus si le muscle se contracte, la vue devient indispensable pour fournir cette notion et le mouvement devient possible dès que l'on voit et que l'on sait les effets produits par la contraction musculaire.

En somme, si ces explications ne paraissent pas suffisamment fondées, nous croyons que le fait soumis à notre observation ne peut manquer de servir à élucider ces questions difficiles.

OBSTÉTRIQUE.

A quel moment doit-on pratiquer la ligature du cordon ombilical ?

Par **P. BUDIN**, interne des Hôpitaux.

(Voir les nos 51 et 52 de 1875).

Enfin, bien que nous n'ayons pas encore pour la résoudre, d'une façon définitive, un nombre aussi considérable de résultats cliniques, il est une dernière question que nous croyons pouvoir néanmoins discuter dès aujourd'hui : il s'agit de la mort apparente et de l'asphyxie des nouveau-nés.

On a reconnu pendant longtemps deux sortes d'asphyxie, l'asphyxie *bleue* et l'asphyxie *blanche*.

Cette dernière, comme l'ont démontré Claude Bernard, Parrot, Paul Bert, Maurice Perrin, etc., n'est pas une asphyxie vraie, elle n'est le plus souvent autre chose qu'une syncope, nous n'en parlerons point.

La première, l'asphyxie bleue, est une asphyxie véritable; elle présente les caractères suivants : « Toute la peau est » colorée, celle de la face surtout offre une teinte livide, » bleuâtre. Les lèvres sont violacées et tuméfiées, les » paupières écartées, les yeux saillants, injectés ; la langue » volumineuse, collée au palais. Le cordon est gros, plein » de sang. Il y a de la résolution des membres, quelquefois » même ils sont le siége d'une certaine rigidité ; les battements du cœur et du cordon peuvent être faibles ou » manquer entièrement, etc. (1). » Or, quelle est la conduite que conseillent presque tous les auteurs en pareille circonstance? Si nous ouvrons le livre qui est certainement le meilleur de tous les traités d'accouchement, nous pourrons lire dans Cazeaux : « Lorsque les nouveau-nés s'offrent » à nous avec l'injection générale des capillaires de la » face et du tronc, lorsqu'ils offrent enfin les caractères de » cet état appelé autrefois apoplexie, il est évident que » l'indication première est de faire cesser l'engorgement » du cerveau et des poumons ? C'est ce que l'on obtient en » coupant promptement le cordon ombilical et en laissant » écouler quelques cuillerées de sang (2). »

Cette conduite nous paraît irrationnelle.

Et d'abord, la saignée a-t-elle jamais été conseillée chez l'adulte comme traitement efficace de l'asphyxie ? Voici ce qu'en disait Grisolle qu'on n'accusera pas cependant d'être en général hostile aux émissions sanguines : « La saignée » qui a été beaucoup préconisée dans la plupart des » asphyxies ne convient pourtant que dans quelques-unes, » dans celle par suspension ou par strangulation, par » exemple, lorsque la congestion cérébrale est forte et » lorsqu'on suppose que la compression du cerveau est un » obstacle au rétablissement des fonctions respiratoires et » circulatoires. Mais il serait le plus souvent dangereux » de commencer le traitement par l'émission sanguine (3). »

Qu'on relise l'excellent article de M. Maurice Perrin dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (4) et on constatera que, tout en exposant avec détails le traitement de l'asphyxie, l'éminent professeur du Val-de-Grâce ne fait même pas allusion à la saignée, dont il ne prononce pas le nom une seule fois.

Or, que fait-on en général dans l'asphyxie des nouveau-nés ? En sectionnant immédiatement le cordon, on prive l'enfant de 92 gr. de sang environ qu'il aurait pu puiser dans le placenta. En laissant s'écouler en plus par les vaisseaux ombilicaux de deux à quatre cuillerées, c'est-à-dire de 40 à 80 gr. de sang, on ajoute à la première une nouvelle cause d'anémie profonde. L'enfant subit alors une nouvelle perte de sang qui correspondrait chez l'adulte non pas à une saignée de 1700 gr. mais une saignée de 2500 à 5000 gr. Et cela, pourquoi ? Parce qu'il y a, dit-on, congestion pulmonaire et cérébrale ?

La congestion pulmonaire n'existe évidemment pas, puisque les poumons, au moment de la naissance, sont en état d'atélectasie. Quant à la congestion cérébrale, il nous semble d'abord qu'on confond beaucoup trop facilement l'asphyxie et la congestion. Mais en supposant qu'il y ait véritablement congestion, qu'on laisse l'enfant attaché au cordon crier et respirer largement, et on verra la cyanose disparaître rapidement, comme nous l'avons vu bien des fois : les poumons en se dilatant offrent au sang un diverticulum dans lequel il se précipite ; mis en contact avec l'air dans les vésicules pulmonaires, ce sang s'empare de l'oxygène, l'asphyxie et la coloration violacée des téguments peuvent alors s'effacer. Si, au contraire, on pratique la saignée du cordon, évidemment la teinte asphyxique disparaît rapidement, mais la peau au lieu de prendre la couleur rose vif qui lui est habituelle, devient bientôt d'une pâleur extrême. C'est surtout dans les cas d'accouchement par le siége ou à la suite d'applications de forceps, lorsque

(1) DEPAUL. De l'insufflation de l'air dans les voies aériennes. *Journal de chirurgie* 1845. p. 1[illegible].

(2) CAZEAUX. *L*[illegible]. p. [illegible].

(3) GRISOLLE. Traité de pathologie. T. II. p. 869.

(4) MAURICE PERRIN, *loco citato*, p. 609 et suiv.

le fœtus a souffert, qu'on est tenté d'agir ainsi. S'il est difficile alors, la femme étant couchée en travers dans la position obstétricale, et l'enfant étant quelquefois en état de mort apparente, s'il est difficile, dis-je, de ne pas pratiquer immédiatement la section de la tige funiculaire, il ne faut tout au moins le faire qu'après avoir lié le bout fœtal, et il faut surtout se garder de faire perdre du sang au fœtus. Cette manière d'opérer nous a bien réussi dans plusieurs cas où l'extraction avait été très-pénible. Revenus à la vie, les enfants n'offrirent ni la pâleur, ni l'état d'apathie profonde que nous avions constatés dans des cas semblables où l'on avait suivi la méthode que nous combattons.

Il nous est arrivé plusieurs fois, en entrant à la salle d'accouchement de la Maternité, de trouver sur la crèche des enfants expulsés depuis peu de temps, très-pâles, véritablement exsangues. Toute interrogation faite, l'enfant s'était présenté par le sommet; mais la tête ayant traversé la vulve, le dégagement des épaules s'était fait longtemps attendre, il en était résulté une turgescence et une coloration violacée de la face, l'élève chargée de l'accouchement avait cru dès lors devoir faire une saignée du cordon; — ou bien, il existait un ou plusieurs circulaires serrés autour du cou, ne pouvant les faire passer par dessus la tête, elle avait, sans attendre la sortie du tronc sur lequel elle eût peut être pu le faire glisser, sectionné le cordon. L'enfant avait dès lors perdu une certaine quantité de sang, de là sa pâleur. Nous nous sommes trouvé à plusieurs reprises dans de semblables circonstances, il nous a toujours suffi, une fois le fœtus expulsé en totalité, de le laisser crier et respirer à son aise pour voir en peu de temps disparaître tous les symptômes d'asphyxie.

En supposant même, ce qui est très-rare, qu'il y eût véritablement, par suite de circulaires, une brièveté relative du cordon, l'opérateur pourrait en pratiquer la section en ayant bien soin, comme le fait M. Tarnier, de tenir le bout fœtal, qu'on reconnaît au double jet de sang que lancent les artères ombilicales, comprimé entre le pouce et l'index; ou bien encore on pourrait ne le couper qu'après avoir jeté sur lui une double ligature.

Ainsi donc, dans l'asphyxie simple, il faut laisser l'enfant largement respirer et crier avant de pratiquer la section du cordon et se garder de lui faire perdre du sang.

Si, dans certains cas plus graves il y a non-seulement asphyxie, mais encore état de mort apparente, et si la respiration ne s'établit pas spontanément, en pratiquant l'insufflation trachéale, d'une part: 1° on favorisera à l'aide du moyen le plus efficace qui existe, comme l'a démontré M. le professeur Depaul, l'oxygénation du sang; d'autre part, 2° on fera cesser la congestion cérébrale si redoutée, puisqu'on ouvrira au sang de nouveaux et nombreux canaux; il en résultera enfin, 3° « qu'en excitant artificiellement les actes mécaniques de la respiration, on aidera puissamment au retour des fonctions du cœur. (1) »

Mais, comme il est parfois bien difficile de faire l'insufflation trachéale du nouveau-né sur le lit même où la mère est étendue, à notre première conclusion nous ajouterons la suivante:

Dans les cas d'asphyxie des nouveau-nés il faudra, si c'est possible, attendre que la respiration soit bien établie et que les battement du cordon aient cessé avant de faire la ligature et la section de la tige funiculaire; s'il y a mort apparente et que la respiration artificielle, l'insufflation soit nécessaire, il faudra *toujours*, avant de la pratiquer, *se garder de faire une saignée du cordon.*

(1) Maurice Perrin, *loco citato.*, p. 610.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Trudeau Jules, médecin aide-major de 2e classe, qui a succombé, le 27 décembre, à l'âge de 25 ans. Ce jeune confrère, fils d'un médecin principal ex-agrégé du Val-de-Grâce, était entré à l'école de Strasbourg en 1869, il avait été reçu docteur en 1874. Depuis cette époque, il appartenait aux hôpitaux de la division d'Alger, où il était venu pour raffermir sa santé ébranlée. (*Alger médical.*)

— M. le D J.-Ch.-Marie Grenier, doyen honoraire de la Faculté des sciences de Besançon vient de mourir. Il était âgé de 69 ans.

CLINIQUE MÉDICALE.

Maladie d'Addison; altération caractéristique des capsules surrénales;

Par **G. HAYEM**, médecin des hôpitaux (1).

L. J. âgé de 42 ans, entre à la Charité le 9 mars 1875, au n° 24, salle Saint-Jean de Dieu.

Il a été robuste et bien portant dans son enfance, sa constitution était vigoureuse et lui a permis d'exercer le rude métier de boulanger. Rien de particulier comme antécédents de famille, pas d'habitudes alcooliques, pas d'affections scrofuleuses, ni d'accidents syphilitiques. En 1869, il a eu la variole et il en porte les traces sur la figure; dans la même année, il fut atteint également d'une fluxion de poitrine. De plus, à la suite de la variole, il a eu, dit-il, un panaris qui a nécessité l'amputation du médius droit.

L'affection actuelle a débuté sans cause connue et sourdement, il y a environ 2 ans. Le malade commença par éprouver un sentiment de fatigue qui ne lui était pas habituel et qui l'empêcha de travailler aussi régulièrement que d'ordinaire. Cependant, ne ressentant aucun malaise local, il fit de grands efforts pour ne pas abandonner son état et fut pris de vomissements. Il cessa alors tout travail et le repos suffit pour faire disparaître les vomissements; mais bientôt les mêmes accidents reparurent et il en fut ainsi chaque fois que le malade voulut, malgré la fatigue, reprendre son labeur quotidien. Les vomissements survenaient presque immédiatement après les repas; ils étaient alimentaires et n'étaient accompagnés d'aucun symptôme douloureux. Au bout de 3 mois de ce malaise singulier, le malade s'aperçut pour la première fois que sa peau prenait une teinte plus foncée.

Bientôt l'appétit et les forces allèrent graduellement en diminuant, et ce brave ouvrier tomba dans un état de langueur insurmontable qui lui rendit l'existence triste et pénible.

Les vomissements n'étaient pas très-fréquents; ils survenaient de la manière la plus irrégulière; mais, dans l'intervalle, les digestions étaient pénibles et accompagnées de tous les symptômes de la dyspepsie. Tout travail étant devenu impossible, après avoir lutté longtemps, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

Mars 1875. Il paraît avoir été d'une constitution très-vigoureuse, il est assez grand, et, quoique maigre, ses membres sont encore assez développés. Mais il est d'une très-grande faiblesse, et sa physionomie a pris une expression de découragement et d'abattement.

Sa *peau* est, sur toute la surface du corps, d'une couleur tout-à-fait analogue à celle des mulâtres. Cette teinte brunâtre, bronzée, n'a pas partout la même intensité; elle est surtout prononcée à la figure, à la face dorsale des mains, sur les parties latérales de l'abdomen, sur les mamelons, le pénis, le scrotum.

La face palmaire des mains n'est pas uniformément pigmentée; elle est tachetée de brun et offre de plus une sorte de sécheresse particulière. C'est au niveau des membres inférieurs que la coloration est le moins foncée; mais, d'une manière générale, elle est très-forte partout. Il est impossible de savoir si la couleur des poils et des cheveux s'est modifiée.

Les *muqueuses* offrent également des taches de pigment; on en trouve une très-intense sur la sclérotique du côté droit, et un assez grand nombre à la face interne des lèvres et des joues et sur la voûte palatine.

L'examen des différents organes ne fait découvrir aucune espèce de lésion: le foie, la rate, les poumons, le cœur, les reins paraissent tout-à-fait sains.

Les troubles fonctionnels sont peu nombreux; outre l'affaiblissement physique et moral, on ne trouve que les signes d'une dyspepsie vulgaire: diminution de l'appétit, malgré le bon état de la langue, lenteur des digestions, douleurs abdominales et épigastriques vagues, que le malade est incapable de bien définir; constipation habituelle. Il n'y a plus de vomissements depuis que le malade a cessé de travailler; un peu d'insomnie.

(1) Les pièces relatives à cette observation, ont été présentées à la Société dans la séance du 5 *juin* 1875.

Traitement. Bromure de potassium, 2 gr.; vin de quinquina.

Avril. L'état du malade s'aggrave lentement. La faiblesse augmente ainsi que la coloration foncée de la peau, les douleurs sont toujours sourdes et très-variables; il existe un bruit de souffle doux et systolique dans les vaisseaux du cou; rien au cœur. On a supprimé le bromure au bout de peu de jours, et l'on a prescrit des granules d'acide arsénieux et une potion avec de l'extrait mou de quinquina.

Mai. Le malade s'affaiblit de plus en plus; il est très-émacié, mais il n'est pas atteint d'œdème. Il peut encore se lever; il se traîne toutefois languissamment et se trouve tout de suite épuisé; en vous serrant la main, il n'exerce qu'une pression insignifiante. Il reste presque constamment confiné au lit, ne mange presque plus; abattu, indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, le regard morne et éteint, ne se plaignant jamais, il est dans la situation la plus pénible. Lorsqu'on l'interroge, il répond lentement, d'une voix sourde, rauque, il semble éprouver une grande fatigue à parler, et sa mémoire a certainement dimiuué.

Depuis quelque temps, il est survenu de la dyspnée, la respiration est affaiblie aux deux sommets et on entend quelques râles sonores disséminés; l'expectoration est presque nulle.

Dans les *derniers jours du mois de mai*, le malade tombe dans un état d'anéantissement extrême. Confiné au lit, chaque mouvement lui est si pénible et son indifférence est telle, qu'il renonce à s'alimenter. On est obligé de le faire manger, et encore il n'accepte que des aliments peu substantiels et faciles à avaler sans être mâchés. A partir de ce moment, il s'affaiblit avec une très-grande rapidité et l'amaigrissement devient considérable. Le malade est absorbé, incapable de répondre, son intelligence paraît très-obscurcie, mais il n'y a pas de délire. La dyspnée a un peu augmenté, et de temps en temps on note des accès de toux. La mort survient dans cet état le 31 *mai* à une heure de l'après-midi.

L'analyse des *urines*, faite peu de temps après l'entrée du malade à l'hôpital, n'a fourni aucun renseignement intéressant.

L'examen du *sang*, fait à l'aide de l'hématimètre par M. Dupérié, a donné les résultats suivants: le 26 *mars*, 4.250.000 globules rouges, pas d'augmentation des globules blancs; le 20 *avril*, 3.602.375; le 21 *mai*, 3.500.000; le 31 *mai*, 3.434.875. Ces chiffres indiquent une anémie progressive peu intense. Dans aucun des examens, on n'a remarqué de pigment dans le sang. Les globules étaient normaux; cependant, le 31 *mai*, on en a noté quelques-uns de déformés, plus petits que les globules sains. La teinte du mélange sanguin répondait, en mai, au numéro 3 de mon échelle colorimétrique.

Autopsie faite le 1er *juin*, 18 heures après la mort. — Cadavre très-bien conservé.

Cavité thoracique. Adhérences pleurales anciennes disséminées et presque complétement généralisées des deux côtés. Parenchyme pulmonaire crépitant, souple, sans tubercules. Cœur de volume normal; deux plaques laiteuses du péricarde viscéral, quelques caillots peu abondants, *post mortem*; parois et orifices sains, le bord libre de la valvule mitrale est légèrement épaissi; le muscle a une couleur feuille morte peu prononcée. L'*aorte* ne présente que quelques taches graisseuses peu saillantes.

Cavité abdominale. Pas d'épanchement. La *rate* est d'environ un tiers plus grosse qu'à l'état normal; elle présente à la surface quelques plaques scléreuses, blanchâtres; son tissu, assez consistant, est parsemé d'uu grand nombre de corpuscules un peu épaissis. Le *foie* a un volume normal; sa surface est lisse et cousistante, son parenchyme paraît parfaitement sain.

Les deux *reins*, le gauche surtout, sont volumineux, hypertrophiés, et leur capsule adhère légèrement à la surface externe, d'ailleurs lisse. Ils sont tous les deux considérablement hyperémiés, d'un rouge-violet intense; cependant le parenchyme paraît offrir sa structure normale

Les *deux capsules surrénales* sont entourées d'une couche cellulo-adipeuse, indurée et assez considérable. Elles sont très-hypertrophiées, la gauche surtout, et, tout en ayant conservé leur forme triangulaire, elles sont mamelonnées et plus irrégulières qu'à l'état sain. La capsule gauche pèse 35 grammes, la droite, 18 grammes.

Après avoir fait une section longitudinale de ces organes, on peut noter les particularités suivantes:

La capsule gauche est délimitée par une enveloppe fibreuse très-épaissie qui adhère presque partout intimement au tissu de l'organe. Ce dernier présente deux parties distinctes: 1° deux masses caséeuses, volumineuses, nettement délimitées et d'un aspect analogue à celui de la pulpe de marron d'Inde; et, 2° une substance gris-rose, granuleuse, ressemblant un peu à celle du pancréas. Ce dernier tissu, qui diffère profondément du tissu normal des capsules, paraît composé de grains iné gaux, glanduliformes, pressés les uns contre les autres et séparés par des tractus conjonctifs. Quelques-uns de ces grains sont jaunâtres, friables, ce qui indique un début de transformation caséeuse. On ne voit rien d'analogue à une granulation tuberculeuse.

La capsule droite a subi la même transformation. Les parties caséeuses sont moins volumineuses et forment 3 ou 4 masses inégales réparties à la périphérie de l'organe.

Le *plexus solaire*, les ganglions semi-lunaires, les nerfs grands et petits splanchniques, paraissent tout-à-fait sains à l'œil nu.

L'estomac et l'intestin n'ont pas été examinés.

Les *ganglions lymphatiques* de l'abdomen sont très-légèrement tuméfiés et un peu ramollis.

Système nerveux central. Le sinus longitudinal supérieur ne contient qu'un peu de sang liquide; pas d'adhérence de la dure-mère à l'os. Cette membrane est un peu épaissie, et en l'incisant, il s'écoule une assez notable quantité de sérosité. La surface des hémisphères offre un aspect gélatiniforme causé par la présence d'une œdème assez prononcé de la pie-mère. A la base de l'encéphale, l'infiltration des membranes est également très-marquée. Les artères de l'hexagone sont fort peu altérées; on ne trouve, en effet, qu'une petite plaque athéromateuse dans la basilaire, uu peu au-dessus de son origine, et une plaque plus épaisse dans chaque sylvienne, à leur naissance.

Les méninges s'enlèvent facilement, et la surface des circonvolutions paraît saine. Les cavités ventriculaires contiennent une sérosité assez abondante, et tout l'encéphale est d'une mollesse remarquable; le tissu blanc des hémisphères, d'une consistance pâteuse, conserve l'empreinte du doigt. Dans les *noyaux lenticulaires*, on trouve, à l'aide de sections méthodiques, plusieurs foyers lacunaires (3 ou 4 de chaque côté) constitués par de petits foyers de ramollissement de 2 ou 3 mill. d'étendue, offrant l'aspect de taches grisâtres ou brunâtres, déprimées sur la surface de coupe.

La *protubérance* contient, à la partie moyenne, une lacune du même genre, à peu près centrale, un peu plus volumineuse que celles des corps lenticulaires.

Les enveloppes de la *moelle* sont infiltrées, comme celles du cerveau, d'une sérosité assez abondante; le tissu médullaire est également mou et probablement œdémateux; il paraît, d'ailleurs, sain.

Les *muscles* sont émaciés, d'un violet-brun foncé. Le tissu adipeux sous-cutané est appauvri comme dans le marasme.

Examen microscopique. Il a porté sur les centres nerveux, le grand sympathique et les capsules surrénales.

Encéphale. Dans les lacunes des noyaux lenticulaires, on ne trouve qu'un petit nombre de corps granuleux. Les cellules nerveuses paraissent saines.

Dans le petit foyer de la protubérance, les corps granuleux sont plus abondants, et dans une des préparations on trouve des corpuscules étoilés, volumineux, d'aspect brillant et cristallin, à prolongements multiples, fragiles et anguleux. Quelques-uns de ces corps offrent une apparence de noyau. Ils paraissent être dus à une transformation calcaire de quelques cellules nerveuses ? Dans la même préparation, on trouve des cellules nerveuses saines.

Les petits vaisseaux de l'encéphale portent pour la plupart des traces d'irritation, et dans le voisinage des lacunes (protubérance surtout) ils sont infiltrés de gros amas graisseux et de corps granuleux.

Dans le corps strié, on trouve sur une artériole un petit anévrisme miliaire, globuleux, très-net; sur une autre petite artère, existent deux dilatations simples. Ces vaisseaux sont atteints de sclérose.

Moelle examinée à l'état frais par dilacération dans du liquide de Müller étendu. Les cellules nerveuses des régions cervicale et lombaire sont fortement pigmentées; mais dans quelques-unes seulement, le pigment est assez abondant pour masquer le noyau. Ces cellules, d'ailleurs, ne sont nullement atrophiées; elles paraissent aussi abondantes qu'à l'état sain. Les capillaires offrent çà et là quelques petits grains pigmentaires noirâtres, peu abondants, déposés près des noyaux. Ces grains sont isolés, ne forment pas d'amas. Pas d'autre altération appréciable dans ce genre de préparation.

Grand sympathique. 1° *Préparations faites à l'aide de la dilacération* à l'état frais, après macération dans le liquide de Müller. (a) *Ganglion semi-lunaire.* Les tubes nerveux sans moelle (fibres de Remak) paraissent sains. Parmi les tubes à moelle on en voit quelques-uns, peu nombreux, qui contiennent de rares granulations graisseuses; ces tubes ne sont aucunement atrophiés. Les cellules ganglionnaires sont saines; elles contiennent une quantité de pigment qui ne paraît pas être plus considérable qu'à l'état normal. Ces cellules sont entourées d'un tissu conjonctif abondant, riche en fibrilles assez volumineuses et en cellules plates, fusiformes ou à prolongements multiples. Il est très-difficile de dire si ces éléments de tissu conjonctif, qui sont également nombreux le long des vaisseaux, sont d'une abondance insolite; car, à l'état normal, les ganglions du grand sympathique sont très-richement pourvus de tissu conjonctif. Tous les vaisseaux sont remplis de sang coagulé sous l'influence du liquide de Müller, et plusieurs d'entre eux sont distendus (stase). Leur paroi est d'une richesse remarquable en éléments cellulaires.

(b). *Tissu conjonctif du plexus solaire.* En recherchant les nerfs qui se rendent aux ganglions semi-lunaires, on fait plusieurs préparations du tissu cellulaire qui entoure le plexus solaire. Dans toutes, on constate une vascularisation remarquable, caractérisée par la présence de globules rouges empilés jusque dans les fins capillaires. On note aussi un nombre remarquable de cellules plates et de cellules embryonnaires.

(c). *Grand splanchnique gauche.* Préparé à l'aide de l'osmium et du picro-carmin, il paraît parfaitement sain.

(d). *Branche nerveuse allant de la capsule surrénale gauche au ganglion semi-lunaire correspondant.* La préparation ne contient que des tubes sans moelle. Ces éléments paraissent sains; cependant, sur leur parcours, on trouve quelques fines granulations graisseuses très-peu abondantes. De plus, la préparation renferme également quelques amas de cellules ganglionnaires. Elles sont moins volumineuses que celles du ganglion semi-lunaire, mais plus fortement pigmentées. Dans quelques-unes, le noyau est masqué par le pigment. Le tissu conjonctif offre les mêmes apparences que dans les préparations du ganglion semi-lunaire.

2° *Préparations obtenues à l'aide de coupes.*

Ganglions semi-lunaires. — On ne trouve à noter, comme particularités intéressantes, qu'une hyperémie généralisée assez notable. Les noyaux du tissu conjonctif colorés par le carmin sont très-abondants; mais c'est là, nous l'avons dit, une particularité qui existe dans les ganglions normaux.

Capsules surrénales. Les lésions sont les mêmes des deux côtés; elles ont été étudiées à l'aide de coupes colorées par le picro-carmin.

(a). *Etude faite à un faible grossissement.* Les capsules sont circonscrites par une lame fibreuse épaisse, peu vasculaire et infiltrée irrégulièrement d'amas et de traînées de cellules embryonnaires. Le tissu de l'organe offre une structure très-complexe et une disposition très-irrégulière, difficile à décrire. On peut y distinguer tout d'abord une sorte de trame, pour ainsi dire interstitielle, fibro-conjonctive, formant des tractus plus ou moins nets, infiltrés de cellules embryonnaires. Ce tissu conjonctif présente en quelques points une certaine analogie avec celui de la cirrhose du foie à la période des productions embryonnaires. Les plus gros tractus paraissent être de simples prolongements de la capsule externe.

Cette charpente fibro-conjonctive permet de délimiter plus ou moins nettement des sortes de grains arrondis, disséminés ou groupés et qui ressemblent grossièrement à des acini glandulaires. Quelques-uns d'entre eux présentent même par leur groupement l'apparence d'une grappe. A un faible grossissement ils se présentent, dans les préparations colorées par le picro-carmin, sous la forme d'une tache arrondie jaunâtre, renfermant un grand nombre de petits points rouges. Au centre de beaucoup de ces taches existe une sorte de cavité qui paraît être le résultat du mode de préparation.

Outre ces modifications, on trouve à la périphérie de l'organe d'énormes amas qui proviennent de la coupe des masses caséeuses. Leur contour est parfaitement délimité et tout autour de ces masses règne un espace clair de tissu conjonctif raréfié, infiltré de gros éléments cellulaires.

Ces masses colorées en jaune rougeâtre ne sont pas complétement homogènes; le carmin s'est déposé de préférence en certains points, en dessinant vaguement des amas arrondis ayant quelque ressemblance avec ceux du tissu voisin, précédemment décrits. Au centre de ces masses on aperçoit des dépôts de sels calcaires, et on note, de plus, dans presque toute leur étendue et principalement dans leur partie centrale, des taches pâles sans structure, au niveau desquelles le tissu est simplement plus transparent. Ces taches arrondies sont petites, irrégulières, disséminées comme au hasard et elles ressemblent complétement à celles qu'on observe dans les gommes syphilitiques.

(b) *Etude faite à un plus fort grossissement* (250 d. environ). On reconnaît dans la trame fibro-conjonctive, des amas irréguliers et la plupart considérables de petits éléments embryonnaires, dont les noyaux sont fortement colorés par le carmin. Ce sont les mêmes petites cellules que l'on retrouve dans toutes les inflammations viscérales chroniques. Çà et là, entre les éléments conjonctifs, on note de petites traînées de cellules assez volumineuses, irrégulières, jaunâtres, granuleuses, et qui rappellent les éléments normaux des capsules.

Ces éléments sont particulièrement abondants autour des masses caséeuses, et à niveau ils sont plus irréguliers, plus granuleux et beaucoup d'entre eux forment des sortes de corps granuleux à granulations graisseuses plus ou moins volumineuses.

Dans les petits îlots d'apparence acineuse, la structure cellulaire domine, et au milieu de petits éléments embryonnaires, on reconnaît des cellules à peine modifiées tout-à-fait analogues à celles qui existent dans les capsules normales. Quelques-unes d'entre elles, situées au centre de certains îlots, sont volumineuses, fortement colorées par le picro-carmin, et présentent en général un gros noyau autour duquel on reconnaît des granulations pigmentaires. Elles ont donc les caractères des cellules ganglionnaires qu'on trouve à l'état normal dans la substance médullaire des capsules.

Les masses caséeuses sont sans structure appréciable dans une grande partie de leur étendue, où elles ne présentent qu'un amas confus d'éléments amorphes ou très-finement granuleux, posés les uns contre les autres. Dans d'autres points, au contraire, on y reconnaît manifestement et d'une manière très-nette, des séries ou amas de cellules pigmentées, jaunâtres, faciles à reconnaître comme cellules capsulaires normales ou à peine modifiées. Ailleurs encore, on aperçoit des amas de petits éléments cellulaires granuleux dont quelques noyaux sont faiblement colorés par le carmin. Il est impossible de définir nettement l'origine des taches pâles décrites précédemment. Elles me paraissent être formées par une sorte de matière grasse.

Réflexions. — Dans cette observation, comme dans beaucoup d'autres analogues, la lésion principale consiste en une transformation des capsules surrénales.

C'est pour la seconde fois que j'ai l'occasion d'étudier cette altération au microscope, et dans le premier cas, qui remonte à 1867, la description histologique, telle qu'elle est consignée dans mes notes, et comme je viens de le vérifier sur les

préparations, offre les plus grandes ressemblances avec celle que je viens de relater. Elle n'en diffère que par la présence de granulations tuberculeuses parfaitement caractérisées.

La lésion décrite dans l'observation précédente paraît être très-exactement la même que celle décrite par Addison, et depuis par bon nombre d'observateurs. On peut la considérer comme la plus fréquente et la plus caractéristique de toutes les transformations que les capsules subissent dans cette maladie.

Mais quelle est la nature de cette altération ?

Il est tout d'abord bien évident que les capsules sont le siége d'une inflammation chronique, inflammation qui porte surtout sur la trame fibro-conjonctive et modifie consécutivement la disposition complexe qu'affectent à l'état normal les diverses parties de la couche corticale et de la couche médullaire. L'organe tout entier, bouleversé dans sa texture, est transformé en un tissu nouveau, conjonctif et embryonnaire, analogue à celui des inflammations viscérales, chroniques et interstitielles, et au milieu de ce tissu, on ne retrouve plus que des vestiges des éléments parenchymateux anciens.

Ces éléments sont encore vaguement groupés par îlots irréguliers ou par traînées ; mais nulle part on ne reconnaît les vésicules closes et les diverses variétés de tubes qui entrent dans la constitution des capsules saines.

Outre cette sclérose généralisée, apparaissent des masses caséeuses. Elles ont été désignées par Wilks sous le nom de *scrofulous deposits*, à cause de la ressemblance qu'elles présentent à l'œil nu avec les transformations caséeuses de la scrofule.

Mais s'agit-il réellement de productions scrofuleuses? Notre examen histologique a montré que leur structure offre la plus grande analogie avec les gommes syphilitiques, et, si nous cherchions à comparer l'ensemble des altérations décrites précédemment, nous choisirions comme terme de cette comparaison la cirrhose syphilitique du foie avec productions gommeuses. Cette analogie qui est, je crois, signalée ici pour la première fois, peut-elle permettre de conclure à l'existence d'une syphilis méconnue pendant la vie, et qui se serait révélée uniquement par cette altération caractéristique des capsules ? C'est là une grave question, et l'anatomie pathologique ne me paraît pas encore suffisamment avancée pour permettre d'affirmer, en l'absence de toute donnée clinique, que tout produit ressemblant à une gomme est réellement de nature syphilitique.

Je ne veux point, par cette réserve, jeter un doute sur la spécificité de la gomme. Je crois, au contraire, à cette spécificité et suis persuadé qu'elle doit se traduire par des caractères histologiques particuliers; mais ceux-ci ne sont pas encore assez connus, ce me semble, pour qu'en semblable cas on soit autorisé à répondre d'une manière positive.

Je signale, toutefois, ce point à l'attention des observateurs. Les altérations des capsules surrénales sont le plus souvent, dans la maladie d'Addison, l'expression d'une diathèse ; l'ensemble clinique singulier qu'on désigne sous ce nom paraît dépendre uniquement de la destruction de ces organes, et en aucune manière, du genre de lésion qui détermine ce résultat. Il est donc permis de supposer que la syphilis, de même que la tuberculose, la scrofulose, le cancer, peut être la cause de cette transformation destructive.

Il est encore d'autres points de notre observation qui méritent d'être remarqués.

Le système nerveux a été l'objet d'une étude attentive, et c'est dans l'encéphale et non dans le grand sympathique que les lésions importantes ont été trouvées.

Ces *lésions encéphaliques* sont, de tous points, semblables à celles de la démence sénile, et l'on en peut conclure que la cachexie d'Addison produit en quelque sorte, comme d'autres cachexies d'ailleurs, une vieillesse anticipée.

Bien que le *grand sympathique* abdominal ait été trouvé intact dans ses éléments essentiels, on ne pourrait pas prétendre qu'il était tout-à-fait sain. L'irritation des capsules surrénales s'est, au contraire, propagée au tissu cellulaire voisin qui était congestionné, épaissi et infiltré d'éléments embryonnaires, et l'hypérémie a atteint également l'atmosphère celluleuse du plexus solaire, ainsi que les ganglions semi-lunaires et les principales branches qui s'y rattachent.

Est-ce là une nouvelle preuve à l'appui de la théorie soutenue en France par M. Jaccoud, théorie d'après laquelle la maladie d'Addison serait une sorte de névrose ayant son point de départ dans une altération du sympathique abdominal? Je ne le pense pas ; mais je ne veux point discuter ici cette vue un peu théorique. La maladie d'Addison me paraît être trop complexe et trop imparfaitement connue, pour que la physiologie pathologique puisse en être tracée sûrement.

J'attirerai, en terminant, l'attention sur l'hypérémie considérable des reins, qui est peut-être une des conséquences acceptables de l'irritation du sympathique.

Pendant la vie on n'a noté aucune modification appréciable dans les urines; mais on n'a pas fait de recherches précises sur ce point, et dans une maladie consomptive de cette nature, se traduisant surtout par une déperdition considérable des forces, il me semble que la sécrétion urinaire devrait être interrogée avec le plus grand soin.

On trouve déjà bon nombre d'observations dans lesquelles on signale des signes évidents de lésion rénale, et en ce moment même, je donne des soins à un malade de 21 ans atteint de mélanodermie, et qui est à la fois polyurique et albuminurique.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Ouverture du cours d'Anatomie générale au Collége de France.

M. le professeur Ranvier a ouvert le 13 janvier la série de ses leçons au Collége de France, par une introduction historique d'un haut intérêt et que nous reproduirons dans notre prochain numéro. Cette étude rétrospective, le lecteur pourra s'en convaincre, n'était point sans intérêt pour la science française.

Elle a montré les véritables ancêtres de l'histologie moderne sous le jour qui leur convient ; Bichat et son précurseur Pinel fondant l'anatomie générale et la développant dans une puissante synthèse à un moment où les découvertes acquises sur les éléments des tissus se bornaient à des découvertes de détail, tandis que plus tard Raspail émet la conception féconde de la théorie cellulaire et que Dutrochet découvre les lois de l'osmose.

L'étude de l'histologie expérimentale, c'est-à-dire l'étude méthodique des éléments anatomiques et la recherche des lois de leur fonctionnement, fera l'objet des leçons ultérieures du professeur. L'importance du nouvel enseignement, inauguré aujourd'hui au milieu d'un concours si nombreux de professeurs, de savants et d'élèves, ne saurait échapper à personne. La création d'une chaire d'anatomie générale au Collége de France est un hommage à la mémoire de Bichat, et une justice rendue à l'école histologique née aux côtés de M. Cl. Bernard, encouragée par son grand exemple, et dont la devise scientifique, comme l'a rappelé M. Ranvier, se résume en deux mots : *travail et bonne foi*. B.

Suite de la discussion académique sur la myopie, à propos du mémoire de M. Giraud-Teulon (1).

La discussion de l'Académie sur la myopie, s'est terminée le 4 janvier 1876, par le vote de l'ordre du jour pur et simple, comprenant le rejet des propositions, même modifiées, de M. Giraud-Teulon.

Sept longs mois ont été consacrés à l'étude de la genèse de la myopie, sept mois à la réfutation des idées surannées de M. Jules Guérin, et cependant, nous pensons que l'auteur des travaux sur la rétraction musculaire n'a pas modifié sur un seul point les opinions qu'il professait en 1840, sur la myopie, *la presbytie* et le strabisme. Heureusement M. Jules Guérin n'a converti personne, et il a pu acquérir du moins cette conviction que ses doctrines n'étaient défendues à l'Académie que par lui seul. Que résulte-t-il de ces nombreux discours? En quoi la science a-t-elle progressé dans cette lutte? Aucun fait nouveau important n'a été fourni dans l'argumentation. MM. Giraud-Teulon, Perrin, Giraldès, Trélat ont opposé, il est vrai, devant l'Académie, avec la précision, la lucidité, la chaleur lumineuse qu'on leur connaît, l'état actuel de l'ophthalmologie ; ils ont prouvé à l'Europe savante que le sénat médical n'acceptait plus les théories anciennes, qu'il vivait, en un mot, de la physiologie moderne. Mais on pouvait désirer mieux : les questions les plus importantes placées en germe dans le mémoire de M. Giraud-Teulon, dans le livre de M. Perrin, la mensuration de l'amétropie dans les conseils de révision, la genèse du staphylome, les relations si précises des différents strabismes avec les différentes variétés d'amétropie, l'acuité visuelle dans ses relations avec l'amétropie réelle et non artificielle, toutes ces parties n'ont pas été approfondies.

De ce côté donc le résultat est à peu près nul. D'autre part, le projet primitif de M. Giraud-Teulon n'a été défendu, en dernier lieu, qu'avec incertitude par son auteur lui-même, et l'échec officiel a été complet. Malgré cette apparence, cependant, M. Giraud-Teulon a néanmoins atteint son but dans une certaine mesure. Il est certain, en effet, que les vices de réfraction devront être examinés très-sérieusement, d'après les méthodes nouvelles, devant les conseils de révision; il est certain que tous les médecins militaires devront se familiariser avec ces procédés d'expertise et pouvoir les appliquer *cito, tuto*, dans les quelques instants qui leur sont accordés après les séances des commissions militaires. — C'est sans contredit à l'initiative de M. Giraud-Teulon, à la réunion du congrès de Bruxelles et surtout aux travaux de M. Perrin que nous devons les modifications prochaines déjà préparées pour l'examen médical des conscrits.

La médecine militaire n'a pas à regretter cette discussion, car, en dehors du nouvel éclat qui brille aujourd'hui sur ses membres présents à l'Académie, elle a vu dans les deux camps son mérite scientifique reconnu et incontesté. En somme, sauf la discussion stérile de la myopie mécanique qui remplit, il est vrai, la grande majorité de cette controverse, tout n'aura pas été perdu.

Nous essayerons de suivre M. J. Guérin dans le dédale de son argumentation et nous reporterons à la fin de cette analyse, la partie véritablement scientifique, à peine effleurée par MM. Perrin et G. Teulon, la mensuration du degré de l'amétropie.

Dès le 31 août 1875, — et la discussion a été close le 8 janvier 1876, — M. Jules Guérin, dans un long discours avait déjà résumé les arguments qu'il a développés, trois fois au moins depuis cette époque.—Pour lui, la myopie *mécanique*, produite par la rétraction des muscles droits, — il n'a jamais dit lesquels — est le cas le plus fréquent, la myopie optique des modernes n'est qu'une exception. Et la preuve, c'est que cette myopie guérit par la section des muscles. Arago lui-même a constaté ces faits et M. Giraud-Teulon acceptait autrefois cette théorie avant d'avoir embrassé les théories allemandes d'*Utrecht* !

Ce n'était là qu'une escarmouche d'avant-poste. — Le 7 septembre, M. J. Guérin apporte à la tribune académique les conclusions de son mémoire à l'Institut en 1841. Malgré les protestations de Giraldès, sur l'impossibilité pour l'Académie d'admettre les opinions de M. Guérin, qui fait, sans preuve à l'appui, table rase de la physiologie moderne, malgré la fatigue déjà visible de l'Académie qui prévoyait de lourdes heures remplies par l'argumentation de M. Guérin, le débat était engagé.

M. Giraud-Teulon a dû démontrer: 1° que les muscles droits ne prennent aucune part à l'accommodation, fait assurément trop élémentaire comme le remarquait M. Dolbeau, pour être présenté à l'Académie ; 2° que l'accommodation n'a pas lieu sans cristallin ; 3° que les observations présentées par M. Guérin, incomplètes dans leurs détails, ne se prêtent pas à l'examen moderne, et qu'il en faut d'autres ; 4° que les sections musculaires de M. Guérin, faites par Knapp, dans 29 cas de strabisme, n'ont amené, en général, aucune modification dans la courbure de la cornée.

A cette époque du 12 octobre au 12 novembre, MM. Perrin et Legouest examinèrent le rapport de M. Giraud-Teulon, à son point de vue pratique et dans son application à l'armée. Nous avons déjà rendu compte de cette partie de la discussion.

Mais, M. Guérin n'était point battu, au contraire ; il renchérit encore sur la première valeur de ses opinions et voulant étudier toutes les maladies dans leur genèse, il soutient que le strabisme, la myopie, l'amblyopie, l'astigmatisme sont des anomalies reliées entr'elles et qu'il faut ramener à un facteur commun, la rétraction musculaire. Il est bon de faire remarquer avec quelle habileté l'orateur élimine l'hypermétropie et le strabisme convergent. Hypermétropie et presbytie sont souvent confondues par M. Guérin ! Nous remontons alors à l'*Histoire des difformités générales chez les monstres et les fœtus*, à l'*Essai d'une théorie générale sur ces difformités congénitales*, pour arriver à comprendre que le strabisme n'est que le pied-bot de l'œil, et la myopie la conséquence du strabisme. En effet, suivant M. Guérin, toute rétraction d'un muscle s'accompagne de la déformation de l'organe; eh bien! la myopie est la conséquence de cette rétraction ; l'œil se bombe du côté opposé au muscle contracté, la courbure de la cornée est modifiée, elle s'allonge, c'est la myopie. Bonn et M. Giraud-Teulon lui-même ont constaté ces modifications. Du reste, le strabisme *consécutif* à la myotomie produit de singulières altérations de la vision. L'orateur n'a jamais indiqué leur nature, leur mécanisme.

De semblables assertions devaient causer un certain

(1) Voir le n° du 23 octobre 1875.

émoi dans les rangs des académiciens, jaloux de la réputation scientifique de la Société. L'un d'eux M. Giraldès, inaccessible jusqu'à la veille de sa mort à tout autre intérêt qu'à celui de la vérité, protesta contre la manière d'argumenter de M. Guérin : *sic volo, sic jubo*. Tel était, en effet, le procédé habituel des longs discours que la société venait d'entendre, pas de preuves sérieuses, une dialectique habile à éliminer ce qui la gêne, modifiant légèrement les faits pour se les adapter, et prenant l'interprétation pour le principe. Voilà la force de l'orateur combattu par Giraldès.

Nullement troublé par ces attaques multiples, M. J. Guérin montre alors l'indécision des physiologistes modernes eux-mêmes, relativement au mécanisme de l'accommodation. Confondant ici le mécanisme avec la fonction, il nie la courbure de la lentille; l'ophthalmomètre ne donne que des résultats contestables : le fait, en un mot, n'est pas. Après de telles explications, l'Académie n'est pas convaincue ! Alors M. Guérin expose *tout au long* ses propositions et il ne lui faut pas moins de 45 pages. Voici comment il les résume :

1° La myopie mécanique ou musculaire n'est qu'un état permanent de l'accommodation de l'œil à la vision des objets rapprochés;

2° L'accommodation de l'œil aux différentes distances du champ de la vision distincte est un phénomène auquel participe tout le système musculaire de l'œil et qui résulte secondairement de l'appropriation de toutes les parties du globe oculaire modifiées par ce système;

3° La doctrine des changements de forme du cristallin est contredite par tous les instants, tous les degrès, toutes les modalités du phénomène de l'accommodation dont elle a méconnu une partie et supprimé plusieurs actes;

4° L'origine, les caractères, les complications et le traitement de la myopie mécanique font voir qu'elle n'est qu'une modification de forme du strabisme, comme les autres anomalies de la vision désignées sous le nom d'astigmatisme, d'asthénopie musculaire, d'amblyopie qui ne sont elles-mêmes que des variétés de forme de la myopie, les unes et les autres produites par différents modes, différents degrés et différentes distributions de la rétraction musculaire.

Les convictions de l'orateur n'ont donc pas dévié d'une ligne: cinq mois de discussion le retrouvent au même point qu'à la première heure, le mode de défense est toujours le même: prouver par l'incertitude qui règne encore sur le mécanisme du fait, que le fait lui-même est douteux. Les expériences de Cramer, la veille inconnues encore à M. Guérin, les mesures si précises de l'ophthalmomètre sans résultats équivoques, doivent céder le pas au raisonnement du logicien.

Pour augmenter la confusion, l'orateur voudrait introduire dans le débat le fait d'accommodation, dans ses rapports avec la convergence et la vision binoculaire. Mais il ne sera pas suivi par M. Giraud-Teulon qui sait où pourrait l'entraîner une pareille imprudence, l'année 1876 tout entière serait trop courte pour traiter ce sujet.

M. Perrin, espérant convaincre M. J. Guérin, rentre dans la discussion, fait toucher du doigt, tant sa parole est vive, lumineuse, le mécanisme de la myopie au pôle postérieur de l'œil, par le staphylome péripapillaire ; il est reconnu, dit-il, que toute myopie permanente, progressive, à partir d'un certain âge, est accompagnée de cette déformation de l'hémisphère postérieur, c'est la myopie normale. Si M. Guérin a guéri des myopes par la section des muscles, c'est qu'il avait affaire à des myopies anormales, cas fréquents avec le staphylome pellucide, avec les spasmes de l'accommodation. La fève de Calabar produit aussi une myopie temporaire.

Il y avait dans ce discours, dont la verve échappe au compte-rendu, une concession faite à M. J. Guérin. Elle ne fut pas perdue. Pour lui, l'exception c'est la règle et plus que jamais l'antique athlète non terrassé affirme, mais sans preuve, que l'accommodation entière est produite par la translation en masse du cristallin en avant, sans modification de sa courbure postérieure, mais bien dans la courbure de la surface antérieure du corps vitré.

Les mêmes arguments, déjà connus, sont ensuite remaniés par l'orateur. Nous trouvons cependant dans cette phase de la discussion un rapprochement bien bizarre : c'est celui de la rétraction des 4 droits, produisant l'ankylose de l'œil, comme la rétraction de tous les muscles du pied au même degré produit le pied-bot court, ni varus, ni valgus. Ce sont ces cas qui guérissent par la section des quatre muscles droits. M. J. Guérin ignore que ces yeux ankylosés sont atteints d'un allongement énorme au pôle postérieur; ils sont immobiles non par la rétraction des muscles, mais bien parce que l'extrémité de l'oval touchant la cavité orbitaire ne peut tourner comme une sphère. L'orateur explique ensuite à sa façon l'amblyopie dans la myopie, toujours décentration de la lunette; mais quelle décentration ? Nous ne l'avons jamais entendu expliquer par M. Guérin.

En terminant le 14 décembre, l'orateur rappelle qu'il a dès le début établi la formule générale des difformités par rétraction musculaire, théorie dans laquelle le strabisme, la myopie et les difformités articulaires ont été ramenés à une étiologie commune, en tant que tributaires d'une action musculaire commune et d'un système nerveux commun. Personne croyons-nous ne l'avait oublié.

M. Giraud-Teulon crut devoir répondre encore à cette dernière affirmation, non pas d'une façon générale, mais en prenant quelques points où la contradiction rendait les paroles de M. Guérin inintelligibles, c'était la réduction par l'absurde. M. J. Guérin a dit très-explicitement que l'action des muscles droits produit le raccourcissement et l'élongation du globe. D'après cette proposition, quand l'œil s'accommode aux petites distances, le globe se raccourcit. Ainsi quand l'objet se rapproche de la lentille, l'image formée en arrière se rapproche aussi !

En outre, si la myopie est une cause d'accommodation, l'œil doit être trop court, d'après M. J. Guérin, et la section de ces muscles allongera le globe ! Et d'autres preuves encore non moins précises, telles que la concordance normale du strabisme interne avec l'hypermétropie. Le droit interne doit allonger l'œil comme le droit externe, et cependant, dans ce cas, l'œil est trop court ! Quant à l'expérience de Cramer, la grandeur des images ne varierait pas d'une façon appréciable, même à la loupe, si les modifications provenaient de la translation en masse du cristallin et non du changement de courbure.

L'argumentation de M. Giraud-Teulon était à cette période devenue si incisive qu'elle a ému, en dehors de l'Académie, quelques partisans de M. J. Guérin, qui relevèrent

avec aigreur une irrégularité de démonstration mathématique. M. Giraud-Teulon parlant des changements de grandeur des images par la courbure et le déplacement de la lentille avait cru pouvoir négliger la différence provenant du déplacement. Dans le cas particulier, l'absence de tout correctif, inutile, nous persistons à le dire, pour toute personne familière avec ces théories, a valu à M. Giraud-Teulon une appréciation peu bienveillante qui aurait pu lui être pénible si elle avait eu une autre origine.

M. Guérin désire-t-il une autre preuve des changements de courbure du cristallin, qu'il examine à l'ophthalmoscope dans les cas d'iridectomie, le bord supérieur de la lentille subissant l'accommodation.

Du reste, à la date du 31 août 1875, M. Guérin ignorait l'existence même du muscle ciliaire ; il refuse au cristallin toute élasticité. Quelle est donc cependant la propriété des cristalloïdes? M. Guérin ajoute enfin que le strabisme s'accompagne de la transformation fibreuse du muscle. Comment expliquer le rétablissement des fonctions si bien constaté après la strabotomie ?

A la fin de cette discussion, M. Dechambre qui avait été mis en cause pour des observations rédigées en 1840 sous l'Inspiration de M. J. Guérin et présentées aujourd'hui avec le patronage de l'académicien, M. Dechambre, disons-nous, a récusé cette série de faits et a déclaré adhérer entièrement aux opinions professées par l'Ecole moderne.

M. Trélat n'épargne pas non plus à M. J. Guérin le désaveu le plus absolu des doctrines exposées devant l'Académie et, s'il n'est pas entré plus tôt dans la lice, c'est que son argumentation ne peut différer de celle de MM. Perrin, Teulon, Giraldès et Dechambre.

Après tous ces témoignages, M. J. Guérin est-il abattu ? Point. Qu'on nomme une commission pour étudier les faits et il s'engage, sous peine d'une amende, convertie en un prix, à prouver que toutes les propositions soutenues contre lui sont erronées, que toutes les siennes sont vraies, — absolument comme au mois de juin 1875. Comme enjeu, il dépose 150 observations de myopie traitées par la strabotomie, et un volumineux mémoire inédit. Heureuse de voir les arguments épuisés, l'Académie n'accepte pas cette dernière proposition et le président déclare la discussion close.

Restait le résultat pratique de toute cette campagne: l'Académie devait-elle voter le renvoi des conclusions de M. Giraud-Teulon ? Mais M. Giraud-Teulon lui-même a retiré ses premières propositions, et il ne désire plus que le renvoi, près des Ministres de la Guerre et de la Marine, de l'ensemble même de la discussion. La difficulté d'une adresse au Ministre augmentait de plus en plus; du reste, M. Giraud-Teulon paraissait se déclarer déjà satisfait par la publicité seule de cette discussion qui ne pouvait manquer d'arriver aux oreilles de l'Administration. M. Maurice Perrin s'est alors opposé au vote de ce dernier projet pour les raisons suivantes : Les motifs d'exemption pour maladies des yeux ne constituent qu'un très-faible contingent des cas de réforme. Si le médecin expert oculiste est admis, la présence des chirurgiens herniaires, auristes ne semble pas moins exigée; cependant il y a certainement des réformes à faire. M. Perrin émet alors le vœu que les médecins militaires experts subissent des épreuves constatant leur aptitude à ces fonctions ; il a demandé depuis quelque temps déjà et officiellement l'institution d'une commission militaire chargée de revoir les jugements du premier conseil, et de répartir les contingents d'après les aptitudes bien constatées. Ces modifications établies et personne ne peut en contester l'utilité absolue, urgente, nous croyons que M. Giraud-Teulon aura pleine satisfaction dans ses désirs exprimés soit au Congrès de Bruxelles, soit à l'Académie. Cette voie est assurément la meilleure, car, ainsi que le faisait remarquer M. Legouest, à la fin de ce long débat, le renvoi des documents au Ministre de la Guerre, qui ne les a pas demandés, serait suivi à n'en pas douter d'un second renvoi au Conseil de santé : c'est à dire à M. Legouest lui-même, qui n'en voit ni l'utilité, ni la nécessité. Le président actuel du Conseil de Santé, ayant présenté au Ministre depuis assez longtemps des observations sur l'instruction qui sert de guide pour les Conseils de révision.

F. Poncet (de Cluny).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 janvier. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Ranvier complète une communication qu'il a faite récemment à l'Académie des sciences sur les relations entre les tubes nerveux et les cellules des ganglions spinaux. Pour ces recherches, M. Ranvier injecte dans le tissu gélatineux périganglionnaire une solution d'acide osmique au 2/100 et traite ensuite le ganglion par le sérum faiblement iodé. Il faut étudier ce que deviennent, au niveau de la cellule, la myéline, la membrane de Shwann et le cylindre-axe. La myéline s'arrête à une certaine distance du corpuscule ganglionnaire, laissant ainsi un espace dans lequel le cylindre-axe est à nu. La membrane de Schwann suit exactement le cylindre-axe. Quant à la 2e membrane qui, chez la raie et la torpille, constitue une nouvelle enveloppe, amorphe, au tube nerveux, elle se prolonge aussi sur le ganglion, formant ainsi un sac autour du cylindre-axe. La disposition de ce dernier est plus difficile à étudier. Des cellules partent des tubes en T, formés par la réunion sous un angle variable de deux tubes dont l'un va se souder à un tube de la racine sensitive. Comme, par ce mécanisme, la cellule est en relation avec la racine sensitive, la queston si controversée de l'uni ou de la bipolarité des cellules perd beaucoup de son importance. Le cylindre-axe du tube nerveux se continue avec celui du tube en T et se prolonge ainsi jusqu'au ganglion. Mais là quelle en est la terminaison ? M. Ranvier repousse l'opinion généralement admise, d'après laquelle du nucléole partiraient des tubes, origine du cylindre-axe. Pour lui, ces prétendus tubes ne seraient que les bords de vacuoles creusées dans la substance semi-liquide que l'on trouve autour du noyau cellulaire. C'est le corpuscule ganglionnaire qui représente la terminaison du cylindre-axe. A l'appui de cette manière de voir, on peut invoquer l'identité d'action des réactifs sur le cylindre-axe et la masse de la cellule, la striation du cylindre-axe qui se continue sur le corpuscule ganglionnaire, l'altérabilité égale de ces deux éléments anatomiques. La cellule ne serait donc qu'un segment nerveux inter-annulaire très-court, dépourvu de myéline, au centre de laquelle est un noyau. M. Ranvier se propose d'appliquer ultérieurement ces recherches à l'encéphale et d'étudier la question au point devue physiologique.

— La discussion reprend sur les localisations cérébrales,

M. Luys s'élève contre les idées de M. Brown-Séquard. Un certain nombre d'observations anciennes, qu'il est impossible de contrôler ne saurait prévaloir contre l'état clinique de tous les faits qui prouvent l'entrecroisement constant des lésions et des troubles fonctionnels. M. Luys n'a jamais observé de paralysie directe; à l'appui de ces idées, il signale les faits d'atrophie cérébrale consécutive aux amputations anciennes. Dans des cas analogues, il a vu, du côté oposé à ces muti-

lations une atrophie notable portant sur les circonvolutions et le corps opto-strié.

M. Brown-Séquard rappelle, pour prouver l'existence des paralysies directes, une observation de M. Charcot, où une tumeur de la moitié droite avait entraîné une paralysie du même côté.

M. Charcot répond qu'il s'agit dans ce cas d'une observation ancienne, frappée du même discrédit que toutes celles qui appartiennent à la même période scientifique. Du reste, on ne saurait, le plus souvent, utiliser les cas de tumeurs, pour l'étude des localisations cérébrales.

M. Brown-Séquard, reprenant le même sujet, rappelle des expériences de cautérisation du cerveau suivies de paralysies variées du même côté. Il mentionne, en outre, quatre cas d'aphasie avec paralysie du côté gauche.

M. Joffroy, dans une communication récente, avait cherché à établir une relation entre les lésions du lobe postérieur du cerveau et certains troubles trophiques tels qu'escharre fessière, à développement rapide et suivis promptement de mort. Il présente aujourd'hui, à l'appui de cette opinion, deux observations. La première concerne un individu qui succomba au 11[e] jour, sans escharre fessière et qui était porteur d'un foyer hémorrhagique sur la face externe du noyau extra-ventriculaire. Dans le second fait, au troisième jour d'une hémorrhagie cérébrale, apparut une escharre fessière qui en quatre jours acquit la largeur de la main et s'étendit en profondeur jusqu'à la couche musculaire. On trouva dans l'avant-mur du côté gauche un foyer hémorrhagique qui avait fusé dans le lobe sphénoïdal et s'était étendu presque dans le prolongement postérieur du ventricule latéral, en décollant la paroi ventriculaire.

La Société procède, par la voie du scrutin, à l'élection de son bureau pour l'année 1876, sont élus : *Vice-présidents*, MM. Parrot et Laborde ; *Secrétaires*, MM. Hallopeau, Pierret, Hanot, Nepveu. L.D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 janvier 1876. — Présidence de M. Chatin.

M. Verneuil, en 1871, a déjà entretenu l'Académie de ses recherches et de ses vues personnelles sur les relations qui existent entre le traumatisme et l'alcoolisme ; depuis, il a fait à ce premier travail une sorte de deuxième partie dont il donne aujourd'hui lecture, sous la forme d'un mémoire intitulé : Des rapports du traumatisme et de l'arthritisme. Ces deux questions de pathologie générale, et toutes celles homologues qui s'y rattachent de si près, traumatisme et syphilis, scrofule et traumatisme, etc., ne sont pas et ne peuvent pas être encore résolues, parce que leur étude exige un temps fort long, et parce que les conséquences pratiques et théoriques à en tirer ne peuvent être certaines et fécondes qu'à la condition de reposer sur un grand nombre d'observations nettes, précises, concluantes et surtout bien prises. Mais s'il n'est pas possible de poser aujourd'hui des conclusions générales, rien n'empêche de faire une analyse séparée des matériaux déja recueillis. — A l'exception de quelques savants français et étrangers, M. Charcot et sir J. Paget entr'autres, peu de médecins s'occupent des relations qui existent entre les accidents locaux et les maladies générales. Il y aurait pourtant là une mine inépuisable à exploiter. Le sujet ne manque pas de difficultés ; car il n'est pas souvent aisé de bien déterminer ce que c'est qu'un état constitutionnel, de bien distinguer les accidents consécutifs à la diathèse des accidents dus à la nature de la blessure, etc. Aussi les observations qui auront trait à ce genre d'études devront-elles toujours viser les trois ordres de faits suivants : 1° la maladie et la diathèse ont-elles une marche parallèle et réciproquement indifférente ? ; 2° le traumatisme modifie-t il la diathèse ? 3° la marche des accidents présente-t-elle des anomalies imputables à la diathèse constitutionnelle ? — Ces relations, très-évidentes dans la syphilis, la scrofule, l'alcoolisme, sont moins connues et plus difficilement appréciables pour l'arthritisme.

La preuve en est, par exemple, dans les cas d'opérations pour la cure radicale du cancer du sein chez la femme, lequel cancer est lié intimement au rhumatisme, comme l'a montré M. Bazin. Or, on sait que bien des cancéreuses sont opérées et que le traumatisme ne réveille pas chez elles de manifestations rhumatismales évidentes : à moins qu'on ne mette sur le compte de la diathèse, l'intensité habituellement assez notable de la fièvre traumatique.

I. *Influence du rhumatisme sur le foyer traumatique.* — Elle est peu considérable — quant à la marche et à la réparation des lésions : et en cela, le rhumatisme diffère singulièrement de la syphilis, de la scrofule, même la goutte. — Le rhumatisme ne favorise pas la pyogénie. — Mais il est cause déterminante de suffusions séreuses locales ou générales, empâtements, œdème, infiltrations séreuses, etc.

II. *Influence de la blessure sur le traumatisme.* — Elle est très-considérable, très-évidente — quand elle se manifeste, et très-fréquente. A propos d'une lésion quelconque, le malade ancien rhumatisant, ou en possession du rhumatisme, est pris d'accidents arthritiques plus ou moins graves, arthrites multiples, accidents cérébraux, péricardite, éruptions cutanées, etc. Dans quelques cas, le diagnostic différentiel, entre certaines manifestations rhumatismales et la pyohémie est embarrassant. En un mot, le traumatisme *éveille* ou *réveille* le rhumatisme. M. Verneuil cite à l'appui de sa thèse une série d'observations personnelles très-intéressantes et très-démonstratives.

M. Bourgade (de Clermont), candidat au titre de membre correspondant national de l'Académie, lit la description d'une maladie fréquente dans le centre de la France, la *Broncho-pneumonie intermittente* ou *rémittente.* — D'une façon générale, dans toutes les localités infectées par le miasme paludéen, toutes les maladies inflammatoires locales ou générales, prennent un caractère spécial, dû à l'influence inévitable du *genius loci*, l'impaludisme. — Dans la région centrale, où M. Bourgade exerce, les accidents paludiques que l'on observait jadis se sont modifiés, grâce à l'amélioration du sol et au progrès social : les types *graves* et *chroniques* de l'impaludisme ont presque disparu et ont fait place aux types *intermittent pur* et *larvé.* — Il existe une forme particulière d'inflammation pulmonaire qui doit à l'impaludisme ainsi modifié des caractères spéciaux, c'est la broncho-pneumonie intermittente ou rémittente qui a pour caractères pathognomoniques — l'existence d'accès fébriles *quotidiens*, survenant vers le milieu de la nuit et remplaçant l'exacerbation vespérale habituelle ; — une grande mobilité (variant d'un jour à l'autre) dans le siége des lésions pulmonaires est la nature des signes physiques à l'aide desquels ces lésions se manifestent ; — la marche irrégulière de l'inflammation ; — enfin, la constance de la guérison par le sulfate de quinine, qui est le remède infaillible.

M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances d'octobre. — Présidence de M. Charcot.

4. Ostéo-sarcome du bassin; par M. Deny, interne des hôpitaux.

La femme D..., âgée de 41 ans, couturière, entre à Necker le 4 avril 1875, salle Sainte-Thérèse, n° 6 (service de M. Laboulbène.)

Cette femme, qui ne présente pas d'antécédents héréditaires et n'a jamais eu de maladie grave, raconte que depuis un an elle marche péniblement ; ce qu'elle attribue à quelques varices qui sont apparues à la même époque aux membres inférieurs, particulièrement à la jambe droite. Il y a cinq mois, cette jambe a commencé à enfler, la région inguinale droite est devenue douloureuse et la marche fut rendue de plus en plus difficile, ce qui décida la malade à entrer à l'hôpital.

A son entrée, la femme D... présente toutes les apparences d'une bonne constitution. Le membre inférieur droit est placé dans la demi-flexion et la rotation en dehors, il est œdématié dans toute son étendue, la hanche est aplatie et sillonnée par de nombreuses veines dilatées et flexueuses. Les ganglions inguinaux sont engorgés. L'œdème est dur et douloureux quand on le presse avec le doigt. On perçoit assez nettement les battements de la fémorale au-dessous de l'arcade. Pas d'œdème de la paroi abdominale, pas d'ascite. En palpant l'abdomen,

on sent dans la fosse iliaque droite, immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope, une tumeur allongée, d'une dureté cartilagineuse, indolente, non adhérente à la paroi abdominale et paraissant soudée à l'os iliaque. Par le toucher vaginal, on trouve le col légèrement dévié à gauche, de volume et de consistance normale; l'utérus est mobile, les culs-de-sac antérieur et postérieur sont libres, mais dans le cul-de-sac latéral droit, on sent un bourrelet très-dur, indolore, immobile, qui semble se continuer avec la tumeur iliaque. Du côté du thorax, on constate un hypertrophie du cœur, avec un double bruit de souffle à la base au niveau de l'orifice aortique, et soulèvement des artères sous-clavières qui battent à trois centimètres au-dessus des clavicules. L'auscultation des poumons ne revèle rien d'anormal.

Les troubles fonctionnels éprouvés par la femme D... consistent en douleurs lancinantes dans le membre inférieur droit, particulièrement à la partie externe de la hanche et au pied. De temps en temps, sensations d'engourdissement suivies de fourmillements. La température est égale aux deux membres, la sensibilité également, la motilité seule est atteinte au point que la marche et la station debout sont devenues impossibles. Les douleurs sont continuelles et privent la malade de sommeil. Constipation opiniâtre. Pas de leucorrhée. Appétit faible. Pas de fièvre.

Au bout de quelque temps, on reconnut que la tumeur iliaque augmentait de volume et commençait à soulever la paroi abdominale; vers la fin d'août, la miction devint impossible et l'urine dut être évacuée chaque jour par le cathétérisme. Un écoulement muco-purulent abondant eut lieu par le vagin et au mois de septembre des frissons commencèrent à apparaître en même temps que des eschares se développaient au niveau du sacrum et des talons. La tumeur, proéminant de plus en plus en avant, devint mobile, élastique, et dans les derniers temps on put même y constater de la fluctuation. La malade succomba dans le marasme le *4 octobre* 1875.

A l'Autopsie, on découvrit dans la fosse iliaque droite une tumeur en partie solide, en partie kystique, faisant corps avec l'os et ayant repoussé au-devant d'elle le muscle psoas-iliaque et les vaisseaux et nerfs de la région. L'os iliaque étant enlevé et débarrassé des muscles qui l'entouraient, on reconnut que la tumeur avait dû se développer d'abord à la partie postérieure de la fosse iliaque; à ce niveau, en effet, les deux tables de l'os seules subsistaient, tandis que sa partie centrale était détruite et transformée en une cavité abcédée remplie de liquide séro-purulent. A la surface interne et postérieure de l'os était implantée une masse dure, blanchâtre, de consistance fibro-cartilagineuse, mamelonnée, sur laquelle reposaient le psoas et le nerf crural avec les vaisseaux iliaques. Cette masse, du volume d'une pomme, se prolongeait d'une part en avant le long de la crète du détroit supérieur jusqu'à la surface iléo-pectinée, en venant faire saillie sous l'arcade de Fallope et d'autre part dans le petit bassin pour sortir par la grande échancrure sciatique en repoussant fortement en avant le nerf du même nom.

A la surface et dans l'épaisseur de cette tumeur se trouvaient disséminés plusieurs kystes remplis d'un liquide lactescent. Le principal de ces kystes, du volume d'une orange, était situé en avant de l'arcade de Fallope, à droite de l'utérus, et recouvert par le péritoine et le ligament rond, l'ovaire et la trompe ayant été repoussés en arrière du corps utérin. A la coupe, la tumeur se présentait partout sous la forme d'un tissu blanc spongieux, finement aréolaire. Les prolongements situés sous l'arcade de Fallope et dans la grande échancrure sciatique étaient seuls formés de tissu compacte. Toute la partie postérieure de l'os iliaque était ramollie et spongieuse comme une éponge. Les muscles de la région étaient mous et complètement graisseux. L'uretère droit oblitéré atteignait les dimensions de la veine cave, et les calices étaient tellement dilatés que le rein droit était réduit à une coque membraneuse. Le nerf crural était également compris dans l'épaisseur de la tumeur, ainsi que les vaisseaux iliaques, qui, cependant étaient perméables.

La tumeur examinée au *microscope* par M. Laboulbène, a été reconnue comme étant un sarcome fasciculé. Le liquide fourni par les kystes ne contenait que des leucocytes, des granulations moléculaires et graisseuses, et aucun crochet d'échinocoque.

Séances de juillet 1875.—Présidence de M. Charcot.

1. Hydrocèle congénitale suppurée; péritonite partielle. — Vaginalite ancienne; atrophie du testicule gauche; par Maur. Letulle, interne.

Lefèvre Henri, âgé de onze mois, reçu le 24 juin dans le service de M. Parrot, aux Enfants-Assistés, pour une pneumonie, y meurt le 29. Il n'avait présenté aucun symptôme remarquable du côté des organes génitaux. A peine avait-on noté un volume un peu considérable des bourses, mais il n'y avait ni rougeur, ni œdème, ni trace d'un traumatisme quelconque.

Autopsie. En examinant les viscères abdominaux, on constate sur le mésentère, non loin de la région iléo-cæcale, l'existence d'une péritonite récente et bien limitée. A ce niveau, en effet, le repli mésentérique, sur une hauteur de 5 cent. et une largeur de 3 cent. environ, est considérablement épaissi, vascularisé, d'une couleur brun-noirâtre, et recouvert d'un exsudat pseudo-membraneux peu adhérent. Cette péritonite circonscrite commence au niveau du bord libre du mésentère et s'étend même un peu sur le péritoine qui recouvre l'anse intestinale correspondante; l'intestin grêle est d'ailleurs parfaitement sain et la muqueuse ne présente aucune altération. Le reste de la séreuse péritonéale n'offre pas trace d'inflammation.

L'orifice péritonéal des trajets inguinaux est largement ouvert, surtout à gauche où l'on introduit facilement une sonde de trousse. De ce côté le péritoine qui circonscrit l'orifice est le siége d'une vascularisation considérable; il est épaissi et d'une teinte brunâtre semblable à celle du mésentère. Cet aspect du péritoine est nettement circonscrit au pourtour de l'orifice du canal inguinal dans une étendue d'un centimètre environ. Le canal vagino-péritonéal qui a persisté est perméable jusqu'à la tête de l'épididyme. Le péritoine qui le tapisse est le siége d'une inflammation manifeste: il est recouvert par places de fausses membranes récentes, très-vascularisé, et la cavité qu'il limite est remplie par une quantité assez considérable d'un liquide rougeâtre. Le tissu cellulaire qui double le péritoine dans ce trajet est infiltré d'un liquide séro-sanguinolent. La cavité vaginale a disparu; ses deux feuillets sont accolés et totalement soudés l'un à l'autre par des adhérences anciennes et très-solides qu'on rompt assez difficilement; on isole ainsi le testicule avec le feuillet viscéral de la vaginale qui paraît fort épaissie. Le testicule est petit, dur, de la grosseur d'un gros pois, grisâtre sur la coupe; l'épididyme paraît, à peu de chose près, aussi volumineux que du côté droit. On ne peut douter qu'il s'agisse ici de deux lésions différentes: un travail pathologique plus ou moins ancien et d'une durée plus ou moins longue, a déterminé l'obstruction de la vaginale et par suite de cette vaginalité chronique le testicule s'est atrophié; enfin il y a quelques jours, sous l'influence d'une cause qui reste inconnue, tout renseignement faisant défaut, le reste du canal vagino-péritonéal non encore oblitéré est devenu le siége d'une inflammation aiguë qui s'est limitée au niveau de la cavité abdominale grâce aux adhérences rapides du mésentère.

A droite, le canal vagino-péritonéal perméable aussi, mais moins large, est le siége d'une rougeur intense. Il contient une petite quantité d'un liquide séro-sanguinolent, mais son orifice péritonéal n'est pas recouvert de fausses membranes comme à gauche; on en trouve toutefois quelques-unes flottant dans le liquide. La cavité vaginale est cloisonnée par des fausses membranes peu adhérentes et récentes. Le testicule est sain, trois ou quatre fois plus gros que le gauche; l'épididyme est normal.

Cette hydrocèle congénitale suppurée ayant déterminé si peu de retentissement sur la cavité péritonéale et cette vaginalite chronique cause d'une atrophie testiculaire aussi marquée chez un enfant de onze mois, sont deux faits peut-être utiles à consigner pour l'histoire des maladies des organes génitaux.

5. Tuberculisation généralisée. — Tubercules du cerveau, du cervelet et de la moelle épinière; par R. Moutard-Martin, interne des hôpitaux.

Rayel Jules, âgé de 2 ans, entre le 28 juin dans le service de M. Labric, salle Saint-Jean, n° 28. Ses parents donnent les renseiguements suivants : d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 8 mois, il a été pris à ce moment de fortes convulsions qui durèrent 4 ou 5 jours. Depuis ce moment il est sujet à avoir des convulsions; celles-ci apparaissent surtout au moment de son réveil, et durent peu de temps. Il y a 4 jours, il aurait eu des convulsions plus violentes et, depuis ce jour, le pied droit est resté enflé. — Pas de maladie antérieure; l'enfant a été soigné depuis plusieurs mois à la consultation de l'hôpital; on lui a donné des vermifuges, il n'a rendu aucun ver.

28 *soir*. P. 120. T. R. 39,6, la peau est chaude, l'amaigrissement considérable. L'enfant n'a pas eu de convulsions depuis son entrée à l'hôpital. Au moment où nous l'examinons, le décubitus est latéral, la tête est fortement renversée en arrière et les mouvements du cou sont à la fois difficiles et douloureux. Ni anesthésie ni paralysie des membres.

Les pupilles sont égales, dilatées, très-peu mobiles, le ventre légèrement ballonné; le foie est gros et déborde les fausses côtes de près de 3 travers de doigt.

Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés des deux côtés; il n'y a pas de trace d'angine. Le pied droit offre un gonflement légèrement œdémateux.

29 *matin*. P. 162. T.R. 39,8, une selle depuis hier au soir, sans diarrhée. L'enfant grince des dents pendant que nous l'examinons et nous remarquons que toutes ses dents sont manifestement usées. L'enfant crie dès qu'on l'examine. Potion avec bromure de potassium 1 gr. *Soir*. T.R. 39, P. 150; pupilles égales, la gauche seule est mobile. L'enfant crie dès qu'on le remue, la raideur du cou continue. Pas de selle.

30, *matin*. P. 168. T.R. 39,8. Diarrhée. La pupille droite est dilatée et immobile; la gauche est plus petite et peu mobile. Convulsions cloniques dans le bras droit, la tête est dans la rotation à droite. — Mort à 1 heure de l'après-midi.

Autopsie. — Cavité crânienne. Après avoir enlevé la calotte crânienne et les méninges, on remarque que le cerveau est comme déprimé en certains points qui présentent une diminution de consistance manifeste; la deuxième circonvolution frontale gauche en totalité, la première circonvolution temporale et la circonvolution de passage gauches sont très-nettement ramollies. A droite, la troisième circonvolution frontale et la lobule du pli courbe offrent la même altération. Au toucher, certains points semblent sclérosés au milieu des parties ramollies que nous venons de signaler; à la coupe, on trouve un tubercule verdâtre plus gros qu'une cerise, légèrement ramolli au centre, qui occupe la deuxième circonvolution frontale gauche. Les méninges adhèrent fortement à cette circonvolution: elles sont enflammées, et même suppurées au niveau de la quatrième circonvolution frontale et du lobule pariétal supérieur. La couche optique du côté gauche est en quelque sorte remplacée par un tubercule cru de la grosseur d'une bille qui proémine également vers la cavité du ventricule. — Pas de sérosité en excès dans les ventricules.

Cervelet. Le lobe droit renferme deux tubercules gros comme une amande, nettement limités; ils semblent même enkystés. On trouve un tubercule un peu moins gros que celui qui occupe la couche optique gauche au niveau du vermis supérieur. Le lobe gauche en renferme un du même volume au niveau de sa grande circonférence.

Moelle épinière. Elle est indurée et légèrement augmentée de volume au niveau du renflement cervical; la partie latérale droite (cordon antérieur) a paru diminuée de volume. Une incision pratiquée au niveau du renflement dorsal fait constater à la partie la plus reculée de la corne postérieure gauche, un tubercule verdâtre, ramolli au centre, de 3 à 4 millimètres de diamètre environ. Sur les autres sections de la moelle, la corne postérieure gauche présente un point miliaire blanchâtre; cette altération est surtout nettement marquée sur la section voisine de la queue de cheval.

L'examen histologique pratiqué par M. Debove, dans le laboratoire d'histologie du Collége de France, a démontré la nature tuberculeuse de la lésion.

6. Grossesse extra-utérine abdominale; par Ziembicki, interne.

Grimm Victorine, couturière, âgée de 34 ans, avait été toujours bien portante et bien réglée. En mars 1874, la menstruation fut suspendue; quelques hémorrhagies se manifestèrent aux mois de mai et de juin suivants; des troubles sympathiques survinrent du côté des seins et des organes digestifs; le ventre se développa, sans qu'il y ait eu des mouvements fœtaux bien sensibles, et l'accouchement sembla s'annoncer à la fin de décembre, par quelques phénomènes de travail. Mais il n'en fut rien.

Au commencement de février 1875, des matières sanieuses et décomposées furent évacuées par le rectum, et il y eut aussi des pertes vaginales. A la suite de ces accidents, le ventre diminua beaucoup de volume.

Depuis lors, la malade, en proie à de fréquents accès de fièvre, à des douleurs, aux vomissements, et à une constipation constante, dépérit de jour en jour, et c'est dans un profond état de cachexie, qu'elle entre à l'hôpital St-Louis (service de M. Péan), le 4 juin 1875.

On constate une tumeur immobile dans son ensemble, très-superficielle, s'élevant depuis l'excavation pelvienne jusques au-dessus de l'ombilic, et débordant sur les fosses iliaques. — La consistance en est pâteuse, mais par places, on rencontre des parties dures, nettement osseuses, dont quelques-unes fuient sous le doigt.

La percussion donne un son mat partout, sauf en avant, où une sonorité fixe dénote la présence d'anses intestinales adhérentes. Point de liquide. Rien à l'auscultation. Par le toucher vaginal on reconnait un col légèrement ramolli, une immobilité totale de l'utérus, et la présence dans le cul-de-sac postérieur d'une tumeur dure. — Cette dernière, plus accessible au toucher rectal, paraît être due à un os du crâne, arrondi et demi-sphérique. L'hystéromètre pénètre à 5 centimètres 1/2. — L'état général est mauvais, les membres sont gonflés; il y a de la fièvre hectique, quelques vomissements, mais la malade s'alimente encore un peu. — Du 20 au 29 juin, phénomènes d'obstruction intestinale et de péritonite; la mort survient dans le marasme.

Autopsie. — Au niveau de la symphyse pubienne, dans la cavité péritonéale, on trouve du pus et des noyaux de cerises.

La perforation du kyste fœtal est nette à cet endroit. A la paroi antérieure on remarque les adhérences intestinales diagnostiquées pendant sa vie. Puis on incise crucialement la poche kystique. On met ainsi en évidence quatre perforations intestinales, communiquant avec sa cavité. — Les unes sont anciennes, les autres paraissent plus récentes. — Au centre on rencontre une masse innombrable de noyaux de cerises, des matières fécales, de débris fœtaux. — La circulation des substances ingérées se fait évidemment à travers la poche kystique, qui sert comme de réservoir et de diverticulum au tube intestinal; la présence de noyaux de cerises au-dessus, dans l'intérieur et au-dessous du kyste, en fait foi. Un tibia et un péroné, sont à moitié engagés dans une perforation intestinale, prêts à être chassés du kyste vers le rectum. — Parmi les débris fœtaux, on reconnaît distinctement, deux pariétaux, un thorax, une main. Le kyste prend son insertion sur l'extrémité supérieure de l'utérus, et son épaisseur doublée par les résidus du placenta est surtout considérable, au niveau de l'angle sacro-vertébral. Les deux ovaires et les deux trompes paraissent normaux.

En résumé, nous avons affaire à une grossesse extra-utérine franchement abdominale, datant de quinze mois. — Le kyste fœtal communiquait avec du tube digestif, et grâce à cette condition, la circulation alimentaire avait pu continuer presque jusqu'au dernier moment.

7. Cancer mélanique du foie et mélanose généralisée; par Edouard Goetz, interne.

Saclier Lazare, couché au n° 5, de la salle Saint-Henri (service de M. Guyot, à Lariboisière), est un homme de 54 ans, chauffeur, de tempérament bilieux et d'une constitution qui paraît avoir été robuste. — D'une santé généralement bonne, il n'a fait d'autre maladie qu'une fluxion de poitrine, à l'âge

de 22 ans. — Son thorax présente une déformation tout-à-fait spéciale ; il est fortement bombé en avant, et cette saillie est formée par le sternum dans son tiers supérieur et par les trois côtes qui y sont attachés ; le malade prétend que cette difformité est apparue à l'âge de huit ans, à la suite d'une chute, dans laquelle il se fractura plusieurs côtes. — Il ne présente du reste aucun des signes du rachitisme ; il est porteur d'une hernie inguinale droite depuis plusieurs années, et n'en souffre nullement.

Rien de marqué du côté des antécédents héréditaires. Le père se porte bien, et n'a jamais fait de maladies ; la mère est morte en couches en donnant le jour à une fille, âgée aujourd'hui de 48 ans, et qui n'a pas eu d'enfants.

Le malade a passé plusieurs années en Afrique, mais il n'a jamais eu de fièvre intermittente ; à 27 ans, il revient en France, et depuis lors il a toujours exercé le rude métier de chauffeur, travaillant en moyenne dix heures par jour, se nourrissant bien, ne souffrant jamais de la misère.

Il y a un mois et demi environ, il s'est aperçu que ses forces diminuaient ; il perd l'appétit et va consulter un médecin qui lui prescrit un purgatif (60 grammes d'huile de ricin).

A partir de ce moment-là il va de mal en pis, il s'affaiblit de jour en jour davantage, ne mange presque plus ; il y a trois semaines qu'il a été obligé de cesser tout travail. — Il consulte alors un autre médecin qui le purge encore, avec du sel de magnésie. — Il s'aperçoit que son ventre commence à devenir gros, qu'il ne va plus que difficilement à la selle, que ses jambes sont enflées. — Ce dernier symptôme le frappe le plus et il se décide à entrer à l'hôpital le 21 juin 1875.

La figure est maigre, le facies altéré, le teint plombé, subictérique, les sclérotiques colorées en jaune-clair. Quand on le découvre, on est d'abord frappé par la déformation de la poitrine signalée plus haut, et par la présence d'une tumeur noire, dure, de la grosseur d'une noix et siégeant sur la partie médiane et inférieure du cou, au-dessus de la fourchette du sternum, entre les deux insertions des muscles sterno-cleido-mastoïdiens ; — elle est mobile sur les parties profondes, adhère à la peau par une large surface, et ne peut être pédiculisée ; — à son centre se trouve une fissure d'où s'échappent, quand on presse la base de la tumeur, quelques gouttes d'un liquide brun-foncé, tachant le papier en couleur sépia. — Les renseignements fournis par le malade tant sur l'époque d'apparition que sur le développement de cette tumeur ne nous disent absolument rien : il ne l'a remarquée que dernièrement sur le devant de la poitrine ; la peau est parsemée de saillies de la grosseur d'un pois, au nombre de dix ou quinze environ, dures, et d'une coloration bleu-noirâtre assez foncée. — Sur les épaules et sur la peau des fesses et de la région lombaire, on trouve un certain nombre de taches semblables, la peau leur est adhérente et parfaitement saine tout autour et dans leur intervalle. Pour le malade, l'apparition de ces petites tumeurs remonte à son enfance ; il assure que ce sont des grains de poudre qui ont pénétré sous sa peau, un jour qu'il s'amusait à faire sauter une mine. (2)

On constate également des adénites multiples : 1° au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur à gauche, plusieurs ganglions sont engorgés et présentent le volume d'une noix ; le malade s'en est aperçu il y a trois mois à la suite d'un torticolis. — Sur la partie droite du cou et à la nuque, on ne trouve pas d'adénite ; 2° sur la paroi interne du creux axillaire du côté droit, un ganglion induré, roulant sous le doigt, présente le même volume que ceux du cou ; 3° enfin, un peu au-dessous, à deux travers de doigts de l'aisselle du même côté, on sent deux petites tumeurs dures et mobiles, n'ayant déterminé aucune altération dans la coloration de la peau.

Les ganglions de l'aine ne présentent aucune induration.

L'abdomen est dur, tendu, indolent ; par la percussion, on constate de la matité dans les deux flancs ; elle se déplace ; la région ombilicale est sonore ; le flot est perceptible mais peu marqué ; il y a donc un peu d'ascite ; les veines superficielles de l'abdomen ne sont pas développées ; il n'y a pas d'hémorrhoïdes. En palpant l'hypochondre droit, on sent tout d'abord une masse molle qui se laisse déprimer et permet d'arriver sur le foie probablement recouvert par des anses intestinales distendues par des gaz. — Le foie est considérablement hypertrophié, très-dur, sans bosselures, son bord tranchant déborde les fausses côtes de cinq travers de doigt environ ; en haut, il remonte jusqu'à la cinquième côte ; il empiète sur la région épigastrique et même sur l'hypochondre gauche.

La rate, difficilement accessible à cause de l'ascite, ne paraît pas avoir augmenté de volume.

La langue est blanche ; l'appétit diminué, le malade ne peut supporter ni pain ni viande ; depuis un mois sa nourriture ne se compose que de légumes, de fruit et de lait.

Les selles sont ordinairement régulières ; le malade dit qu'elles sont colorées en noir : il n'a jamais vomi ni sang ni aliments. L'haleine est très-fétide.

Le cœur bat régulièrement et l'auscultation ne donne rien d'anormal. — Dans le poumon gauche, la respiration se fait bien. — Mais à droite, on entend, vers la base, des râles sous-crépitants ne se produisant qu'à l'inspiration et dus probablement à de l'œdème pulmonaire ; la percussion donne un son mat à la partie inférieure du thorax. — Du reste, le malade n'éprouve aucune gêne en respirant.

L'œdème des membres inférieurs assez marqué au moment de l'entrée du malade dans le service, diminue par le repos ; il augmente le soir après la marche. Les urines, normales quant à leur quantité, sont foncées en couleur. La chaleur n'y précipite pas d'albumine ; l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique, détermine instantanément une coloration noirâtre très-accentuée.

M. Guyot se basant sur les signes fournis par l'examen du foie, sur l'ascite, l'état général et surtout sur la présence des tumeurs mélaniques de la peau, pose le diagnostic de « *cancer* » *mélanique du foie, avec mélanôse généralisée,* » et institue un traitement tonique et reconstituant. Pendant les quelques jours qui suivent l'entrée du malade dans le service, il ne se passe pas de changement intéressant à noter ; le ventre augmente un peu de volume.

Le 24 juin, le malade a un peu de diarrhée ; le 25, il est abattu, mais rien ne fait supposer sa fin prochaine. Vers cinq heures de l'après-midi, il se lève pour aller à la garde-robe et meurt tout d'un coup.

Autopsie. Le *foie* dépasse le rebord des fausses côtes de 8 à 10 centimètres. Il est lisse à sa surface, sans aucune bosselure, résiste peu au doigt qui le presse, ce qui est probablement dû à un commencement de putréfaction. Sa surface est comme marbrée, présentant des taches noires de la grosseur de pièces de un et même de deux francs, ne faisant pas saillie sous le feuillet viscéral du péritoine et laissant entr'elles des intervalles de substance hépatique saine. La vésicule biliaire contient de la bile normale en couleur et en quantité. Les ganglions du hile du foie, sont notablement hypertrophiés, diffluents, et contiennent tous une substance noire semi-fluide. Le poids du foie est de 3250 grammes. Les dimensions sont augmentées dans tous les sens, la mensuration de ses diamètres donne les résultats suivants :

Diamètre transversal....	0 m. 43.
— antéro-postérieur	0 m. 23.
— vertical.......	0 m. 10.

A la coupe, la substance hépatique est comme farcie de masses noires peu consistantes ; elles laissent sur les doigts une coloration analogue à celle de la suie ; elles se trouvent en égale quantité dans les deux lobes du foie. Le lobule de Spigel, triplé de volume, contient 3 ou 4 de ces noyaux de la grosseur d'un fort marron. Le tissu hépatique qui entoure ces masses, est ramolli, jaunâtre et paraît exsangue. La *rate* est de couleur et de consistances normales ; elle n'est pas hypertrophiée. Les *reins* sont sains, en apparence ; mais en y regardant de plus près on découvre sous la capsule fibreuse qui les enveloppe quelques petits points noirs de la grosseur d'une tête d'épingle. La substance corticale en contient également quelques-uns. Les *capsules surrénales* sont saines. L'*intestin* examiné dans toute sa longueur, présente çà et là quelques granulations pigmentaires de la grosseur d'une lentille, les unes sont externes et sous le feuillet viscéral du péritoine et les autres sont internes et apparaissent sous la muqueuse comme de petits points noirs.

Les *ganglions mésentériques* contiennent de la matière mélanique, mais ils ne sont pas hypertrophiés. Le feuillet pariétal du *péritoine* renferme çà et là des plaques noires de 3 à 6 millimètres de diamètre ; elles sont plus abondantes au niveau de sa portion diaphragmatique.

Cavité thoracique : Le *poumon gauche* ne présente pas d'adhérences ; sur toute sa surface, on voit sous le feuillet viscéral de la plèvre des taches noires de la grosseur d'une lentille ; elles font une certaine saillie, appréciable à la vue et au toucher ; elles sont plus abondantes au niveau du bord postérieur du poumon, et sur la plèvre médiastine. Le tissu pulmonaire crépite et surnage [illegible] la coupe on voit s'échapper une quantité notable de liquide noir salissant les doigts ; tout le poumon est rempli de masses mélaniques peu volumineuses, analogues dans leur disposition, mais non quant à leur couleur à des tubercules infiltrés. Le *poumon droit* est beaucoup plus altéré : des adhérences nombreuses le retiennent contre la paroi thoracique et ne permettent de le détacher qu'en le déchirant. Le sommet crépite encore et surnage : quant à la base elle est le siège d'une congestion intense, d'une véritable splénisation. Quand on pratique une coupe, un liquide spumeux et fortement coloré en noir s'échappe de la surface de section : l'infiltration de matière mélanique y est beaucoup plus abondante qu'à gauche et difficile à délimiter à cause de l'altération profonde du parenchyme. Les *ganglions bronchiques* sont tous hypertrophiés, ramollis et transformés en masses noires et diffluentes qui se déchirent facilement quand on veut les arracher. La *plèvre* pariétale est parsemée de taches mélaniques analogues à celles qui ont été trouvées dans le péritoine. Le *cœur* est normal comme volume : à la base de l'oreillette droite et au niveau de l'auricule plusieurs dépôts de pigment de la grosseur d'un pois, et placés sous le feuillet viscéral du péricarde. — Rien sur l'oreillette gauche. La face antérieure du cœur présente des lésions analogues ; ces taches sont cependant plus petites et moins abondantes à la surface des ventricules. Dans l'intérieur du ventricule droit et dans l'oreillette du même côté, on trouve également plusieurs noyaux mélaniques placés sous l'endocarde. L'un d'eux est logé dans un des muscles papillaires et proémine dans la cavité du ventricule; à la pointe, on en trouve un semblable. Dans le ventricule gauche, plusieurs noyaux plus petits ; dans l'oreillette gauche, il n'y en a pas trace. Les orifices sont parfaitement sains.

L'aorte ne présente absolument rien sur sa surface interne.

Le cerveau n'est le siège d'aucune altération. *Dure-mère.* Dans la fosse occipitale droite, et sur la face postérieure du rocher, plusieurs petits noyaux mélaniques étalés, de la grosseur de têtes d'épingles. Les *vertèbres lombaires*, soumises à une coupe perpendiculaire à leur axe longitudinal, présentent plusieurs points infiltrés dans leurs corps, de 2 à 3 mil. de diamètre et ayant déterminé de l'ostéite tout autour. Le tissu spongieux *des côtes* est rempli de substance mélanique. Les *muscles pectoraux* contiennent quelques petites tumeurs mélaniques infiltrées Les *ganglions de l'aisselle*, réunis entre eux, ramollis et transformés en masse mélanique, forment une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. De même pour les *ganglions cervicaux* situés à gauche dans la région sus-hyoïdienne le long du bord interne du sterno-mastoïdien. Les *organes génitaux*, la prostate, les vésicules séminales, les testicules avec leur enveloppe séreuse sont examinés avec soin et ne présentent aucune trace d'infiltration mélanique. De même pour la muqueuse de la vessie et de l'urèthre qui présentent leur aspect normal.

M. Longuet regrette que l'examen du sang n'ait pas été fait dans le but de vérifier ce que M. N[illegible] pveu a signalé dernièrement, dans des cas semblables à savoir : la pigmentation des globules blancs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 janvier. — Présidence de M. Le Fort.

M. Marjolin donne lecture des conclusions de son rapport. Ces conclusions sont : 1° le nombre des lits de nourrice étant insuffisant, en créer une plus grande quantité en médecine et en chirurgie : 2° augmenter le nombre des lits pour le traitement chirurgical des enfants de Paris et du département : 3° l'observation ayant démontré que les affections chirurgicales des enfants au-dessous de deux ans seraient traitées avec avantage dans les hôpitaux, il est nécessaire d'abaisser jusqu'à 15 mois la limite d'âge d'admission, pourvu que l'enfant soit sevré ; 4° afin de ne pas laisser inoccupés les lits d'hôpitaux d'enfants, envoyer au bureau central le mouvement de ces hôpitaux, autoriser les chirurgiens du bureau central à signer des billets d'admission d'urgence pour les enfants devant être opérés ; 5° ne plus admettre des enfants dans les hôpitaux d'adultes ; 6° établir la séparation des *chroniques* et *aigus* en médecine et chirurgie ; 7° Augmenter le nombre des lits dans les hôpitaux de Berk-sur-Mer et de Forges ; 8° deux arrondissements malheureux de Paris étant privés d'hôpitaux, en élever deux nouveaux dans ces quartiers : 9° établir, dans les hôpitaux d'enfants, des salles d'isolement pour les maladies contagieuses, des salles de rechange et de récréation ; 10° Séparer, au dépôt, les enfants atteints d'ophthalmie purulente des autres enfants ; 11° afin que la teigne ne prenne une plus grande extension, établir dans les hôpitaux, les asiles, les écoles une surveillance active et régulière ; 12° tout en conservant le traitement externe des teigneux, organiser dans les hôpitaux d'enfants des services de traitement de cette affection ; 13° créer dans ces hôpitaux des salles spéciales pour les épileptiques.

Malgré les observations de M. Després, qui assure que l'administration ne tiendra pas compte de ce rapport, la Société procède au vote sur ces conclusions. Les quatre premières conclusions sont adoptées sans observations. — M. Guéniot fait remarquer que la cinquième ne fait que rappeler l'article même du réglement. — Le rapporteur retire cette conclusion. La sixième est votée. Après les remarques de MM. Trélat, Guérin, Després, qui font remarquer l'état dans lequel se trouve l'hôpital de Berk, menacé par les sables, la Société vote le projet d'un nouvel hôpital au bord de la mer. La huitième ne soulève pas d'objection. Un amendement est présenté par M. Trélat à propos de la dixième conclusion : l'isolement doit être demandé pour toutes les affections contagieuses. Les conclusions suivantes sont adoptées après quelques remarques.

Enfin, l'ensemble de la question, mis aux voix au scrutin secret, est adopté par 17 voix contre 2 et 4 abstentions sur 23 votants. — Sur la demande de M. Marjolin, la Société décide que ce rapport sera adressé au Conseil de l'Assistance publique.

M. Terrier lit un rapport sur une observation d'amaurose survenue à la suite d'une contusion de la région cervicale de la moelle. Cette observation a été adressée par M Abadie. — Ce travail sera inséré au Bulletin.

La Société de chirurgie tiendra sa séance annuelle publique le *mercredi 19 janvier*, à trois heures et demie.

Ordre du jour : 1° Allocution de M. le président *Le Fort* ; 2° compte rendu des travaux de l'année, par M. *Marc Sée*, secrétaire annuel ; 3° Eloge de Nélaton, par M. *P. Guyon*, secrétaire général ; 4° proclamation des prix. I. B.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Traitement physiologique des maladies consomptives et héréditaires,** par le docteur Tamin-Despalles. Ve A. Delahaye.

II. **Considérations nouvelles sur le traitement de la phthisie pulmonaire et sa curabilité,** par le docteur Louis Boutyer. Ve A. Delahaye.

III. **Traitement rationnel de la phthisie pulmonaire,** par le docteur de Piétra-Santa. O. Doin, éditeur.

Nous avons lu successivement les trois ouvrages écrits sur le même sujet : le traitement de la phthisie pulmonaire et dont nous indiquons le titre en tête de cet article. Les deux premiers sont, en quelque sorte, un plaidoyer *pro domo suâ*, dans lequel les auteurs exposent leurs idées, vantent les bons effets du traitement qu'ils ont institué contre la tuberculose et que leur expérience personnelle leur a démontré être utile et efficace contre ce terrible fléau de l'humanité.

I. M. [illegible] dans une troisième [illegible] : 1° 3 groupes de médicaments-aliments : les [illegible], les phosphates, les fluorures, les silicates, les fluo-silicates ; 2° Un aliment, la phosphorine, substance végétale très-riche en albumine, combiné avec le phosphore, le soufre, le fer, le fluor ; 3° 2 groupes de médicaments : les iodures végétaux et les iodures minéraux. L'auteur recommande aussi une substance nouvelle, le klébiss. Cela suffit.

II. M. Bouyer a publié un travail qui a pour but de démontrer l'efficacité du traitement de la phthisie par le sirop de lait iodique et par les inhalations d'iode combinées quelquefois à l'emploi de l'arsenic.

Nous doutons que les lecteurs soient convaincus par les deux auteurs que nous venons de citer.

III. Nous examinerons, en dernier lieu, le livre de M. de Piétra-Santa sur le traitement rationnel de la phthisie. C'est un tableau complet, trop complet même, des traitements divers qu'on peut opposer à la marche envahissante des tubercules. Tout, depuis les os de l'ours jusqu'au zanthoxilum, y est passé en revue, sans oublier les travaux antérieurs de l'auteur qu'il a trouvé moyen d'introduire dans son ouvrage. Ainsi, M. de Piétra-Santa nous rappelle qu'il a contribué à prouver qu'il n'existe pas de colique de cuivre ; qu'il existe une affection professionnelle propre aux ouvriers qui manient le vert arsenical de Schweinfurst.

Bien plus, l'auteur nous apprend que le brome fut découvert par Balard ; que l'émétique est un tartrate double d'antimoine et de potasse ; que le tannin se retire de la noix de galle ou de l'écorce de chêne et qu'il est de couleur jaunâtre, etc., etc., et tout cela à propos de phthisie pulmonaire !

Conclusion : Si M. de Piétra Santa a voulu, avant tout, écrire un gros volume, il y a parfaitement réussi. Si, au contraire, il a eu, ce que nous aimons à croire, l'idée de faire une œuvre sérieuse et vraiment scientifique, il y a beaucoup de coupures à faire dans son livre. On trouve, toutefois, dans cet ouvrage, un résumé des différentes théories émises sur le tuberculose, des divers traitements opposés à cette triste affection.

Dr G. BOUTEILLIER.

VARIA

Congrès médical international.

Les Sociétés de médecine de Philadelphie, animées d'un légitime esprit de patriotisme, et sérieusement désireuse de contribuer, avec les autres institutions nationales, à la célébration du jubilé centenaire de l'indépendance américaine, ont résolu de prendre l'initiative de la formation d'un *Congrès médical international*, avec l'approbation des délégués de leurs comités respectifs, autorisés à prendre et à exécuter les mesures désirables à cet effet. Munie de cette adhésion, la délégation a donc organisé

LA COMMISSION MÉDICALE DU CENTENAIRE, dont le bureau est constitué comme suit :

Président : Samuel D. Gross, M. D., L. L. D., D. C. L., Oxon., vice-présidents : W. S. W. Ruschenberger, M. D., M. S. N., et Alfred Stillé, M. D. ;

Secrétaire rapporteur : William B. Atkinson, M. D., secrétaires correspondants américains : Daniel G. Brinton, M. D. ; et William Goodell, M. D. ;

Secrétaires correspondants étrangers : Richard J. Dunglison, M. C. ; R. M. Bertholet, M. D. ; Trésorier : [illegible], M. D.

Des arrangements ont été pris pour la tenue du Congrès dans la cité de la Philadelphie, du 4 au 9 septembre 1876. La commission propose le plan général suivant pour l'organisation et les arrangements du Congrès :

I. Le Congrès se composera de délégués Américains et étrangers, les premiers représentant l'Association médicale Américaine et les Sociétés médicales territoriales de l'Union ; les seconds, les principales Sociétés médicales des autres pays.

II. Le bureau comprendra un président, dix vice-présidents, quatre secrétaires et un Comité de publication, à élire par le Congrès dans sa première session, sur le rapport de la Commission de nomination.

III. Les sessions du matin seront consacrées par le Congrès aux affaires générales et à l'audition des discours ; les réunions de l'après midi auront lieu par sections, au nombre de neuf, savoir :

1. *Médecine*, y compris la *pathologie*, l'*anatomie pathologique* et la *thérapeutique*. — 2. *Biologie*, y compris [illegible] *physiologie* et [illegible]. — 3. *Chirurgie*. — 4. [illegible]. — 5. *Obstétrique et maladies des femmes* [illegible]. — 6. [illegible], *toxicologie* et [illegible]. — 7. *Science sanitaire* y compris l'*hygiène* et la *statistique médicale*. — 8. *Ophthalmologie et otologie*. — 9. *Maladies mentales*.

IV. On s'exprimera au Congrès en langue anglaise, sans exclusion des autres langues dans lesquelles les membres pourraient exposer plus couramment leurs idées.

Les personnes qui auraient l'intention d'adresser à la Commission des communications sur des objets scientifiques, sont priées de lui faire connaître le plus tôt possible leurs projets, afin qu'on puisse en temps utile leur faire place au programme.

Voulant donner au Congrès, dans toute la force du terme, un caractère international, la Commission a décidé que les principales Sociétés médicales de l'Europe, du Mexique, de l'Amérique anglaise, de l'Amérique centrale et de l'Amérique du sud, des îles Sandwich, des Indes orientales et occidentales, de l'Australie, de la Chine et du Japon seraient invitées à envoyer des délégués à Philadelphie. Des invitations particulières seront également adressées aux illustrations médicales ; enfin, les simples visiteurs jouissant d'une notoriété considérable pourront être admis comme membres par un vote du Congrès.

Parmi les avantages qui résulteront de cet appel, le moins important n'est pas l'occasion offerte aux membres du Congrès de contracter entre eux des liens sympathiques, de se créer des relations nouvelles, de renouer et de cimenter de vieilles amitiés.

La Commission médicale du centenaire souhaite d'avance la bienvenue à ses frères de toutes les parties du monde, et leur garantit une généreuse hospitalité pendant leur séjour dans la « *Cité Centenaire.* » Le Congrès sera officiellement inauguré le lundi 4 septembre 1876, à midi.

Le livre d'enregistrement sera ouvert à partir du mardi 31 août, de midi à 5 heures, dans la grande salle du Collège des Physiciens, N. E., coin des rues 13 et Locuste. Des lettres de créance devront dans tous les cas être présentées.

Les personnes qui désirent entrer en relation avec le Congrès peuvent confier leurs lettres aux soins du Collège des médecins de Philadelphie, N. E., coin des rues 13 et Locuste, à Philadelphie, Pensylvanie. Il est convenable que de vastes hôtels soient mis à la disposition de tous les étrangers qui visiteront Philadelphie en 1876. Les secrétaires de la correspondance fourniront à ce sujet tous les renseignements désirables. Toutes les communications doivent être adressées respectivement aux secrétaires :

William B. ATKINSON, 1400 Pine Street, à Philadelphie, secrétaire des Rapports. Daniel G. BRINTON, 2027 Aerh Street ; William GOODELL, 20e, et HAMILTON fils, secrétaires de la correspondance américaine. Richard J. DUNGLISON, 814 N. 16e rue, et R. M. BERTHOLET, 113, S. Broad Street, secrétaires de la correspondance étrangère. Commission médicale du Centenaire. Comités exécutifs pour les Etats de l'Union.

(*Suivent les noms.*)

Académie royale de médecine de Belgique.

Prix. — *Concours de* 1875-1877. — « Quels sont les rapports entre l'émigration des globules du sang et l'inflammation ? » La réponse doit être basée sur de nouvelles expériences, et, au besoin, sur de nouvelles démonstrations. — Prix : Une médaille de 1,000 francs. Clôture du concours : 1er mars 1877.

« Indiquer la valeur relative des amputations et des résections dans les tumeurs blanches ; exposer les indications et les contre-indications. » — Prix : Une médaille de 1,000 francs. Clôture du concours, 1er juillet 1877.

1875-1878. « De la détermination des principales maladies endémiques qui règnent en Belgique, mises en rapport avec la constitution géologique des lieux où elles sévissent. » — Prix : Une médaille de 1,500 fr. Clôture du concours, 1er juillet 1878.

L'académie se réserve, en outre, de décerner, chaque année, deux médailles de 300 francs chacune aux auteurs des deux mémoires manuscrits relatifs aux sciences médicales qu'elle jugera dignes de ces récompenses. Les médecins belges de naissance ou par naturalisation sont seuls admis à participer à cette faveur. La formule usitée pour le concours n'est point requise dans la présentation de ces mémoires.

Conditions du concours. — Les mémoires, écrits lisiblement en latin, en français ou en flamand, seront admis à concourir ; ils devront être adressés, *francs de port*, au secrétaire de l'académie, place du Musée, 1, à Bruxelles. Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être également manuscrites. L'académie, exigeant la plus grande exactitude dans les citations, demande aux auteurs d'indiquer les éditions et les pages des livres qu'ils citent. Les auteurs ne mettront point leur nom à leur ouvrage, mais seulement une devise qu'ils répéteront à l'extérieur d'une enveloppe cachetée, renfermant leur nom et leur adresse. Les billets attachés aux écrits non couronnés ne seront ouverts que sur la demande des auteurs.

Les mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient déjà été publiés ou présentés à un autre corps savant et ceux qui parviendraient au secrétariat de la Compagnie après l'époque fixée, ne seront pas admis à concourir.

Les manuscrits des mémoires jugés par la Compagnie deviennent sa propriété, ils sont déposés dans ses archives; toutefois les auteurs peuvent en faire prendre les copies à leurs frais, en s'adressant, à cet effet, au secrétaire de l'académie.

L'académie informe MM. les concurrents : 1° Que ses membres honoraires et titulaires ne peuvent point prendre part aux concours ; 2° Que les auteurs des mémoires dont elle aura ordonné l'impression en totalité ou par extraits, auront droit d'en obtenir gratuitement cinquante exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre,

en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le bureau d'administration.

Impôt sur les eaux minérales à Marseille.

Ces derniers temps, grand émoi parmi les entrepositaires d'eaux gazeuses médicinales de Marseille. L'octroi vient de frapper d'un droit exorbitant de *cinq centimes* par bouteille, *toutes les eaux gazeuses factices ou naturelles*, y compris les eaux de Vichy, Vals, Montbrun, La Bauche, etc., qui sont des eaux exclusivement médicinales. Sous le conseil municipal élu, l'administration de l'octroi avait déjà présenté un projet qui ne fut suivi d'aucun effet, parce que, à la suite de la nomenclature des eaux imposables, un malin avait ajouté : « Et des eaux miraculeuses dont il se fait un trafic assez important. » Sur cette boutade, le projet rentra dans les cartons et y demeura jusqu'au moment où il put être exhumé par la nouvelle commisssion municipale. Envoyé au conseil d'État, celui-ci approuva l'impôt, en faisant remarquer toutefois qu'il fallait en exonérer les eaux gazeuses médicinales, C'est pour ne pas avoir tenu compte de cette observation que l'honorable membre de la commission (qui n'est ni médecin ni pharmacien), chargé de faire appliquer l'impôt, s'est vu en présence d'un *tolle* général des pharmaciens et entrepositaires d'eaux. Tout naturellement et pour trancher une question de médecine ou de pharmacie aussi banale, s'est-on dit : «Il n'est pas nécessaire de faire appel aux lumières des médecins du conseil municipal ou à celles non moins éclairées de la direction de l'octroi. A quoi bon? Un propriétaire ou un avocat suffit et peut s'en occuper sans déroger. » Tant il est vrai qu'on a bien raison de dire : Trop de zèle nuit. En effet, avec un peu plus de prudence, nos *honorables* auraient pu éviter cette tempête et ne se seraient pas noyés... dans la limonade. (*Le Sud Médical* de Marseille).

Association des médecins de la Seine.

Par dérogation aux usages de l'Association et en vertu d'une décision spéciale de la Commission générale, l'Assemblée générale (qui d'habitude tient sa séance le dernier dimanche de janvier) se réunira cette année le 16 janvier, à deux heures très-précises, dans le grand amphithéâtre de l'école de Médecine.

— L'Assemblée générale annuelle a pour objet : 1° la lecture du compte-rendu de l'année 1875 par le secrétaire général ; 2° l'élection d'un président et de deux vice-présidents.

Candidats proposés aux suffrages de l'Assemblée par la Commission générale : Président, M. Barth ; vice-présidents, MM. Béclard et Noël Guéneau de Mussy. Les propositions de la Commission générale sont de simples indications : on peut porter son vote sur tout autre sociétaire qu'il plaira de faire entrer au bureau.

3° Le tirage au sort des membres titulaires de la Commission générale et les suppléants qui doivent entrer en fonctions.

La Commission générale représente l'association et agit pour elle (statuts, art 9) : Par suite de la modification de l'art. 5 des statuts, adoptée en 1869, le tirage au sort ne se fera plus par arrondissement. Les noms des sociétaires seront mis dans l'urne destinée à l'opération du tirage au sort au fur et à mesure que chacun arrivera; ainsi sera évitée l'énorme perte de temps qu'entraînait jusqu'à présent l'appel des membres absents.

N. B.—Le trésorier encaissera, avant la séance, toutes les cotisations qui seront offertes. Le travail et les frais de recouvrement sout tels, que l'Association trouverait un avantage considérable si toutes les cotisations étaient versées le jour de l'Assemblée générale.

Jurisprudence médicale.

Vente de remèdes secrets. — Condamnation d'un médecin et d'un pharmacien.

M. le docteur Bourdoucle, demeurant à Paris, rue Saint-Louis-en-l'Ile, et M. Martin, pharmacien, demeurant même maison, sont prévenus d'avoir annoncé et vendu sous le titre de « Sirop de Cabory » un remède secret dont la formule n'est pas inscrite au Codex, selon la prévention. M. le docteur Bourdoucle serait le véritable propriétaire de la pharmacie, et, dans tous les cas, il a reconnu qu'il recevait chaque mois une somme de 400 fr. de M. Martin, qui en outre lui envoyait ses malades et le recommandait à sa clientèle. Cette association est expliquée par ce fait que le sirop de Cabory est le principal élément des prescriptions de M. le docteur Bourdoucle et de la vente de l'officine de M. Martin. A l'audience, M. Martin soutient que le sirop de Cabory a à peu près la même formule que la tisane royale ou la médecine noire du Codex.

M. le docteur Bourdoucle affirme que jamais il n'a existé d'association entre lui et le pharmacien Martin. Le tribunal a condamné MM. Bourdoucle et Martin chacun à 100 francs d'amende.

Association générale des médecins de France.

Nous extrayons d'une circulaire adressée par le conseil général de l'association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France à MM. les présidents des sociétés locales, le passage suivant : « Le conseil général a l'honneur de vous inviter, Monsieur et très honoré président : 1° A adresser une circulaire à tous vos membres associés, pour leur annoncer la démission de M. Tardieu ; 2° En même temps, les convoquer au siége de leur société, pour le jeudi 16 mars prochain, jour où l'élection doit se faire simultanément dans tous les éléments de l'œuvre ; 3° Leur rappeler l'article des statuts qui prescrit le mode d'élection du président. L'élection terminée, ils dresseront procès-verbal de la séance, qu'ils auront la bonté d'adresser au *secrétaire général de l'Association*, 4, passage Laferrière, à Paris. »

La sanctification du dimanche.

Voici le résultat du concours ouvert par la Société suisse pour la sanctification du dimanche, sur le repos dominical au point de vue de l'hygiène. Le jury, composé de onze médecins de différentes villes de la Suisse, a eu à examiner 53 mémoires, et vient de terminer son laborieux travail dans une réunion tenue à Berne sous la présidence de M. le docteur Bourgeois. Vu l'importance de plusieurs mémoires et le nombre de concurrents, et grâce à la libéralité de quelques-unes des sections cantonales de notre société, la somme primitive de 1,200 francs, mise à la disposition du jury pour récompenses aux auteurs, a pu être portée à 3,300 fr. En ratifiant pour sa part les décisions du jury, la société pour la sanctification du dimanche n'entend pas évidemment assumer la responsabilité de toutes les opinions exprimées dans les travaux couronnés. Le jury du « concours sur le repos du dimanche au point de vue hygiénique » a couronné douze des mémoires qui avaient été soumis à son examen, sans cependant décerner de premier prix. Les récompenses se trouvent classées de la manière suivante : — *Trois seconds prix (ex æquo) de 600 fr. chacun.* — Mémoire n° 47, en français, de M. le docteur Francisque Garnier, lauréat de l'Académie de médecine de Paris, à Lyon. — Mémoire n° 51, en allemand, de M. le docteur Paul Niemeyer, à Magdebourg. — Mémoire n° 40, en allemand, de M. le général Ochsenbein à Bienne. — *Trois premiers accessits ex æquo) de 300 fr. chacun.* — Mémoire n° 5, en français, de M. Auguste Eschenauer ex-pasteur, président de l'Eglise française de Strasbourg, à Paris. — Mémoire n° 23, en anglais, avec traduction française, de M. Charles Hill, secrétaire de l'Association des travailleurs pour le repos dominical, à Londres. — Mémoire n° 12, en allemand, de M. le docteur Ernst Zickero, à Kirchlag (Autriche). — *Dix seconds accessits (ex æquo) de 100 fr. chacun.* — Mémoire n° 45, en français, de M. le docteur Ausloos, à Louvain. — Mémoire n° 22, en français, de M. Edgard Grosjean, à Montmirail (France). — Mémoire n° 29, en allemand, de M. le docteur Frédéric Schupp, à Landau (Bavière). — Mémoire n° 11, en allemand, de M. G. A. Brœsel, pasteur, à Rennersdorf, près Herrnhu (Saxe). — Mémoire n° 46, en français, de M. le docteur Auguste Muller, à Altkirch (Alsace). — Mémoire n° 14, en allemand, de M. le docteur Carl Hermann Schauenberg, à Æchersleben (Saxe). — Le jury a en outre désigné quelques mémoires comme méritant une mention honorable. (*Union médicale*).

Ecole de médecine de plein exercice de Nantes.

D'après les renseignements qui nous ont été communiqués, le conseil municipal de Nantes, dans une de ses dernières séances, aurait voté à l'unanimité la somme de 132.000 francs nécessaire à la transformation de l'école préparatoire en école de plein exercice. Une autre somme de 100.000 francs aurait été également votée pour mettre en état les locaux déjà assez convenables que possède l'Ecole.

3. Le sirop des cinq racines apéritives. (*Bouchardat.*)

Les anciens prescrivaient le sirop des deux racines, (persil et fenouille) et celui des cinq racines dans les maladies du foie et comme diurétique. Ce sirop appartient à la médication alcaline et diurétique, car les racines renferment des sels alcalins à acides organiques, et d'autre part, d'après M. Bouchardat, il n'est pas de meilleur excipient pour l'acétate de potasse, qui, dans le sang, se transforme en bicarbonate de potasse. En conséquence, M. Bouchardat propose la formule suivante :

Acétate de potasse.............	50	grammes.
Sirop des cinq racines...........	1000	—

Une cuillerée à bouche (20 gr.) contient un gramme d'acétate. Chaque cuillerée sera administrée dans un verre d'eau avant le repas. Cette boisson convient dans la diathèse urique, les maladies chroniques du foie dont il active les fonctions ; comme dépuratif dans la scrofule, la syphilis. *Bulletin de thérap.*, 15 décembre.

Enseignement médical libre.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le professeur CHARCOT fera sa dernière conférence clinique sur les maladies du système nerveux dimanche, à 9 heures et 1/2.

Hôpital Lariboisière. — Le d[r] ISAMBERT, médecin de l'hôpital Lariboisière, agrégé libre de la Faculté de médecine, reprendra le vendredi 21 janvier, à 9 h. 1/2 du matin, et continuera tous les vendredis à la même heure, ses conférences cliniques sur les *Maladies du larynx*. Leçon théorique à 9 h. 1/2. Exercices pratiques à 10 h. 1/4, au cabinet laryngoscopique de l'hôpital Lariboisière.

Pathologie interne. — M. le docteur STRAUS a commencé un cours de Pathologie interne, le mardi 18 janvier à 5 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Maladies des yeux. — Le d[r] SICHEL, a commencé le mercredi 12 janvier, à 8 h. du soir, un cours public de pathologie oculaire, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Maladies des yeux. — Le docteur GALEZOWSKI commencera un cours

[illegible] mardi prochain, le 18 janvier, à [illegible] a l'amphithéâtre n° [illegible], de l'Ecole pratique, et il le continuera [illegible] et les [illegible] suivants à la même heure.

[illegible] examen de doctorat et 1[illegible] de fin d'année. —Le Dr Lelorain recommence [illegible] cours préparatoire à ces examens, le lundi 17 janvier, à 1 heure et demie. Du[illegible] 6 semaines (2 heures par jour). Physique et chimie à 3 heures. Hist. naturelle médicale, à 1 heure et demie ou le soir à 8 heures, au choix des élèves. S'adresser chez le Dr Lelorain, 9 rue Bertin-Poirée. Leçons particulières de 4 à 5 pour ces examens et pour le 4e.

Maladies des voies urinaires.— Le dr Reliquet a commencé son cours sur les maladies des voies urinaires le lundi 10 janvier 1876, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique et le continuera les mercredis, vendredis et les lundis suivants à la même heure.

— M. le dr Laurent-Préfontaine a commencé son cours sur les maladies des voies urinaires le mardi 11 janvier, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Pathologie interne. — M. Dieulafoy a commencé son cours le lundi 10 janvier, à cinq heures, dans l amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Accouchements. — M. le dr Verrier commencera des leçons particulières sur la dystocie et les opérations obstétricales le lundi 17 janvier, à 4 h. à son domicile, 5, rue Royale. Ces leçons auront lieu tous les jours par séries de cinq élèves, pour la facilité des manœuvres. On s'inscrit, 5, rue Royale, de 1 à 3 heures. Prix : 30 francs.

Laboratoire Gay-Lussac. — Préparation au 3e et 4e examens du doctorat. — De nouvelles conférences commenceront le lundi 10 janvier 1876, à 3 h. et se continueront les mercredis, vendredis et lundis suivants. à la même heure. MM. les élèves sont exercés à la reconnaissance des plantes et médicaments, et sont mises, en outre, sous leurs yeux les principales réactions et expériences chimiques. Prix : 60 francs pour les deux examens réunis. On s'inscrit chez M. E. Lahbée, directeur du laboratoire, 66, rue des Feuillantines, les lundis et vendredis de midi à 2 heures.

NOUVELLES

Collége de France. — Le cours de M. Ranvier a lieu le mardi et le jeudi à trois heures et demie.

Mortalité a Paris. — Population 1.851.792 habitants. Pendant la semaine finissant le 6 janvier 1876, on a constaté 678 décès, savoir : Variole, 2; — rougeole, 3; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 15; — érysipèle, 3; — bronchite aiguë, 31; — pneumonie, 55; — dyssenterie, 2; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2; — choléra nostras, »; — angine couenneuse, 6; — croup, 24; — affections puerpérales, 5, — autres affections aiguës, 147; — affections chroniques, 341 dont 116 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 29; — causes accidentelles, 12.

Londres. — Population 3.445.160 habitants. Décès du 26 déc. au 1er janvier. 1.782, savoir : variole, »; — rougeole, 70; — scarlatine, 75; — fièvre typhoïde, 14; — érysipèle, 11; — bronchite, 249; — pneumonie, 103; — dyssenterie, »; — diarrhée, 16; — choléra nostras, »; — diphthérie, 16; — croup, 13; — coqueluche, 76.

Prix. — I. La *Société médico-chirurgicale* de Liége accordera un prix de cinq cents francs et le titre de membre correspondant à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet librement choisi de la médecine, de la chirurgie, des accouchements ou de la pharmacie. Le mémoire couronné sera publié dans les *Annales* de la Société. Les auteurs ne doivent pas présenter des travaux d'une étendue excédant cinq feuilles d'impression (soit 80 pages format in-8 des *Annales*). Il est interdit aux auteurs des mémoires de se faire connaître, soit directement, soit indirectement ; le mémoire doit être accompagné d'une devise répétée dans un pli cacheté contenant le nom, les qualités et le domicile de l'auteur. Les travaux devront être remis avant le 1er août 1876 à M. le dr Davreux, secrétaire-général de la Société, rue de la Casquette, 33, à Liége.

II. La *Société médico-chirurgicale* de Liége décernera une médaille d'or à l'étudiant d'une des universités belges, auteur du meilleur travail sur un sujet librement choisi, concernant l'anatomie, la physiologie, la médecine, la chirurgie, les accouchements ou la pharmacie. Les travaux devront être remis avant le 15 octobre 1876 au secrétariat général de la Société. (Conditions ordinaires des concours.)

Société de botanique — Le bureau de cette Société vient d'être ainsi constitué pour 1876 : Président, M. Duchartre; Vice-présidents, MM. de Seynes, Prilleux, E. Reschevelle, Larcher; Secrétaire général, M. A. Chatin; Secrétaires, MM. Mer, Roze; Vice-secrétaires, MM. Bornet, Poisson Trésorier, M. Ramond; Archiviste, M. l'abbé Chaboisseau.

Choléra. — Les dernières nouvelles de Syrie apportées par les journaux turcs, annoncent que le choléra a cessé presque partout de sévir. Alep seul a le triste privilége d'être encore en proie au fléau, qui y est cependant en décroissance. Le consulat de France a publié les chiffres des morts, victimes du choléra, enterrés dans les divers cimetières de la ville de Damas : Cimetière des kurdes, 203; d'Abou-Jurhy, 260, dont 95 militaires; d'Essakek-el-Sarkiek, 180; de Ned-Dahdah, 2,215, dont 614 soldats; de la Petite-Porte, 2,188; d'El Mab[illegible], 16[illegible]; du Marché-des-Selliers, 34; du Meidan supérieur, 1,6[illegible]; du Meidan inférieur, 1,173; d'El Mob[illegible]lah, 15; d'El Sakelah, 129; de Kaba Ouka, 162; d'El Kanawak, 116; de Cheikh Arslan, 117; d'Abou Khamar, 103. Chiffre total des musulmans, 8,894, dont 709 soldats ; des juifs et chrétiens, 426; soit un total de 9,319 décès pour Damas seul. D'après les apparences, les villages environnants de Damas ont dû donner un total plus élevé que celui de la ville; mais il est probable qu'on n'en saura jamais le chiffre. (*Journal officiel.*)

Mutation dans les hopitaux (*Chirurgiens*). — Par suite du décès de M. Demarquay, médecin de la Maison municipale de santé, les mutations suivantes ont eu lieu dans le corps des chirurgiens des hôpitaux. M. Cruveilhier, de l'hôpital St-Louis, et M. Marc Sée, de l'hôpital Ste-Eugénie, passent à la Maison municipale de santé où le service de M. Demarquay sera divisé en deux services. M. Duplay passe de St-Antoine à St-Louis. M. Lannelongue passe de Bicêtre à St-Antoine. M. Th. Anger passe du bureau central à Bicêtre. M. Le Dentu passe du bureau central à Ste-Eugénie.

Hopitaux de Bordeaux. — MM. les drs de Fleury et Burguet ont été nommés médecins titulaires de l'hôpital St-André pour une période de six années, et sont entrés en fonctions le 1er janvier 1876. (*Gazette médicale de Bordeaux.*)

Une femme barbue pendant la grossesse seulement. — Le *New-York medical Record* relate le cas d'une dame, chez laquelle, pendant trois grossesses à terme et une grossesse terminée vers la sixième ou la huitième semaine par un avortement, les deux côtés de la face et le menton se couvrirent de barbe. Les poils commençaient à pointer, après la suppression des règles et persistaient jusqu'après l'accouchement et le retour complet de l'utérus à son état normal. (*Union médicale*).

La vie littéraire : Sommaire du n° du 6 janvier 1876. — Les nouveaux journaux, par Fabrice W. — Emaux et camées : Gambetta et Buffet, par Hector l'Estraz. — Trois lettres inédites de Delacroix, par Ph. Burty. — La petite Presse, par E. de Pompery. — Le jour des morts, par G. Vinot. — Nos Geôliers : profils tudesques, par Charles Rubany. — Extraits inédits des Notes de Sainte-Beuve, par Sainte-Beuve. — Nouveautés littéraires, par Fabrice W. — Carnet d'un critique, par Vattier. — Gazette rimée, Triolets, Actualités, par Silvius. — Echos et nouvelles, par Charles Revert. — Philo fils, roman par Valery Vernier. Bureaux : 34, rue Richer. Un an, 6 fr.; trois mois, 3 fr.

Chronique des Hôpitaux.

Quelques-uns de nos lecteurs nous ayant engagé à publier, au commencement de l'année, la liste exacte des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, en la faisant suivre des noms de leurs internes, nous avons cru devoir accéder à leur désir. L'avenir nous renseignera sur l'utilité de cette publication.

Hôtel-Dieu. — *Médecins* : M. le professeur Béhier ; chef de clinique, Dehove; chef du laboratoire, H. Liouville. — M. Guéneau de Mussy; interne, Hirtz; — MM. Fauvel, I. Rondot; Moissenet, I. Richerand; Frémy, I. Jean; Hérard, I. Petel; Oulmont, I. Michel. — *Chirurgiens* : M. le professeur Richet, I. Richer, Ramonède, Rédard; Cusco, I. Ledouble, Piéchaud, Foucher; A. Guérin, I. Ribemont, Lebec, Weiss.

Hôpital de la Pitié. — *Médecins* : M. le professeur Lasègue; chef de clinique, M. Du Castel; Vulpian, I. Bourceret; Gallard, I. Darolles; Desnos, I. Bouveret ; Gombault, I. Magne; Dumontpallier, I. Dreyfous. — *Chirurgiens* : MM. le professeur Verneuil, I. Reclus, Richet, Manoury; L. Labbé, I. Remy, Schwartz, Davaine.

Hôpital de la Charité. — *Médecins* : M. le professeur X. suppléé par Lancereaux, chef de clinique, Renaut; M. le professeur G. Sée, chef de clinique, Sevestre; MM. Bourdon, I. Rafinesque; Bernutz, I. Cossy; Empis, I Balzer; Woillez, I. Affre. — *Chirurgiens* : MM. le professeur Gosselin, I. Moutard-Martin, Herpin, Barth; Trélat, I. Letulle, Decaisne.

Hôpital Saint-Antoine. — *Médecins :* MM. Mesnet, I. Magnant; Peter, I. Chesnel; C. Paul, I. Marchant; Lancereaux, I. Martin; Proust, I. de Beurman; Molland, I. Delaunay; Brouardel, I. Oulmont. — *Chirurgiens :* MM. Meunier, I. Béringier, Segond; Anger, I. Chevallereau, Mahot.

Hôpital Necker. — *Médecins :* MM. Potain, I. Cuffer; Delpech, I. Martinet; Chauffard, I. Graux; Laboulbène, I. Carrié. — *Chirurgiens* : MM. Desormeaux, I. Bellouard, Nitot; Guyon, I. Campenon, Tapret.

Hôpital Cochin. — *Médecin :* MM. Bucquoy, I. Léger. — *Chirurgiens* : M. Desprès, I. Monod, Quenu, Robert; Polaillon, I. Fourestié.

Hôpital Temporaire. — *Médecins* : MM. Hayem, I. Dreyfus; Gérin-Roze, I. Mary; d'Heilly, I. Loriot. — *Chirurgien* : M. Lucas-Championnière, I. Chuquet, Lataste.

Hôpital Beaujon. — *Médecins* : MM. Gubler, I. Raymond; Moutard-Martin, I. Porak; Matice, I. Golay; Axenfeld, I. Audouard. — *Chirurgiens*: MM. Dolbeau, I. Poisson, Jarjavay, Champetier de Ribes; Le Fort, I. Robin, Bide.

Hôpital Lariboisière. — *Médecins* : MM. Millard, I. Dusanssay; Jaccond, I. Robin; Siredey, I. Tluger; Guyot, I. Gauderon; Raynaud, I. Dave, Interne provisoire. M. Lacoste ; Isambert, I. Angelo, P.-P. Merklens.—

Chirurgiens : MM. Panas, I. Kirmisson, Chenet, Decaudin, Paulard; Tillaux, I. Amodru, Bulteau, Garsaux.

Hôpital Saint-Louis. — *Médecins* : MM. Hillairet, I. Barrié; Lailler, I. Mervouet; Guibout, I. Goetz; Hardy, I. Dejerine; Vidal, I. Buzot; Besnier, I. Richaud. — *Chirurgiens* : MM. Péau, I. Deny, Poyet, Pengrueber; Duplay, I. Hugonneau, Heideureich, Marot.

Hôpital du Midi. — *Médecins* : MM. Simonet, I. Castex; Mauriac, I. Jalaguier. — *Chirurgien* : M. Horteloup, I. Herpin.

Hôpital de Lourcine. — *Médecins* : MM. Fournier, I. Nélaton; Cornil, I. Leroux. — *Chirurgien* : M. Perier, I. Ballel.

Hôpital des Enfants-Malades. — *Médecins* : MM. Bouchut, I. Parinaud; Labric, I. Boissier; Archambault, I. Mauuoir; J. Simon, I. Régnard ; Blachez, I. Duvernoy. — *Chirurgien* : M. de Saint-Germain, I. Berdinel.....

Hôpital Sainte-Eugénie.—*Médecins* : MM. Bergeron, I. Moizard; Triboulet, I. Viollet; Cadet de Gassicourt, I. Guyard. — *Chirurgien* : M. Lannelongue, I. Iszenard, Benoît.

Hôpital de la Maternité. — *Médecin* : M. Hervieux, I. Bazy. — *Chirurgien* : M. Tarnier, I. Guillermet.

Hôpital des Cliniques. — *Médecins* : MM. le professeur Broca, I. Garnier, Clozel de Royes, Brissaud; le professeur Depaul, chef de clinique, Piuard,

Maison de Santé. — *Médecins* : MM. Féréol, I. Colson. — Labbé, I. Avezou. — *Chirurgiens* : MM. Cruveilhier, I. Cruet, Levrat. — Marc Sée, I. Saint-Ange, Langlebert.

Hospice de la Salpêtrière. — *Médecins* : MM. Charcot, I. Pitres. — Luys, I. Drouin. — Voisin, I. Gouetré. — Delasiauve, I. Regnier. — Moreau, I. Chambard. — Ancien service de M. Trélat, I. P. Brun. — *Chirurgien* : M. Le Dentu, I. Sabourin.

Hôpital de Bicêtre. — *Médecins* : MM. Bouchard, I. Mayer, I. P. Dolerio. — Berthier, I. Maygrier, Févé. — Legrand du Saulle, I. Artlis, Arnoult. — Falret, I. Mossé, I. P. Havage. — *Chirurgien* : M. Th. Anger, I. Deschamps, Cottin, I. P. Decaye.

Hôpital des Enfants-Assistés. — *Médecin* : M. Parrot; I. Hutinel. — *Chirurgien* : M. Gueniot, I. Roussi.

Incurables. — *Médecin* : M. [illegible], I. Meuuier, I. P. Talamon, Oudin.

Ménages. — *Médecin* : M. [illegible], I. Paul Boneau. I. P. Baradu.

Hôpital Sainte-Périne. — *Médecin* : M. Descroizilles, I. Tremblez, I. P. Lapierre.

Librairie V.-A. DELAHAYE et Cᵉ, place de l'Ecole-de-Médecine

Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J.-H. Depaul ; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Le numéro de *janvier* vient de paraître. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

Ordonneau (L.). Rupture des anévrysmes de l'aorte, in-8, 2 fr. 50.

Picard (A.). De la résection du genou, in-8, 2 fr.

Pradel (X.). Amour et onanisme, in-8, 1 fr. 50.

Quinquand. Des affections articulaires, in-8, 2 fr 50.

Robin (Ed.) Mémoire sur l'art de faire produire aux êtres organisés le sexe que l'on désire et de prévoir les conditions qui favorisent cette naissance. In-8 de 26 pages.

Schenstrom (R.). Gymnastique médicale suédoise, in-8 de 50 p.

A la librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

Colin (L.) Diapédèse des leucocytes chez l'homme ; sa démonstration anatomo pathologique. In-8 de 16 pages

---

Da Silva Lima (J.-F.). Ensaio sobre o Beribero no Brazil. In-8 de 230 p. Balua, 1872.

Hurel (A.). Quelques observations pour servir à l'histoire de la folie pénitentiaire. In-8 de 56 p. Imp. E. Douaud, 1873.

Rendu (J.). Recherches sur une épidémie de variole à Lyon, étudiée au point de vue de la contagion. In-8 de 30 pages, avec une schéma de l'épidémie. Lyon, Association typographique.

Richardin (L.) Considérations sur le milieu nosocomial. In-8 de 50 pages. Paris, imp. Parent.

Hammond (W.) On pigmentary deposits iu the Brain resulting from malaria poisoning. Iu 8 de 16 pages.

On the cause of vice-président Wilson's Death. In-8 de 14 pages.

Aux bureaux du **PROGRÈS**

Charcot (J. M.) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, faites à la Salpêtrière, recueillies par Bourneville. 2ᵉ série, 1ᵉʳ fascicule : *Des anomalies de l'ataxie locomotrice* ; in-8 de 72 pages avec une planche en chromo-lithographie et 6 figures dans le texte ; 2 fr., pour nos abonnés, 1 fr. 25. — 2ᵉ fascicule : *De la compression lente de la moelle épinière* ; in-8 de 72 pages avec 2 planches en chromo-lithographie et 2 figures dans le texte : 2 fr. 25 ; pour nos abonnés, 1 fr. 25. — 3ᵉ fascicule : *Des amyotrophies* (Paralysie spinale infantile ; — Paralysie spinale de l'adulte; — Atrophie musculaire protopathique ; — Sclérose symétrique primitive des cordons latéraux; — Paralysie générale spinale subaiguë ; — Paralysie pseudo-hypertrophique, etc.) ; in-8 de 112 pages avec 2 planches en chromo-lithographie et 23 figures dans le texte, 4 fr.; pour nos abonnés, 2 fr. 50. —Prix des 3 fascicules : 8 fr. 25; pour nos abonnés, 4 fr. 75 (*franco*).

Terrillon. Troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales ou traumatiques. In-8 de 22 pages, 60 centimes.

Thaon (L.) — Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la tuberculose; in-8° de 104 pages, avec deux planches en chromo-lithographie. 3 fr. 50 — Pour nos abonnés 2 fr. 50 *franco*.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59 RUE DU PLESSIS

4e ANNÉE. — N° 4 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 22 JANVIER 1876.

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÉGE DE FRANCE. — M. le professeur RANVIER.

Leçon d'ouverture.

(13 janvier 1876).

SOMMAIRE. — Création d'une chaire d'*anatomie générale* au Collége de France. — Bichat est le fondateur de l'anatomie générale. — Premières applications du microscope aux recherches anatomiques. — Découverte de la circulation capillaire du sang par Malpighi. — Découverte des globules du sang et des anastomoses des fibres du cœur par Leeuwenhoek. — Théorie globulaire de Raspail et de Dutrochet. — Théorie cellulaire et classification des tissus d'après Schwann. — Théorie du développement continu. — Théorie du protoplasma de M. Schultze. — De la méthode expérimentale en histologie.

Messieurs,

L'année dernière, à pareille époque, dans une de ses leçons du Collége de France, mon illustre maître, M. Claude Bernard, traitait à un point de vue élevé, des rapports de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie. A ce propos, il nous disait :

« Le problème de la physiologie et de la pathologie générales a pour objet les parties les plus intimes et les plus essentielles des organes, les éléments des tissus. » Puis, il ajoutait :

« Il ne suffit pas de connaître anatomiquement les éléments organiques, il faut étudier leurs propriétés et leurs fonctions à l'aide de l'expérimentation la plus délicate ; il faut faire, en un mot, l'histologie expérimentale. Tel est le but suprême de nos recherches, telle est la base de la médecine future. »

Il y a bien des années que M. Claude Bernard développe ces principes, et les personnes qui, comme moi, suivent son enseignement depuis vingt ans, n'ont pas été surprises de voir notre maître proposer à M. le Ministre de l'Instruction publique la création d'une chaire d'anatomie générale au Collége de France.

M. Claude Bernard, par sa haute intelligence, sa grande modération et ses magnifiques découvertes, jouit aujourd'hui d'une influence telle que ses propositions, toujours dictées par l'intérêt de la science, sont toujours acceptées.

Après avoir créé une chaire d'anatomie générale au Collége de France, M. le Ministre a bien voulu me la confier.

Permettez-moi d'exprimer ici publiquement ma plus vive reconnaissance à M. le professeur Wallon, ministre de l'Instruction publique, et à M. le professeur Claude Bernard.

Je dois m'occuper maintenant du sujet que je me propose de traiter aujourd'hui devant vous : *l'origine de l'anatomie générale et son développement jusqu'à notre époque.*

L'anatomie générale a été exposée pour la première fois dans son ensemble dans un ouvrage à jamais célèbre, le *Traité d'anatomie générale* de Bichat.

D'après Bichat, le corps de l'homme, car c'est l'organisme humain qu'il avait surtout en vue, serait constitué par un nombre déterminé d'éléments organiques ou tissus, comparables aux corps simples de la nature inorganique. Parmi ces tissus, les uns seraient communs à tous les organes, les autres appartiendraient seulement à quelques-uns d'entre eux. Ils posséderaient des propriétés spéciales, propriétés vitales. La vie serait la mise en jeu de ces propriétés ; dès lors, elle ne serait pas un principe, mais bien un résultat. Vous trouverez là, soit dit en passant, les bases de l'organicisme moderne.

Bichat soutenait encore que l'on doit étudier les tissus vivants comme les physiciens et les chimistes étudient les corps bruts. C'est pour obéir à ce principe qu'il les soumettait à la macération dans l'eau froide, les plongeait dans l'eau bouillante, les chauffait progressivement ou les livrait à la combustion ; il les traitait par les alcalis, les acides, etc.

Etant donnée l'insuffisance des moyens d'investigation dont il disposait, Bichat a dû certainement prendre pour des éléments de l'organisme des parties fort complexes. Aussi, passons sur ses analyses des tissus qui, du reste, sont sans importance.

Pour comprendre toute l'étendue de ce vaste génie, il convient de le suivre sur un autre terrain, celui des systèmes organiques. C'est sur la conception des systèmes organiques, en effet, que repose l'anatomie générale. Voici, en quelques mots comment, d'après Bichat, il faut concevoir les organes, les tissus et les systèmes. Un organe est habituellement formé de plusieurs tissus. Un os, par exemple, contient du tissu osseux, du tissu cartilagineux qui recouvre ses extrémités articulaires, du tissu fibreux qui l'enveloppe et qui pénètre dans son intérieur, du tissu médullaire dans sa cavité centrale et dans ses extrémités spongieuses, enfin des vaisseaux sanguins et des nerfs. Chacun de ces tissus peut être comparé au même tissu observé dans d'autres régions du corps, et c'est de cette comparaison que résulte l'idée des systèmes organiques.

A cet effet, considérons l'enveloppe fibreuse de l'os, nous reconnaîtrons qu'une enveloppe semblable existe autour de tous les autres os, qu'elle existe aussi autour d'un certain nombre d'organes pour leur constituer des membranes d'enveloppe ou aponévroses. Si, au lieu de considérer le périoste d'un os en particulier, nous le comparons au périoste des autres os, aux aponévroses musculaires et aux autres membranes fibreuses, et si nous les comprenons dans une description générale, nous serons arrivés à la conception du système fibreux, c'est-à-dire d'un des systèmes organiques de Bichat.

L'anatomie générale, telle que Bichat l'a conçue, renferme donc l'histologie ou étude des tissus, et l'étude des systèmes à laquelle on pourrait donner le nom d'histologie comparée limitée à un seul organisme.

Dans l'exposé qu'il nous a laissé des systèmes organiques, Bichat s'est élevé à une hauteur de vues que nous ne saurions trop admirer. Sa description des systèmes cellulaire, séreux et lymphatique et de leurs rapports, est tellement précise que les histologistes modernes ne sont arrivés que peu à peu à en reconnaître l'exactitude, et cependant ils étaient servis dans leurs recherches par de puissants microscopes.

En France, à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, les microscopes étaient très-défectueux ; c'étaient, passez-moi l'expression, des microscopes à puces. Voici un ouvrage (1), publié après le milieu du dix-huitième siècle. Il contient des dessins de microscopes d'une élégance remarquable, mais leurs systèmes optiques devaient être bien mauvais, si l'on en juge d'après les figures des objets observés : une d'elles, entre autres, représente un animalcule microscopique bien singulier. Son corps est fait exactement comme la tête d'un homme avec moustache et barbiche.

Bichat a eu mille fois raison de ne pas vouloir se servir d'instruments aussi imparfaits. En lisant attentivement le chapitre de son ouvrage qui est consacré à la circulation capillaire, je suis arrivé à la conviction qu'il ne l'avait jamais observée ; il en parle seulement d'après les observations de Malpighi et de Spallanzani.

1) Joblot. — *Observations d'histoire naturelle faites avec le microscope.* Paris, 1754. Planche VIII, fig. 12.

Ces deux noms me rappellent que je dois vous parler des précurseurs de Bichat. Dans le domaine de la science, il est rare qu'une grande conception, qu'une découverte surgisse tout d'un coup, sans être précédée de recherches plus ou moins nombreuses, quelquefois très-anciennes, sur lesquelles elle s'appuie. Lorsque la découverte est éclatante, elle éclipse tous les travaux antérieurs sur le même sujet, et au bout d'un petit nombre d'années, les contemporains ayant fait place à une nouvelle génération, ceux qui ne remontent pas aux sources de l'histoire peuvent croire à une grande spontanéité. Cette spontanéité, je le répète, est fort rare et, à coup sûr, elle n'existe pas en ce qui regarde l'œuvre de Bichat.

En effet, bien avant lui, les anatomistes et les chirurgiens savaient que le même tissu, celui des os, par exemple, se rencontre dans les différentes régions du corps avec le même aspect et les mêmes propriétés, et ils appliquaient ces principes à la description des maladies et à leur traitement. Mais Bichat eut encore un précurseur immédiat; ce fut notre grand nosologiste français, Pinel. Pinel, en effet, avait reconnu que les membranes séreuses, l'arachnoïde, la plèvre, le péritoine, etc., possèdent une structure semblable et montrent dans les phlegmasies des lésions identiques. Ce sont là des conceptions d'anatomie générale, comparables à celles des systèmes de Bichat.

J'arrive maintenant à un autre sujet d'une grande importance, l'application du microscope à l'anatomie. On croit généralement que les expressions, anatomie générale, histologie, anatomie microscopique, peuvent être employées indifféremment pour désigner la même science. C'est là une erreur. Les premiers anatomistes qui observaient à l'aide du microscope, ont découvert, à coup sûr, des faits de premier ordre, mais ces faits ne les avaient conduits à aucune théorie sur la constitution et les rapports des tissus de l'organisme, et cependant, c'est en cela, comme nous l'avons vu, que consiste essentiellement l'anatomie générale.

Parmi les découvertes anciennes faites à l'aide des instruments grossissants, la plus importante, celle des réseaux et de la circulation capillaire, remonte au dix-septième siècle et appartient à Malpighi.

La théorie de Harvey, sur la circulation du sang, avait soulevé de nombreux contradicteurs. Le jeu des valvules du cœur et des veines, le synchronisme de la pulsation cardiaque et de la pulsation artérielle, le gonflement des veines au-dessus d'un point comprimé leur laissaient encore des doutes dans l'esprit, parce qu'ils ne comprenaient pas comment le sang, poussé dans les artères par le cœur, pouvait y revenir par les veines. Il fallait supposer une communication périphérique entre ces deux ordres de vaisseaux, et cette communication, Harvey n'avait pas pu l'établir. Mais ils furent à bout d'arguments, lorsqu'en 1661, Malpighi fit, du même coup, la découverte du réseau et de la circulation capillaire.

La méthode qu'il a suivie pour y arriver mérite de nous arrêter un instant, parce qu'elle est intéressante, en ce sens que le grand anatomiste italien, qui n'avait à sa disposition que des instruments d'optique très-insuffisants, n'a pu faire une observation directe. Il s'est vu dans l'obligation de tourner la difficulté, et de faire deux observations successives, qu'il a ensuite combinées pour atteindre d'une manière complète l'objet de ses recherches. Ayant ouvert, par une incision, la cavité abdominale d'une grenouille, Malpighi vit le poumon, gonflé par l'air, s'échapper à travers les lèvres de la plaie. L'examinant alors attentivement à l'œil nu et à la loupe, il put connaître, dans les artères, un courant sanguin, allant du tronc vers les petites branches, tandis que, dans les veines, le cours du sang était en sens inverse. Il croyait d'abord que, au sortir des artères, pour gagner les veines, le liquide sanguin traversait un espace irrégulier, une sorte de lac creusé dans le parenchyme organique. Mais, ayant posé une ligature à la base du poumon gorgé de sang et ayant abandonné cet organe à la dessiccation, il put en retrancher des lames minces, assez transparentes et assez faciles à manier pour les maintenir au moyen d'une pince porte-insectes au foyer de son microscope. Les examinant alors par transparence, il put suivre exactement la distribution des vaisseaux, et reconnaître qu'entre les artères et les veines, il existe un réseau complet et admirable de canaux capillaires. De ces deux observations, il a conclu, comme nous l'avons déjà fait pressentir, que le sang traverse, dans l'intérieur des organes, des vaisseaux extrêmement fins, disposés en réseaux.

Quelques années plus tard, Leeuwenhoek, à l'aide de microscopes qu'il construisait lui-même avec une rare habileté, étudiait directement la circulation capillaire sur la membrane interdigitale de la grenouille et sur l'expansion membraneuse de la queue des têtards. Aujourd'hui, grâce à la perfection de nos instruments grossissants, il est possible à chacun d'assister lui-même à ce spectacle, qui, dans le poumon de la grenouille, se montre dans toute sa beauté.

L'année dernière, M. Holmgren nous a fait connaître un petit appareil fort ingénieux à l'aide duquel tous les temps de l'expérience sont fort bien réglés. A la fin de la leçon, vous pourrez voir vous-mêmes cette expérience, qui a été préparée par M. Weber, et jouir du spectacle de la circulation capillaire, qui fait encore aujourd'hui l'admiration des anatomistes, et même excite leur verve poétique. Elle a fait dire à l'un de nos maîtres: *Combien la nature est admirable dans ses infiniment petits*. La nature est toujours admirable, ses infiniment petits, ses infiniment grands, nous en jugeons par rapport à nous-mêmes, et, pour tout esprit dégagé par la science, un astre qui roule dans les espaces célestes, une cellule qui évolue au sein d'un organisme, sont des équivalents dans l'univers.

(*A suivre*).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. CHARCOT.

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

Des dégénérations secondaires.

Leçons recueillies par BOURNEVILLE.

Messieurs,

Nous devons actuellement porter de nouveau notre attention, sur la *région antérieure des masses centrales*, afin d'étudier de plus près, au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, les effets des lésions qui s'y produisent.

Cette région qu'on pourrait désigner sous le nom de *lenticulo-striée*, par opposition à la région postérieure ou *lenticulo-optique*, comprend, vous ne l'avez pas oublié: 1° les deux tiers antérieurs de ce tractus blanc qu'on appelle la capsule interne; 2° en dedans de celle-ci, la grosse extrémité ou tête du noyau caudé; 3° en dehors, du côté de l'insula, les deux tiers antérieurs environ du noyau lenticulaire.

L'observation — et il s'agit ici d'une observation bien des fois répétée — démontre, ainsi que je l'ai fait remarquer déjà dans le cours ces leçons (*Progrès méd.*, 1875, n° 31, pages 433, etc.), que l'hémiplégie motrice vulgaire, sans accompagnement de troubles de la sensibilité est la conséquence, en quelque sorte fatale, de toutes les lésions, même minimes, qui s'établissent dans les diverses parties que je viens d'énumérer, à la condition toutefois que les lésions en question produisent la destruction ou la brusque compression des éléments nerveux de la circonscription affectée et non pas seulement un simple déplacement lentement effectué, comme cela se voit si souvent dans les cas de tumeurs.

J'ai fait remarquer, en outre, qu'à cet égard, il y a lieu d'établir une importante distinction. C'est ainsi, que les lésions, même étendues et profondes, qui restent limitées dans la sphère des noyaux gris, (noyau caudé ou noyau len-

(1) Voir les n°s 17 à 29, 31 à 34 et le n° 49, année 1875.

ticulaire), ne déterminent, en règle générale, que des symptômes relativement peu accentués et peu durables, tandis que les lésions relativement légères qui intéressent le tractus blanc (capsule interne) donnent lieu à une hémiplégie motrice non-seulement très-prononcée, mais encore de longue durée, souvent même incurable.

Je voudrais rechercher avec vous la raison de ces différences. Je m'occuperai d'abord de l'intensité relative des symptômes paralytiques dans le cas des lésions de la capsule interne, comparée à leur faible degré dans le cas des lésions limitées aux noyaux gris, après quoi j'envisagerai le caractère transitoire de l'hémiplégie dans les cas du dernier genre, par opposition à la permanence qu'offre ce symptôme, à peu près nécessairement, lorsqu'il s'agit d'une lésion de la capsule interne.

I. Pour ce qui a trait au premier point, je vous remettrai en mémoire, une fois de plus, quelques-unes des particularités de la constitution anatomique de la capsule interne. Ce tractus contient, vous ne l'avez pas oublié : 1° des fibres *pédonculaires directes*, c'est-à-dire nées sous l'écorce grise et qui pénètrent dans l'étage inférieur du pédoncule cérébral sans s'être mises en rapport avec les noyaux gris lenticulaire ou caudé ; 2° des *fibres pédonculaires indirectes* lesquelles, au contraire, prennent leur origine dans le noyau lenticulaire ou le noyau caudé et n'ont aucune relation avec l'écorce grise. Nous faisons abstraction, en ce moment, des faisceaux de fibres qui s'étendent de la substance corticale aux noyaux gris des masses centrales.

Nous supposerons que les diverses fibres pédonculaires, les directes comme les indirectes, sont des fibres à direction centrifuge et qu'elles transmettent à la périphérie l'influence motrice développée soit dans l'écorce grise du cerveau, soit dans les noyaux gris lenticulaire et caudé.

Dans cette hypothèse, il est facile de comprendre qu'une lésion un peu accentuée portant sur la capsule interne, principalement sur la partie la plus inférieure, au voisinage du *pied* du pédoncule cérébral, là où toutes les fibres sont rassemblées dans un espace étroit, aura pour effet de supprimer du même coup l'influence de l'écorce grise et celle des deux noyaux gris, tandis qu'au contraire une lésion, limitée au noyau lenticulaire, laissera subsister l'action du noyau caudé et celle de l'écorce grise. On imagine aisément les effets des diverses combinaisons qui pourront se produire dans ce genre : lésion du noyau caudé, de certaines régions de l'écorce grise, des deux noyaux gris à la fois, avec ou sans participation des fibres pédonculaires de la capsule interne.

Je n'attache pas à cette vue théorique plus d'importance qu'elle n'en comporte. Je ferai remarquer, toutefois, qu'elle s'adapte assez bien aux faits relevés par l'observation clinique chez l'homme ; j'ajouterai qu'elle n'est en rien contredite — vous allez en juger — par les expériences faites chez les animaux.

On sait depuis longtemps (1) que les troubles moteurs produits chez la plupart des animaux par la destruction méthodique des diverses parties de l'encéphale, du cerveau en particulier, s'éloignent, d'une façon générale, considérablement de ceux qui se manifestent chez l'homme, en conséquence des lésions que la maladie détermine dans les parties correspondantes.

Dans l'interprétation de ces faits expérimentaux, et dans leur application à la pathologie humaine, il convient de tenir compte, entre autres circonstances, de l'espèce plus ou moins inférieure de l'animal, de son âge plus ou moins avancé. Ainsi, l'ablation de tout un hémisphère cérébral, chez un pigeon, et, à plus forte raison chez un reptile, ne produit pas de trouble moteur qu'on puisse comparer à une hémiplégie. Les choses se passent à peu près de la même façon chez le lapin. Une faiblesse à peine accentuée dans les membres d'un côté du corps, chez cet animal, est la seule conséquence d'une pareille lésion ; la station et le saut sont encore possibles, alors que le cerveau tout entier a été détruit, pourvu, toutefois, que la protubérance demeure intacte (1). Chez le chien, les résultats sont déjà très-notablement différents. Si je m'en rapporte même aux dernières expériences faites, dans le laboratoire de M. Vulpian, par MM. Carville et Duret, les accidents qui, chez cet animal, succèdent à l'ablation méthodique des diverses parties du cerveau, se rapprocheraient beaucoup de ceux qu'on observe chez l'homme, dans les cas de lésions en foyer des hémisphères cérébraux.

Il est au moins très-vraisemblable que ce rapprochement serait plus complet et plus manifeste encore si l'expérimentation portait sur le singe.

Voici, d'ailleurs, l'exposé sommaire des principaux résultats obtenus dans leurs expériences par MM. Carville et Duret : 1° L'ablation, chez le chien, de la substance grise dans les régions dites motrices de l'écorce cérébrale détermine une parésie temporaire dans les membres du côté opposé du corps ; 2° L'extirpation du noyau caudé détermine une parésie analogue, mais plus accentuée. Il ne saurait être question, quant à présent, du noyau lenticulaire dont l'ablation isolée, en raison de sa position topographique, n'a pu être effectuée (2) ; 3° Si la lésion porte, au contraire, sur la partie inférieure de la capsule interne, il se produit du côté opposé du corps, dans le membre antérieur et dans le postérieur, non plus une simple parésie, mais bien une paralysie motrice bien dessinée et qui rappelle l'hémiplégie qu'on observe chez l'homme en conséquence de la lésion de ces mêmes parties. (*Fig.* 2). Tenu suspendu par la peau du dos, l'animal ainsi opéré peut encore reposer sur ses membres sains, mais les membres affectés pendent flasques, inertes et ne sont plus susceptibles que de mouvements purement réflexes.

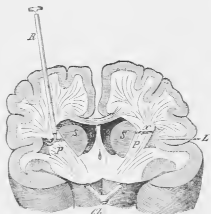


Fig. 2. — *Coupe transversale d'un cerveau de chien, cinq millimètres en avant du chiasma des nerfs optiques.* — S, S, les deux noyaux caudés du corps strié. — L, noyau lenticulaire. — P, P, expansion pédonculaire (capsule interne). — *Ch*, chiasma des nerfs optiques. — *x*, section de la capsule interne (région antérieure ou lenticulo-striée), produisant l'hémiplégie du côté opposé du corps sans anesthésie. — R, stylet à ressort de Veyssière, opérant la section de la capsule interne.

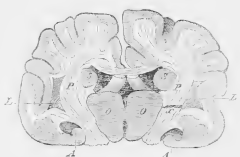


Fig. 3. — *Coupe transversale du cerveau du chien au niveau des tubercules mamillaires.* — O, O, couches optiques. — S, S, noyaux caudés. — L, L, noyaux lenticulaires. — P, P, capsule interne, région postérieure ou lenticulo-optique. — A, A, cornes d'Ammon, — *x*, section de la partie postérieure ou lenticulo-optique de la capsule, déterminant l'hémianesthésie. (Cette figure est empruntée, ainsi que la précédente, au mémoire de MM. Carville et Duret, inséré dans les *Archives de physiologie normale et pathologique*, 1875, p. 468 et 471.

En somme, vous le voyez, Messieurs, d'après ces intéressantes recherches qui méritent d'être reprises et multipliées, la contradiction depuis longtemps signalée entre les animaux et l'homme, relativement à l'influence des diverses parties d'un hémisphère du cerveau, sur le mou-

(1) Voir à ce sujet Longet. *Traité de physiologie*, t. III, p. 431, et Vulpian. *Leçons sur la physiologie générale*, etc., p. 676.

(1) Vulpian ; Longet.

(2) Il est difficile d'utiliser à cet égard les expériences de M. Nothnagel faites à l'aide d'injections caustiques. Ces injections ont à peu près nécessairement pour effet de déterminer des phénomènes d'excitation qui compliquent assurément la situation.

vement des membres du côté opposé du corps, cette contradiction, dis-je, semble ne plus exister lorsque, pour terme de comparaison on fait appel à des espèces relativement haut placées dans l'échelle animale. (*Fig. 5*).

C'est peut-être ici le lieu de rappeler que chez le chien encore — ainsi que cela résulte de ces mêmes expériences de MM. Carville et Duret et de celles de M. Veyssière, — les lésions de la partie postérieure de la capsule interne, produisent, ainsi que cela s'observe chez l'homme, l'hémianesthésie croisée.

II. Les considérations qui viennent d'être exposées peuvent être utilisées, si je ne me trompe, pour faire comprendre pourquoi l'hémiplégie résultant des lésions destructives, limitées à la substance des noyaux gris, en règle générale, sont passagères, tandis que celles qui intéressent la substance de la capsule interne sont, au contraire, de longue durée, et souvent même absolument incurables.

On conçoit aisément, dans l'hypothèse proposée, comment le noyau lenticulaire, le noyau caudé et les régions dites motrices de l'écorce grise des hémisphères, pourront se suppléer mutuellement dans leurs fonctions tant que les faisceaux conducteurs qui forment la capsule auront conservé leur intégrité et continueront à entretenir la relation entre l'un quelconque des centres gris en question, et les parties périphériques, tandis que cela ne saurait plus avoir lieu, dès que la continuité de ces faisceaux aura été décidément interrompue.

J'ajouterai que, suivant toute vraisemblance, la suppléance peut s'établir, non-seulement entre les divers noyaux gris, mais encore entre les diverses parties d'un même noyau gris. Il est établi, tout au moins en ce qui concerne le noyau caudé du corps strié, que les lésions destructives partielles portant sur les régions les plus diverses de ce noyau, se traduisent uniformément par une hémiplégie plus ou moins accentuée et transitoire, mais totale, c'est-à-dire intéressant à la fois la face et les membres. Il n'y a, à cet égard, aucune différence à relever entre la tête, la queue et la partie moyenne du noyau caudé. Il semble, d'après cela, ainsi que l'a fait remarquer avec raison M. H. Jackson, que chaque parcelle du corps strié représente, en petit, le corps strié tout entier. L'expérimentation, d'ailleurs, donne des résultats conformes à ceux fournis par l'observation clinique, en montrant que les excitations partielles du noyau caudé, produisent toujours, quoiqu'on fasse, des mouvements d'ensemble dans le côté opposé du corps et jamais des mouvements dissociés, localisés par exemple dans un membre ou une partie d'un membre(1).

Dans le cas d'une lésion destructive de la capsule interne, une lente régénération des éléments nerveux pourrait seule, au contraire, permettre le rétablissement graduel des fonctions. Or, ce travail de restitution, s'il s'accomplit en réalité quelquefois, ne se produit en tout cas, très-certainement, que dans des circonstances exceptionnelles. Il est démontré, en effet, par des observations aujourd'hui très-nombreuses que les foyers qui détruisent, dans une certaine étendue, les fibres motrices de la capsule interne ont pour conséquence à peu près obligatoire la production d'une *lésion fasciculée* qui, commençant immédiatement au-dessous du foyer, peut être suivie, du côté correspondant, dans le pied du pédoncule, la protubérance, la pyramide antérieure, jusqu'au niveau de l'entrecroisement bulbaire, et au-dessous de ce dernier, dans la moelle épinière du côté opposé au foyer, tout le long du faisceau latéral jusque dans le renflement lombaire. (*A suivre*).

(1) Expériences de Ferrier, Carville et Duret.

H[illegible] — Le concours [illegible] vient de se terminer par la nomination de MM. Larr[illegible] et N[illegible] comme internes titulaires, et [illegible] de MM. B[illegible]sse et Laf[illegible] comme internes provisoires. Les questions que les candidats ont eu à traiter dans les différentes épreuves sont les suivantes. *Épreuves écrites.* — 1re épreuve : Anatomie descriptive du p[illegible] ; [illegible] de la respiration. — 2e épreuve : Péritonite. Plaies pénétrantes de l'abdomen. Cinq heures étaient accordées pour traiter chacune de ces deux questions. — *Épreuves orales* : Énumérer et [illegible] les instruments nécessaires à l'amputation de la jambe ; Appareil de Scultet

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — **M. PARROT.**

Athrepsie. — Pathogénie et physiologie pathologique (1)

XIe LEÇON.

Leçons recueillies par **E. TROISIER**, revues par le professeur.

Messieurs,

De ce qui précède, un fait pathologique se dégage constant, essentiel, qui est la marque de la maladie, car on trouve son empreinte à toutes les étapes, sur tous les symptômes, sur toutes les lésions. Ce fait est *le renversement du mouvement nutritif.*

La source du mal est toujours une assimilation incomplète du lait mal digéré. De là, il s'étend, par une marche rapide ou lente, à l'organisme entier, jusqu'à ce qu'il s'en soit emparé. D'abord, les acquisitions s'arrêtent ; puis, par une autophagie rapide, les graisses en réserve et les tissus de constitution eux-mêmes, finissent par être consommés. Afin de vivre, l'individu se détruit et le terme de la vie est la limite de cette consomption.

Ce phénomène majeur est l'axe autour duquel s'accomplit le mouvement pathologique tout entier. Il domine, il gouverne tout. Nulle affection, nul fait clinique, nulle altération d'organe ou de tissu, qu'il ne détermine. Il est l'essence même de la maladie et doit servir à la qualifier. Le terme d'*athrepsie* par lequel je la désigne, est donc dans la nature même des choses et se trouve justifié par tout ce qui précède.

Vous comprenez maintenant le plan de cette étude, le but que j'y ai poursuivi et ce qu'elle présente de neuf et d'original. Des affections, des altérations organiques nombreuses, occupaient jusqu'à ce jour, dans les cadres nosologiques, des places souvent très-distantes les unes des autres ; et les pathologistes avait complétement méconnu le lien qui les unit. — J'ai démontré leur parenté en faisant voir qu'elles naissent et s'engendrent dans un même processus morbide, et j'en ai formé le faisceau constitutif d'une maladie que j'ai caractérisée par un terme rappelant le fait qui en est la dominante.

Dans ce cercle morbide, dans cette succession pathologique, les troubles disparaissent souvent après avoir, si l'on peut ainsi dire, rempli leur fonction génératrice, pour l'évolution du processus auquel ils appartiennent. Je vous ai cité l'exemple des stéatoses rénale et cardiaque ; mais le plus remarquable, sans contredit, est, chez un petit nombre de malades, celui de la diarrhée. Vous le savez, c'est elle qui donne le branle ; sans elle, pas de maladie. Eh bien, à la période ultime, alors que la maigreur est arrivée à sa dernière limite, qu'il existe un abaissement notable de la température et du pouls ; que tout annonce une mort prochaine, à ce moment, la petite quantité de lait que reçoit l'estomac, il la digère bien et les garde-robes ont un aspect normal. — Ainsi, bien loin que du début à la fin, il y ait unité pathologique, comme dans l'*affection*, ces deux termes extrêmes sont séparés par une succession de phénomènes morbides engendrés les uns par les autres, et portant la marque caractéristique et commune d'un trouble nutritif, mais évoluant d'une manière indépendante, si bien que le premier peut avoir disparu quand la terminaison fatale est imminente. Or, c'est là ce qui constitue *la maladie.*

L'athrepsie est donc une *maladie.*

Voulez-vous mesurer la distance qui me sépare des auteurs ? Cherchez les chapitres qu'ils ont consacrés à la diarrhée, au muguet, à l'érythème, aux ulcérations de la peau et des muqueuses, à l'otite moyenne, au scléréme, au coma, aux convulsions, au mal de mâchoire, aux infarctus uriques, aux hémorrhagies de l'encéphale, et vous les trouverez distribués comme au hasard du commencement à la fin de leurs traités. Lisez leurs descriptions, d'ailleurs fort bonnes pour la plupart, et après l'avoir fait, deman-

(1) Voir les nos 2 et 3.

dez-vous, d'où viennent ces affections, ces altérations organiques ; où elles mènent, ce qu'elles sont en réalité, et quelle est leur véritable signification pathologique? J'affirme que vous serez dans l'impossibilité de répondre à ces questions. Car, isolées de la sorte, elles constituent de simples faits morbides, curieux par les détails qu'elles présentent, mais incapables de faire naître dans l'esprit du pathologiste aucune idée d'origine, de filiation, d'ensemble.

Mais, ce n'est pas là le seul reproche que l'on puisse adresser à ce désordre nosologique. Vous allez voir qu'il a été la source de graves et de nombreuses erreurs.

Les observateurs, en effet, ne voyant que des coïncidences là où existe une véritable parenté, se sont complétement mépris sur les rapports des termes morbides qu'ils avaient sous les yeux; prenant à chaque instant les effets pour des faits secondaires, et plaçant à la tête d'une série d'affections successives, celle qui n'aurait dû y occuper qu'un rang intermédiaire. Valleix nous fournit l'exemple le plus frappant de cette confusion, dans l'important chapitre qu'il consacre au *muguet*. « Cette affection, dit-il, est, sans contredit, une des plus importantes parmi celles qui attaquent les nouveau-nés. Elle est importante par sa fréquence, par la multiplicité de ses symptômes et de ses lésions, par sa gravité... Les pathologistes n'avaient jusqu'ici réellement fixé leur attention que sur les lésions de la bouche; pour eux la maladie était là à peu près tout entière... Les nombreuses lésions secondaires étaient à peine mentionnées par eux...et convaincus que le muguet n'était autre chose qu'une inflammation pseudo-membraneuse de la bouche, ils ne cherchaient point ailleurs les signes d'une maladie plus générale. « Il m'a été démontré, ajoute Valleix, que le muguet n'était point une simple affection de la bouche, *une stomatite avec altération de secrétion*, comme le dit Billard, mais une maladie dont le siége est beaucoup plus étendu dans le tube digestif, et dans laquelle on voit survenir un grand nombre de lésions secondaires. J'ai reconnu alors que dans les traités des maladies des nouveau-nés, on avait fait un très-grand nombre de maladies diverses, en décomposant cette seule affection, et que trouvant fréquemment des inflammations de l'œsophage, de l'estomac, des intestins, etc., on en avait fait autant d'affections diverses, quoiqu'ils ne fussent en réalité, que des lésions primitives ou secondaires d'une seule et même maladie. »

Ne vous est-il pas clairement démontré, par cette citation que sous le titre *Muguet*, c'est l'*Athrepsie* qui a été décrite, et ne voyez vous pas en même temps, l'énormité de la faute qui a été ainsi commise?

Par une erreur semblable à celle où est tombée Valleix, M. Hervieux (1), sous la dénomination d'*Algidité progressive des enfants nouveau-nés*, a décrit l'athrepsie, si non dans son ensemble, du moins partiellement. Les conclusions de son travail ne laissent aucun doute là dessus.

Les voici : « Il existe, chez les nouveau-nés, placés dans certaines conditions, un état particulier indépendant du sclérème et qu'on peut désigner sous le nom d'*algidité progressive* :

» Cet état se caractérise non-seulement par l'abaissement progressif de la température du corps, mais par la dépression progressive simultanée de la circulation et de la respiration :

» La plupart des nouveau-nés atteints d'algidité progressive, sont pâles, décolorés, souvent réduits au marasme, et semblables à de petits vieillards. Leurs mouvements sont obscurs, leurs cris voilés, et leur sensibilité presque nulle.

» Les trois causes principales qui semblent produire l'algidité progessive, sont d'une part la faiblesse congénitale; d'autre part l'insuffisance de l'alimentation et le décubitus prolongé dans la position horizontale :

» Le sein de la mère et la sollicitude dont elle saurait entourer son enfant, seraient en vile le seul remède à ce [illegible] mal. Dans les hospices des [illegible] nouveau-nés, il [illegible] d'augmenter le nombre des bras pour prévenir l'apparition de l'algidité progressive. »

(1) *Bulletin de [illegible] et médecine [illegible]*. T. II, p. [illegible]. — [illegible]

L'on ne peut davantage mettre en doute, que l'*inanition* à laquelle M. Bouchaud a consacré la seconde partie de sa thèse, ne soit la maladie que je vous ai fait connaître. Je ne puis vous en donner une preuve plus convaincante que le passage suivant, où se trouve résumée la pensée de l'auteur. « Nous devons, dit-il, considérer comme résultat de l'inanition, non-seulement les morts dues à une privation absolue de nourriture; mais encore celles qui arrivent a un degré voulu d'émaciation, quelle que soit l'affection concomitante, puisque ce n'est plus le mal qui tue par sa violence, mais bien le défaut de nutrition qui rend la vie impossible. C'est ainsi que nous avons envisagé la question, qu'il y ait muguet, diarrhée, pleurésie chronique, abcès profond, fièvre, érysipèle même, etc. Si la mort arrive quand le marasme est complet, son mécanisme n'est-il pas le même, que si le malade eût été privé d'aliment? De même, qu'un enfant n'ait rien pris, ou qu'il ait pris une quantité insuffisante de lait, ou encore que ce lait pris, n'ait été ni digéré, ni assimilé, n'aurons-nous pas mêmes phénomènes et même résultat? En un mot je crois qu'on peut traiter de l'inanition, comme on le fait de l'asphyxie. Comme celle-ci, c'est un genre de mort spécial, ayant une multitude de causes dont le résultat final est d'anéantir l'existence par un défaut de nutrition. »

Il n'est pas nécessaire d'une longue démonstration, pour prouver ce qu'il y a d'impropre dans ces termes et combien sont justes les critiques que j'adressais par avance aux auteurs qui les ont employées. — Le *muguet* dont Valleix a fait comme la pierre angulaire de son travail, n'est parmi les nombreux accidents de l'athrepsie, qu'un de ceux dont l'influence est le moins marquée sur son développement et sa marche ; il n'est pas nécessaire, et manque souvent. — De même, l'*algidité progressive*, à laquelle M. Hervieux fait un cortége des autres affections, n'est qu'une des conséquences de la maladie, plus grave il est vrai que le muguet, mais qui, ne se montrant qu'à sa dernière période, ne saurait en être considérée comme le pivot. — Enfin l'*inanition* de M. Bouchaud révèle une conception fausse de l'étiologie ; et, qui, tout à la fois, dit trop et ne dit pas assez.

Ces imperfections relevées, il reste dans les travaux que je viens de vous signaler, un fait qui a manifestement préoccupé leurs auteurs; c'est le lien qui unit un certain nombre d'affections, où le tube digestif et la nutrition sont particulièrement engagés. C'est là ce que je tenais surtout à mettre en relief, à l'appui de l'idée fondamentale de ces leçons.

Faut-il s'étonner de la place prépondérante que je donne à l'athrepsie dans la pathologie du nouveau-né? Non certes! puisque cette maladie prend sa source dans le trouble des deux fonctions (1), qui chez lui priment toutes les autres, la digestion et la nutrition. — Rappelez-vous combien j'y ai insisté à propos de la physiologie. A cet âge la tendance formative est considérable. Seule une autre l'égale; c'est la destructive, quand agit une impulsion contraire à celle qui favorise la première. La modalité vitale du nouveau-né est très-mobile. il suffit de peu pour en changer le cours ; pour la faire passer de la nutrition à la dénutrition, de l'état de santé à l'état de maladie. Dans cet équilibre instable, dans cette égale impétuosité à aller dans un sens ou dans le sens opposé, se trouve la clef de la pathologie du premier âge. L'histoire tout entière de l'athrepsie vous l'a démontré. (*A suivre*).

(1) [illegible] Littré, [illegible] a l'époque de [illegible] très-avancé, et [illegible] en même temps le siége [illegible] : c'est en effet par le [illegible] le plus souvent le siége [illegible] développement de [illegible].

[illegible] — [illegible] — Les juges sont : MM. Baudrimont, Chatin, [illegible], chevalier, Gallois

Madame la baronne de R[illegible] vient de se charger des frais de construction [illegible] convalescents de cinquante lits, qui sera [illegible], au Petit-Saconnex.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Les maladies constitutionnelles et le traumatisme. — MM. les professeurs Verneuil et Paget.

Dans l'avant-dernier Bulletin, nous avons exposé les doctrines de M. Verneuil sur les rapports de traumatisme avec la goutte, le rhumatisme, l'herpétisme et la scrofule; nous nous proposons maintenant de poursuivre la même étude pour les autres diathèses.

La littérature médicale était bien pauvre de documents sur les rapports qui existent entre le traumatisme et la *syphilis*. Quelques observations isolées qui avaient à peine frappé l'esprit de leurs auteurs : c'était tout. Dans l'œuvre considérable que nous essayons de caractériser, cette étude de la syphilis et du traumatisme, que M. Verneuil a confiée à l'un de ses meilleurs élèves, constituera une des parties les plus fécondes. M. H. Petit a admirablement compris et exprimé les idées de son maître (1). Dans la période secondaire, la syphilis peut dans certains cas, revêtir les caractères syphilitiques d'emblée ; on a vu des plaies légères, telles qu'une piqûre d'aiguille, des morsures de sangsues, ou une solution de continuité plus étendue déterminer *in situ* l'apparition d'ulcérations syphilitiques. Dans la période tertiaire, les lésions traumatiques peuvent donner lieu à une véritable syphilide, à une ulcération qui, sans avoir les caractères syphilitiques, ne guérit pas, à une plaie qui ne se cicatrise pas.

Enfin le traumatisme réveille parfois la diathèse endormie depuis longtemps : une luxation de l'épaule fut suivie dans un cas de l'apparition de bulles de rupia chez un syphilitique qui se croyait depuis longtemps débarrassé de cette maladie. Rappelons aussi que M. Petit a établi que des manifestations syphilitiques se montrent avec complaisance dans les points les plus faibles de l'économie, *in locis minoris resistentiæ*. Par le fait de la syphilis, les opérations, surtout les autoplasties, donnent souvent lieu à de mauvais résultats : chez ces malades, un traitement préventif est nécessaire. Faisons remarquer cependant que chez beaucoup de malades le traumatisme n'agit pas sur la syphilis, ni la syphilis sur le traumatisme.

En 1868, sous l'inspiration de M. Verneuil, M. Deriaud publiait une thèse qui portait ce titre : influence réciproque de *l'impaludisme et du traumatisme*. Il y était démontré que l'impaludisme même à l'état latent, trouble le processus réparateur par des accidents périodiques. On observe chez les blessés diathésiques, des douleurs, des névralgies et même des accès de fièvres intermittentes, justiciables du sulfate de quinine. L'hémorrhagie secondaire, *intermittente*, est un phénomène fréquent dans l'intoxication paludéenne. Certains érésypèles apparaissent à la moindre irritation et se répètent avec facilité. A la période cachectique, l'impaludisme donne aux plaies le caractère phagédénique, et produit parfois cet état particulier connu sous le nom d'ulcère de la Cochinchine. Enfin, chez les gens atteints de fièvres intermittentes, les opérations sont toujours graves.

Parmi les maladies constitutionnelles qui modifient le plus profondément la marche des traumatismes, se place une des plus étudiées par M. Verneuil, l'*alcoolisme* aigu ou chronique.

La thèse de Péronne (1870), un de ses élèves, la discussion mémorable à laquelle prirent part, à l'Académie de médecine, des maîtres éminents, tels sont les travaux principaux où l'on trouvera des détails sur cet important problème de pathologie générale. L'alcool, traversant les tissus, produit d'abord dans les organes des congestions momentanées, puis des inflammations qui persistent à l'état chronique sous la forme de scléroses plus ou moins avancées, et enfin, la stéatose des vaisseaux, du cœur et des principaux viscères. Il diminue les combustions, abaisse la température ; en un mot, la nutrition est profondément altérée. De ces altérations des tissus et de la nutrition, chez les alcooliques, résultent la fréquence des hémorrhagies, la lenteur du processus réparateur, l'atonie des plaies ; souvent l'on voit éclater à la suite des lésions minimes des complications inflammatoires graves tendant à la diffusion, tant est grande, pour le processus réparateur, la difficulté de rencontrer des éléments sains ! Lorsque la cachexie alcoolique est confirmée, le pronostic devient plus sombre encore : on observe alors le scorbut des buveurs, les gangrènes, les suppurations diffuses, et l'infection purulente. Il faut surtout accuser de ces désordres les *lésions viscérales* presque constantes chez les alcooliques.

« Les lésions viscérales antérieures, dit M. Verneuil, quel que soit leur siége, leur nature anatomique, leur cause, nuisent au travail réparateur, soit en modifiant les propriétés organiques des tissus blessés, soit en ne mettant au service de la faculté plastique qu'un sang imparfait. »

En présence de lésions si profondes et si étendues, on conçoit quelle gravité acquièrent les opérations les plus légères chez les alcooliques !

Nous ne suivrons pas plus longtemps en détail l'exposé des idées de M. Verneuil sur les rapports du traumatisme et des diathèses. Sur les autres points, nous indiquerons seulement ses travaux principaux ; à la suite de Marchal (de Calvi), de M. Charcot, il a complété l'histoire des lésions traumatiques, chez les diabétiques. En 1866, il posait devant la *Société de chirurgie* la question suivante : Doit-on oser, chez les diabétiques, pratiquer de grandes opérations ? Ne faut-il pas craindre de faire des incisions ou des débridements ? Et, à ce sujet, il signalait les tristes résultats que lui avaient donnés les opérations les mieux conçues.

La marche des lésions traumatiques chez les albuminuriques, les cardiaques, les leucocythémiques, les saturnins, les scorbutiques, et chez les femmes enceintes a été aussi étudiée avec une grande sollicitude par notre savant maître.

Tel est le monument que M. le professeur Verneuil élève à la science depuis un certain nombre d'années : nous avons essayé de montrer que déjà les effets produits sont imposants. L'œuvre, comme toutes celles auxquelles l'avenir appartient, marche lentement ; mais déjà ceux que la recherche des lois de la pathologie générale intéressent, et les cliniciens qui ont comme but une thérapeutique rationnelle, y trouveront des documents précieux.

Sans doute, beaucoup des principes, des indications opératoires chez les diathésiques, erraient çà et là dans les écrits des anciens maîtres ; mais il devenait nécessaire de

(1) H. Petit. — Thèses de Paris, 1874 ; — voy. *Progrès médical*, 1875 n° 50.

les mettre en lumière, et surtout de les compléter et de les établir sur des faits précis ; car le temps est passé où on jugeait avec des impressions ou des souvenirs.

En terminant cette esquisse, à côté du nom du professeur Verneuil, la justice nous oblige de placer le nom d'un des plus grands hommes de l'Angleterre, Sir James Paget. Cet auteur éminent, dans trois leçons mémorables, publiées dans le journal anglais *The Lancet* de 1867, a exposé devant ses auditeurs, les dangers des opérations chez les diathésiques et chez les malades atteints de lésions viscérales (1).

Cependant, entre ces deux auteurs, les différences sont accusées : le savant anglais se montre doctrinaire, et se contente d'utiliser sa vaste expérience pour confier à l'avenir quelques principes généraux qu'il faut croire sur la foi du maître; — le chirurgien français, au contraire, sait depuis longtemps, qu'en présence du septicisme justifié de notre époque, à la fécondité de l'idée il faut joindre la puissance de la démonstration. L'un cherche seulement des indications opératoires ; l'autre découvre, de plus, des lois de pathologie générale. Le premier, d'ailleurs, n'a eu pour but que d'écrire, en quelques pages, les impressions de sa longue pratique sur ce sujet ; il manque souvent de précision et commet quelques erreurs. Le second, au contraire, construit lentement avec des faits cliniques, recueillis patiemment, un véritable monument scientifique. A la pathologie générale des Allemands, trop exclusivement anatomique, il substitue peu à peu une pathologie générale destinée à former une synthèse plus complète et plus utile de la science chirurgicale. H. Duret.

(1) Paget. — *Clinical lectures on the various risks of operations.* — *The Lancet*, 24 août 1867

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 janvier. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. de Sinéty présente, au nom de M. Siredey et au sien, une observation sur le développement incomplet des organes génitaux, recueillie dans le service de M. Siredey. Il s'agit d'une femme, morte à 32 ans d'une affection hépatique. Toujours menstruée irrégulièrement depuis 17 ans ; elle présentait un aspect masculin très-prononcé (bassin d'homme, seins rudimentaires). Les organes géuitaux externes étaient normaux ; mais les organes génitaux internes étaient rudimentaires, quoique bieu proportiounés. Eu outre, le microscope révèle dans l'utérus et l'ovaire de remarquables anomalies : diminution de volume et de nombre des glandes utérines, petitesse et atrésie des follicules de Graaf, rareté extrême des ovules et des corps jaunes. En résumé, cette femme avait les attributs de son sexe à uu très-faible degré de développement.

M. Brown-Séquard continue l'exposé de ses doctrines sur la pathogénie des paralysies d'origiue cérébrale. Il rapporte un grand nombre de faits appartenaut à d'éminents observateurs qui prouvent l'existence des paralysies du côté de la lésion cérébrale, hémorrhagie ou ramollissement.

Il cite ensuite des observatious de plaies unilatérales du cerveau, avec suppuration, suivies de paralysie directe. Dans un de ces faits, l'écoulement du pus au dehors amena la diminution des phénomènes paralytiques.

Enfin M. Brown-Séquard a recueilli 52 cas de lésions de la base consécutives, ou uon à la tuméfaction du rocher, dont deux avec autopsie, où pareils symptômes se sont produits. La paralysie peut donc exister du côté de la lésion ; car ou ne saurait admettre que des lésions, quelquefois très-étendues soient restées muettes, pour attribuer la paralysie à une lésion découverte. — Reste à savoir s'il y avait daus ces cas absence d'entrecroisement des pyramides. C'est ce que M. Brown-Séquard se propose d'étudier dans la prochaine séance.

M. Féré fait une communication sur l'étude topographique du cerveau. Ce travail sera inséré dans le Journal.

M. Pitres communique à la Société trois observations d'affections célébrales, avec planches à l'appui. Le premier est un cas de ramollissement du centre ovale s'étendant jusque dans le pied de la 3e circonvolution frontale gauche ; le malade était hémiplégique à droite et aphasique. Le second couserve un foyer acreux sous-épendymaire, siégeant dans la couche optique ; la capsule interne dans sou tiers postérieur était jaunâtre, diminuée de volume et les gaînes lymphathiques des vaisseaux de cette région contenaient un certain nombre de corps granuleux. La malade, qui est morte dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière, avait eu une hémianesthésie temporaire. Dans le troisième cas, il s'agissait d'un ramollissement cortical siégeaut à l'extrémité supérieure des circonvolutions froutale ascendante et pariétale ascendante, sans altération du corps optostrié. Cette lésiou corticale avait donné lieu à une hémiplégie.

M. Charcot, à propos d'une de ces observations (hémianesthésie avec aphasie), fait ressortir la possibilité d'établir, dans certains cas, uu diagnostic précis. Ainsi, les lésions destructives de la capsule interne dans ses deux tiers antérieurs amènent uue hémiplégie motrice croisée probablement incurable; les mêmes lésions, daus le tiers postérieur, donnent lieu à l'hémianesthésie croisée permanente. Si les lésions siégent dans les noyaux du corps strié et de la couche optique, en déterminant une compression passagère de la capsule interne, l'hémiplégie motrice ou l'hémianesthésie seront transitoires.

M. Pierret fait une commuuication sur les anomalies d'entrecroisement des fibres pyramidales, et sur le rôle des faisceaux antérieurs de la moelle, faisceaux de Burdach ou de Türck. Il cite une observation recueillie par lui dans le service de M. le Dr Siredey en 1873.

Chez cet enfant, la sclérose, qui marque le développement iucomplet des fibres pyramidales (Flechsig), occupait surtout les cordons antérieurs jusqu'au milieu de la région dorsale. De plus, les cordous latéraux étaint manifestement plus petits que de raison. Chez cet enfant, il y avait donc une erreur d'entrecroisement, caractérisé par la présence dans les cordons antérieurs de la presque totalité des fibres des pyramides. M. Pierret tire de cette observation un certain nombre de considérations importantes : sur le rôle du faisceau de Türck dans la contitution du bulbe de la moelle, et sur les causes des formes variables de cette dernière ; sur les arrêts de développement des fibres pyramidales, cérébro-spinales, chez l'enfant, en tant que causes productrices du retard, souvent si accusé, que l'on observe, chez certains d'entre eux, au poiut de vue des facultés de locomotion.

Enfin, M. Pierret insiste sur ce fait que, si cet enfant eût vécu, et qu'il eût été atteint d'hémorrhagie cérébrale, l'hémisphère gauche, le membre supérieur du côté correspondaut eussent été paralysés, tandis que la jambe opposée fût devenue seulement le siége d'une paralysie iucomplète. Ce fait, exceptiouuel en apparence, eut donc pu devenir le point de départ de théories erronées sur les fonctions cérébrales.

D'un autre côté, ces erreurs d'entrecroisement, qui sont assez fréquentes chez l'homme, le sont probablement aussi chez les animaux. Et ce fait peut, dans certains cas, expliquer les contradictions apparentes qui existent entre les opinions de quelques physiologistes.

M. Pouchet recommande pour certaines préparations microscopiques, l'emploi de l'acide osmique concentré.

M. Duval étudie la disposition du noyau du grand hypoglose. Il n'admet ni la description de Kölliker, ni celle de Meynert. Du raphé parteut des fibres dont les postérieures vont au noyau classique du grand hypoglosse et les antérieures se joignent aux fibres radiculaires. Un certain nombre se rendent à un noyau intermédiaire, entrevu par Meynert. Ce noyau est uni à deux amas de grosses cellules, situées entre l'olive et le tubercule cendré de Rolaudo.

Le plus [illegible] appartient au grand hypoglosse [illegible] la colonne motrice des nerfs mixtes : [illegible] dans le bulbe, de la corne antérieure de la moelle. On peut les suivre jusqu'à la partie inférieure de la protubérance, où ils entrent en rapport, l'un avec [illegible], l'autre avec la petite racine du trijumeau.

M. P[illegible] conteste l'exactitude de cette description. Il n'y a d'autre noyau de l'hypoglosse que le noyau classique. La corne antérieure ne se continue pas dans le bulbe. Du reste, les recherches de M. Duval, faites sur des animaux, où les noyaux sont moins conglomérés que chez l'homme, ne suffisent pas à démontrer chez ce dernier l'existence de noyaux multiples pour le grand hypoglosse. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 janvier 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. BOUILLAUD. Dans une précédente séance, à propos de la très-instructive lecture que M. Colin nous a faite sur la *leucocytose dans la morve*, j'avais émis l'idée qu'il y aurait peut-être lieu de provoquer une discussion sur ce sujet intéressant et neuf encore, dont bien des points ne sont pas complétement élucidés. Nous connaissons déjà la symptomatologie de la morve. M. Colin nous montre une altération particulière du sang, mais nous ne savons pas où se trouve le poison, le virus morveux, nous ignorons son mode de production, son siége [illegible], toutes questions qui seraient dignes de fixer l'attention de l'Académie.

M. BOULEY sans vouloir engager la discussion, désire signaler les résultats pratiques que l'on pourrait obtenir à l'aide de la constatation du fait signalé par M. Colin, au point de vue du diagnostic de la morve. Dans les régiments, tout cheval qui n'est pas atteint d'une des trois manifestations spécifiques, chancre, jetage, glandage confirmé, est considéré comme suspect, mais non comme malade ; il est maintenu dans les rangs ; tout cheval dont la glande suspecte a disparu par une thérapeutique appropriée est considéré comme guéri ; il est également conservé, et cependant ces animaux deviennent toujours le point de départ d'une contagion parfois désastreuse. Si l'on pouvait, en constatant la leucocytose, affirmer la morve à l'état latent, à l'état embryonnaire, on rendrait un immense service : car alors tout cheval suspect et [illegible] serait abattu et ne deviendrait pas un foyer de contagion. — Pour arriver à constater la leucocytose, il faut un procédé simple, rapide et accessible à tous les vétérinaires [illegible] de M. Malassez (numération du chiffre des globules) ; quoique très-juste et très-scientifique, est peu pratique à cause de la difficulté et de la délicatesse du manuel expérimental, celui que propose M. Colin (mensuration de l'ensemble des globules [illegible] dans une quantité donnée de sang) est plus simple, plus pratique, plus accessible. Il y aurait donc lieu de tenter [illegible] dans cette voie. Pour ma part, j'ai fait [illegible] quelques essais, mais ils sont trop peu nombreux et trop [illegible] pour que je les puisse soumettre à l'Académie.

M. [illegible]. Je n'ai pas entendu la communication de M. Colin, [illegible] comprendre que notre collègue a voulu [illegible] comme une manifestation symptomatique de la morve. Je tiens à dire que, chez l'homme du moins, [illegible] apparaît dans un grand nombre de maladies [illegible], et par conséquent, il ne serait peut-être pas [illegible] de fonder sur ce symptôme les éléments d'un diagnostic certain, nettement affirmatif, et surtout [illegible].

M. [illegible]. Si on veut considérer la leucocytose comme un phénomène [illegible], M. Gubler a raison ; mais il faut [illegible] surajouté à un autre signe pathognomonique, [illegible] l'étude à venir, on devra [illegible] des globules blancs aux globules rouges [illegible] chevaux sains et chez les chevaux [illegible], pour affirmer la persistance ou la disparition [illegible].

M. [illegible] de M. Gubler. A l'heure qu'il est, [illegible] augmentation des globules blancs du sang se voit partout, dans les fièvres, dans les traumatismes. M. Brouardel, qui s'est le premier ou un des premiers occupé de cette question a remarqué que, pendant la convalescence de la variole, l'apparition rapide de la leucocytose annonçait fatalement le développement à courte échéance des complications inflammatoires (abcès sous-cutanés, suppurations profondes), si fréquents dans la dernière période de cette maladie. Dans l'infection purulente, les grands traumatismes, les suppurations lentes ou rapides, petites ou considérables, dans les fièvres éruptives, dans les maladies puerpérales, les inflammations localisées, la chaude-pisse, dans l'anémie, la chlorose, etc., la leucocytose existe et par conséquent elle ne parait pas devoir être considérée comme un phénomène particulier, mais comme la manifestation accidentelle d'un état général.

M. BLOT demande à M. Bouley ce que c'est que *la glande* dont il a parlé et dont il fait un signe pathognomonique de la morve. Il s'étonne que l'existence d'une simple altération ganglionnaire puisse être considérée comme pathognomonique, tandis que chacun sait sous combien d'influences multiples et diverses se produit l'engorgement ganglionnaire chez l'homme.

M. VERNEUIL. Je voudrais dire quelques mots sur la leucocytose. L'étude de cette modification du sang date de quelques années à peine ; elle a été entreprise par deux médecins étrangers, un Allemand et un Anglais, Virchow et Bennett qui l'ont observée dans un nombre de cas restreints. Depuis, la leucocytose a été trouvée dans beaucoup d'états pathologiques. Je viens d'entendre dire qu'elle était un phénomène commun dans les lésions traumatiques ; je m'inscris contre cette assertion. Il y a une foule d'individus atteints de suppuration considérable qui n'ont pas l'ombre de leucocytose ..

M. CHAUFFARD. Puisqu'il y a suppuration, il y a leucocytose.

M. VERNEUIL. Pour que la discussion ne soit pas enfermée dans un cercle vicieux, je suis obligé de rappeler M. Chauffard à la définition grammaticale des mots. Jamais personne n'a songé à faire synonyme suppuration et leucocytose. L'une n'est pas l'autre, pas plus que l'une n'est la conséquence de l'autre. La leucocytose doit être définie, « un état particulier du sang caractérisé par une augmentation plus ou moins considérable du chiffre des globules blancs par rapport au chiffre des globules rouges. »—La relation de cause à effet que Virchow a voulu établir en admettant que la suppuration dépendait de la leucocytose est bien loin d'être élucidée, et M. Chauffard la tranche trop facilement. Partant de ce principe que les éléments blancs du sang et les éléments blancs du pus étaient identiques, on a dit que la suppuration était due à la sortie des leucocytes, hors des vaisseaux, et Conheim a montré le mécanisme de cette migration : voilà une théorie ; mais à côté d'elle s'en est élevée une autre qui repose sur des observations et des preuves aussi concluantes et qui est absolument opposée à la première. Et la science n'est pas encore fixée. Je ne veux pas entrer dans une discussion des théories de la suppuration ; mais j'affirme, en partant de ce point que la leucocytose est une modification globulaire du *sang qui circule*, j'affirme, dis-je, qu'un grand nombre de blessés n'ont pas de leucocytose. — On a dit que la leucocytose existait dans les grandes suppurations, cela est inexact ; on a dit que la leucocytose existait dans la chlorose, l'anémie, la scrofule, les engorgements ganglionnaires, l'adénie, les vieilles suppurations osseuses, etc., cela est inexact. Dans ces cas, il y a diminution des hématies, mais il n'y a pas augmentation des leucocytes. — Je ne veux pas dire par là que la leucocytose n'existe pas ; on la rencontre au contraire souvent, mais il n'y a aucune correspondance exacte entre elle et les maladies. D'individus atteints d'une même lésion, les uns pourront être leucémiques, les autres ne le seront pas. — Si la leucocytose humaine n'est pas encore bien connue, je demande à nos collègues si l'étude de cet état morbide est plus avancée dans la pathologie vétérinaire ? Y a-t-il un certain nombre de maladies afférentes à l'espèce chevaline qui donnent lieu à la leucocytose ? Toutes questions qui doivent entrer en ligne de compte dans la discussion actuelle. Il serait fâcheux de commencer un débat s'appuyant sur des bases trop incertaines.

M. REYNAL désire [illegible] dans la discussion. Des animaux [illegible] doivent avoir un sang très-[illegible] de la leucocytose, il faut tenir compte [illegible] physiologique en rapport avec l'alimentation. — M. [illegible] pense que la constatation de la leucocytose ne servira pas beaucoup dans le diagnostic de la morve [illegible] ou non, doit être abattu.

M. BOULEY répond à M. Verneuil que la question de la leucocytose est encore moins avancée en pathologie vétérinaire qu'en pathologie humaine, [illegible] M. Bouley répond aussi à M. Blot que [illegible] est une manifestation symptomatique de la [illegible], qui offre des caractères particuliers, qu'il se reconnaît au toucher et dont l'existence est pathognomonique, c'est-à-dire ne peut être due qu'à la morve et à rien autre chose.

M. RICORD est de l'avis de M. Bouley qui [illegible] qu'à l'aide du toucher, on peut reconnaître la nature d'une altération ganglionnaire. Il reconnaît facilement par le toucher et sans jamais se tromper qu'une adénopathie est syphilitique ou non. Quant à la notion de spécificité introduite par M. [illegible] dans le diagnostic de la nature de la chaude-pisse reconnue par la leucocytose, M. Ricord n'y croit pas et pense qu'il est impossible de dire si une blennorrhagie est spécifique ou non. Après une courte discussion entre MM. Bouley, Blot et Depaul sur une question incidemment soulevée, la séance est levée.

M. [illegible]

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 15 janvier 1876. — PRÉSIDENCE DE M. [illegible]

Dans cette séance la Société a procédé au renouvellement d'une partie de son bureau. Ont été nommés : *Vice-présidents* : MM. LIOUVILLE, DESPRÉS : — *Secrétaires*, MM. HOMOLLE, MOUTARD-MARTIN ; — *Archiviste*, M. LANDOUZY ; — *Membres du Comité* (titulaires, MM. HANOT, RENDU, COYNE ; — *[illegible]*. MM. PEYROT, BARIÉ, DURET.

Séances d'octobre. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

22. Dégénérescence graisseuse du foie et des reins ; phlébite de la veine fémorale dans un cas de brûlure étendue du dos avec suppuration prolongée ; par M. COUSTOU, interne provisoire.

Revel Eugène, 27 ans, entre le 6 septembre 1875, salle Saint-Louis à la Pitié, service de M. VERNEUIL. Bonne santé habituelle ; pas d'habitudes alcooliques ; pas de syphilis antérieure ; pas de scrofule ; pas de tuberculose dans la famille.

La veille, le malade a renversé dans le lit où il était couché une lampe à pétrole ; il s'est fait une vaste brûlure occupant toute la partie postérieure du tronc, depuis la région lombaire jusqu'à la base de la nuque. La douleur très-vive sur le moment, s'est à peu près calmée dès le second jour ; pas d'excitation cérébrale. Le malade ne se plaint que d'une gêne assez considérable de la respiration, sans point de côté, et de douleur à la miction. L'urine est rouge et très-rare. Peu d'appétit. Fièvre modérée.

Vers le 15e *jour*, survient une diarrhée qui persiste jusqu'à la mort du malade sans qu'on puisse l'arrêter ; pas de coliques, pas de douleur abdominale ; le ventre reste souple ; pas de sang dans les garde-robes.

Vers le 25 *septembre*, apparition de sueurs profuses ; les eschares de la brûlure commencent à se détacher et la suppuration s'établit ; dans la plus grande partie de la plaie tout le derme est détruit. Pas de signes de pleurésie ni de pneumonie.

Les *jours suivants*, la diarrhée persiste, devient de plus en plus abondante ; la plaie en voie de suppuration est très étendue ; les sueurs sont profuses : aussi le malade perd-il rapidement ses forces.

Le 5 *octobre*, on s'aperçoit de l'existence d'eschares au niveau du sacrum et des trochanters ; quelques jours plus tard, nouvelles eschares au niveau de l'épine des omoplates ; les eschares trochantériennes s'agrandissent, se creusent, et bientôt les capsules articulaires sont à nu.

Le 15 *octobre*, œdème de la jambe gauche ; on peut sentir à la cuisse un cordon dur, rénitent, suivant le trajet des vaisseaux fémoraux. A ce moment, le malade est tombé dans une prostration complète ; la mort survient le 19 dans la soirée.

AUTOPSIE. — Rien dans le *cerveau*.

Thorax. Les poumons sont le siége d'une congestion extrêmement intense ; pas de noyaux de pneumonie ; quelques adhérences anciennes à droite. Pas de tubercules. Le cœur est petit ; son tissu musculaire est un peu feuille morte ; pas de lésions valvulaires.

Abdomen. Le *foie* est énorme, il pèse 2k. 450. Il est gras ; à la coupe, aspect un peu grenu ; l'examen fait par M. le Dr. Nepveu a confirmé la dégénérescence graisseuse, mais a montré en même temps que l'îlot hépatique n'était pas complètement dégénéré, ce qui donnait à l'organe son aspect grenu Ni infarctus, ni abcès métastatiques *Reins*. La substance rénale est en voie de dégénérescence granulo-graisseuse. La *rate* est saine, de volume normal. — *Estomac* et *intestin*. Pas d'ulcérations ; muqueuses congestionnées, arborisation intense.

La *veine* fémorale et l'iliaque externe du côté gauche sont remplies par un caillot qui se termine nettement au point ou cette dernière veine vient constituer l'iliaque primitive. En détachant la fémorale, nous voyons la section de quelques veines collatérales donner une gouttelette de pus ; ces veines s'enfonçaient dans les muscles de la région externe de la cuisse, mais nous n'avons pu les suivre dans tout leur trajet, et il nous a été impossible de savoir si elles communiquaient avec les foyers de suppuration voisins (trochantérien et sacré). Dans la veine fémorale, au niveau de leur embouchure, se trouvaient de petits foyers purulents, parfaitement enkystés et séparés les uns des autres par des portions de caillot exclusivement fibrineux.

M. DURET. Les thromboses veineuses, à la suite de brûlures constituent un fait assez rare, mais qui, cependant, a déjà été signalé ; on trouve même dans *Guy's Hospital Reports* un mémoire sur ce sujet. J'ai vu dernièrement, dans le service de M. Verneuil, un homme qui, après une brûlure très grave du thorax, présenta des phénomènes cérébraux singuliers ; il avait conservé son intelligence, mais était aphasique ; il avait de plus une hémianesthésie des plus nettes qui disparut, par la suite ; on crut pouvoir rapporter ces phénomènes à une thrombose encéphalique. Quelle que soit d'ailleurs la raison anatomique, il est certain que l'on doit, dans les complications des brûlures, tenir compte des phénomènes cérébraux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 janvier. — PRÉSIDENCE DE M. LE FORT.

La Société de chirurgie a tenu mercredi dernier, 19 janvier, sa séance publique annuelle.

M. LE FORT, président sortant, a tracé à grands traits, dans son discours, l'histoire de la Société pendant l'année qui vient de s'écouler. Grâce au meilleur état de ses finances, elle peut publier elle-même ses comptes-rendus. Malheureusement, ses moyens ne peuvent lui permettre d'imprimer dans ses bulletins tous les mémoires qui lui sont adressés et dont la connaissance serait fort utile aux chirurgiens. Aussi, l'orateur, s'adressant aux futurs bienfaiteurs de la Société de chirurgie, demande-t-il qu'elle soit autorisée à disposer librement des sommes qui pourront lui être léguées. A ce propos, M. Le Fort rend un hommage public à Demarquay qui a laissé par testament dix mille francs pour la fondation d'un prix ; il rappelle ensuite la mort de Giraldès, si inopinément ravi à la science dont il était une des gloires, et enfin il remercie ses collègues de lui avoir facilité, par leurs rapports, sa tâche de président.

M. MARC SÉE, secrétaire annuel sortant, fait, dans un compte rendu précis, l'exposé des travaux de la Société pendant l'année. M. FÉLIX GUYON monte à la tribune pour prononcer l'éloge de Nélaton. De nombreux applaudissements ont interrompu à plusieurs reprises le sympathique et brillant orateur.

Enfin le secrétaire annuel proclame les prix décernés. Le *prix Duval* est obtenu par M. E. Martin, ex-interne des hôpitaux. Le *prix Laborie* est décerné à M. Martinet, interne des hôpitaux, pour son mémoire sur la question mise au concours par la Société. Le *prix Gerdy* sera décerné dans une des séances hebdomadaires ultérieures ; la Commission ne s'étant pas encore prononcée à ce sujet.

I. B.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Du bromure de camphre.

I Bromide of Camphor (Bromo-camphor) ; **a New Remedy described and its Chemical Relation Determined**; by B. Rœmer, M. D. (*Transactions of the Medical Society of the State of West Virginia*, 1872.

II. Recherches sur les camphres ; préparation du camphre monobromé ; par Ed. Dubois (*Bulletin de l'Académie des sciences de Belgique*, 1874, T. XXXVII, p. 281; rapport de M. F. Donny, *Ibid.*, p. 271).

III. Note sur le bromure de camphre (camphre monobromé cristallisé); par le Dr Clin (*Comptes-rendus de l'Académie des Sciences*, 9 août 1875).

IV. Note sur la forme des cristaux de camphre monobromé; par Friedel (*Bulletin de la Société chimique*, 20 janvier 1876).

V. Sur quelques points de l'action physiologique et thérapeutique du camphre monobromé ; par Bourneville. (*Comptes-rendus de l'Académie des Sciences*, 9 août 1875)

VI. Des propriétés physiologiques du bromure de Camphre et de ses usages thérapeutiques ; par le Dr L. Pathault. Thèse de Paris; in-8 de 48 pages avec 8 figures. Ad. Delahaye, éditeur.

Depuis la publication de uotre dernière revue sur le *Bromure de Camphre*(1), nous avons découvert, dans différents recueils, quelques documents intéressants, principalement au poiut de vue chimique. De plus, ce nouvel agent thérapeutique a été l'objet de recherches récentes qui viennent compléter, dans une large mesure, les renseiguements que nous avons déjà donnés à nos lecteurs. Ces recherches ont porté sur les propriétés chimiques, physiologiques et thérapeutiques du bromure de camphre. Nous passerous brièvement sur l'étude chimique et physiologique, cette revue ayant surtout pour but l'exposé des usages thérapeutiques du bromure de camphre.

A. Après avoir rappelé les travaux antérieurs de Laureut et de Swarts et indiqué le mode de préparation du bromure de camphre, M. B. Rœmer, résume ainsi qu'il suit les propriétés chimiques de ce corps :

Le Bromure de Camphre est aisément fusible à 135° F (57° c.) et bout à 270° F (132° C. ; il est très-volatil et parfaitement cristallisable en belles aigrettes blanches, soyeuses, d'un poids spécifique moindre que celui de l'acide benzoïque. Pendant toute la durée de la combinaison chimique, il est de la plus grande importauce de se préserver des vapeurs qui se dégagent de l'appareil à déplacement... Le bromure de camphre est décomposé par les chlorures et décompose lui-même les iodures... 2/5 d'onces de bromure saturent 8 à 9 onces de camphre.

Nous n'avons pas à apprécier le mode de préparation employé par M. Rœmer, ni celui qu'a décrit soigneusement M. Dubois. Ce qui nous semble ressortir de leurs mémoires, c'est que les procédés se sont perfectionnés progressivement et que le produit obtenu est devenu de plus eu plus parfait. Mais, jusqu'à l'aunée deruière, les cristaux obtenus étaient assez petits, n'atteignaient que quelques centimètres. C'est à cette époque que M. le Dr Cliu a obtenu de magnifiques échantillons de ce produit qui ont été présentés par M. le professeur Wurtz à l'Académie des Sciences. Enfin, M. Friedel, (de l'école des Mines), a déterminé exactement la forme des cristaux qui, d'après lui, sont clinorhombiques et hémimorphes. Ces rapides indications indiquent qu'il s'agit là d'uu corps bien défini et qui mérite d'attirer l'attention.

B. Les propriétés physiologiques du bromure de camphre ont été étudiées de uouveau par M. le Dr Pathault qui a vérifié l'exactitude de la plupart des résultats obtenus par nous et par M. Lawsou. Il y a joint quelques expériences intéressantes sur les différences capitales qui existeut entre les effets du bromure de camphre et ceux de l'alcaloïde des loganiacées : les tracés myographiques qu'il a obtenus dans le laboratoire de M. le professeur Marey, nous paraissent ne laisser subsister aucun doute à cet égard. Eufin, pour mieux préciser les effets du bromure de camphre sur les animaux, nous avons institué deux séries d'expériences sur des cochons d'Inde, des lapins et des chats. Aux animaux de la première série, nous injections une solutiou de bromure de camphre dans l'alcool (2/3) et la glycérine (1/3); aux animaux de la seconde série, nous injectious uu mélange d'alcool (2/3) et de glycériue (1/3.) Ces expériences comparatives, que nous publierons bientôt, nous ont paru coufirmer dans leur ensemble les conclusions que nous avious tirées de nos précédentes recherches (1).

(1) Voir le n° 4 du *Progrès médical*, 1875.

C. Nous arrivons maintenant aux applications thérapeutiques du bromure de camphre pour lesquelles la thèse de M. Pathault va nous fournir de précieux éléments. Des vingt-sept observations détaillées contenues dans cette thèse, quelques-unes ont été analysées dans le *Progrès*. Elles sont relatives à l'emploi du bromure de camphre dans le *delirium tremens* (2), l'*insommie*, et les palpitations cardiaques d'origine nerveuse. Eu ce qui concerne l'épilepsie, l'auteur a reproduit les observations que nous avous recueillies à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot, observations qui indiquent que le bromure de camphre a souvent une action favorable lorsque la maladie revêt la forme du petit mal (*vertiges*). A ce propos, nous croyons devoir citer un cas récent, communiqué par M. Decès à la *Société médicale de Reims* :

X..., 38 ans. est épileptique depuis l'âge de 14 ans. Il a été d'abord traité par le bromure de potassium qui n'a pas donné de bons résultats. A partir du jour (1er octobre) où le bromure de camphre a été administré, il s'est produit une amélioration notable. Avant ce traitement, V... avait un accès tous les huit ou dix jours; du 1er octobre au 2 décembre, il n'a eu que deux accès. Enfin, il est resté cinq semaines sans être malade, tandis que, depuis l'âge de 14 ans, il n'avait pas eu de rémission dépassant deux semaines (3).

En plus des observations d'*accidents hystériques*, rapportées par MM. Hammoud, Lawson, F. Raymond, Mathieu, etc., que nos lecteurs connaissent, M. Pathault eu relate d'autres non moins intéressantes, recueillies dans le service de M. Potain à l'hôpital Necker. Les malades, après avoir pris d'autres médicaments sans en retirer de bénéfice, auraient éprouvé une amélioration notable sous l'influence du bromure de camphre (Obs. XI et XII). M. le professeur Tommasi aurait eu de bons effets de ce médicament dans l'hystérie avec éréthisme génital, bien qu'il u'ait pas dépassé la dose d'un gramme (4).

Le bromure de camphre a été aussi donné à des malades sujets à diverses variétés de *céphalalgie* et même atteints de véritables *migraines*. M. le docteur Bœll assure en avoir retiré de sérieux avantages dans quatre cas de migraine. « Dans un cinquième, écrit-il, les accès furent singulièrement raccourcis à la stupéfaction complète du malade qui n'espérait aucun résultat de cette médication. » En sera-t-il de même dans tous les cas de migraine? Cela u'est guère présumable, toutefois cet essai nous paraît devoir être répété. Pour qu'ou puisse se former une opiuion précise sur ce point, il faut de nombreuses observations, accompagnées d'une description exacte des caractères de la migraine.

M. Pathault a cousacré un assez long paragraphe à la *chorée*. En premier lieu, il parle d'« une jeune fille du service de M. Lorain, chez laquelle les accidents se sont amendés sous l'influeuce de 10 dragées (Dr Cliu) de 10 centigr. chaque, données en deux fois dans la journée. Le traitement a été régulièrement suivi, les accidents deviurent de moins eu moins accusés et avaient cédé lorsque la malade sortit de l'hôpital. » Puis, il expose tout au long deux observations, l'une d'*hémi-chorée*, traitée dans le service de M. Desuos, à la Pitié, par le bromure de camphre; — l'autre, recueillie par M. Eymery daus le service de M. Gallard. « Ces deux observatious, ajoute l'auteur, montrent l'heureuse influence exercée par le bromure de camphre. » A ces faits, nous en ajouterons un autre postérieur à la thèse de M. Pathault, qui appartieut à M. le docteur des Brûlais.

(1) Ces expériences répondeut aux remarques critiques qui ont été faites par M. C. Lienhart (*Recherches sur le camphre monobromé*.

(2) L'auteur cite deux nouveaux cas traités avec succès par M. O'Hara (*Philad. med. Times*, 1875).

(3) *Bulletin de la Société Médicale de Reims*, 1874, p. 222.

(4) M. Rœmer déclare qu'il a « employé avec succès le bromure de camphre dans l'*excitation hystérique*, l'*insomnie* et les *spasmes* liés à la *dentition*. » (*Loc. cit.*)

Joséphiue B... âgée de [illegible], est atteinte d'une chorée qui a débuté il y a ciuq ou six mois et a suivi une marche progressivement ascendaute. Actuellement (10 octobre), l'affection est généralisée. L'enfaut parle difficilement, remue sans cesse, ne dort pas. Du 10 au 24 octobre, divers moyens ont été essayés : purgatifs, santonine, bromure de potassium. Malgré cela, et malgré l'emploi de l'opium (0 gr. 07 par jour et du chlorhydrate de morphiue (0 gr. 05), l'enfant ne dort pas ; elle ne peut demeurer ni assise ni debout. Le 24 octobre, dit le docteur Des Brulais, je commence, mais timidement, par les dragées de bromure de camphre du docteur Clin (3 dragées ou 0 gr. 30. Le 27, 4 dragées ; le 30, 6. Les nuits sont plus calmes. Du 1er au 10 novembre, 10 dragées. L'agitation a diminué graduellement du 7 au 10, et cela aussi bien la nuit que le jour. Le 10 novembre, Joséphiue B..., qui a dormi pendant neuf à dix heures, est calme ; sa physionomie, jusque-là grimaçante, est tranquille. Les pareuts ayant signalé un certain refroidissement de tout le corps, M. Des Brulais, après avoir vérifié le phénomène, suspend le bromure de camphre et administre le fer, à titre de reconstituant. Ce traitement est continué du 10 au 24 novembre. A cette date, l'enfant va encore mieux. Mais, la surveillance s'étant ralentie, et l'enfant ayant joué outre mesure avec ses compagnes, on voit reparaître, le 28 novembre, les mouvements choréiques dans les membres supérieurs. Le 29, 6 dragées de bromure de camphre que l'on continue peudant six jours. Le 4 décembre, la chorée avait de uouveau complétement cessé, et, cette fois, définitivement. Durant uu mois, le docteur Des Brulais a laissé la jeune fille à l'usage du médicament, en y adjoignant le fer. La guérison s'est heureusement maintenue (*Union médicale*, 21 sept. 1875, p. 436.)

Des résultats uon moius encourageants ont été retirés du même agent thérapeutique dans un cas de *névralgie du trijumeau* (Desnos) et chez des malades souffrant de dyspnée. Dans l'une des observations, communiquées par M. Potain, les accès dyspnéiques étaient liés au développement d'une pleurésie droite subaiguë, presque latente. La malade avait, de plus, uue dilatation de l'aorte. Le bromure de camphre aurait eu une actiou remarquable sur les accès de suffocatiou. Voici encore le résumé d'un autre fait :

D..., 23 ans, étudiant en médecine, emphysémateux dès son enfance, avait souvent, dans la nuit, de fortes suffocations qui, à partir de 16 ans, se sout transformées en véritables accès arrivant subitement, provoqués soit par les variations atmosphériques, soit par les excès de tout genre ou les émotions. La durée de chaque accès varie de quelques miuutes à une heure. Cet état de choses a persisté jusqu'au mois de septembre 1874, époque où D... a suivi un traitement par le bromure de camphre (4 à 12 dragées, ou 2 à 6 capsules). Depuis lors jusqu'en juin 1875, D... n'a eu que 2 ou 3 accès légers. « D..., dit M. Pathault, est convaincu qu'il nous doit sa guérison ; cela nous paraît en effet, très-probable ; il serait difficile d'admettre que des accidents, datant de plus de 6 ans, eussent brusquement cessé, juste au moment où nous avons couseillé le bromure de camphre. » (P. 38).

Il est enfin uu dernier groupe d'affections dans lesquelles le bromure de camphre a été heureusement mis à contribution : nous voulons parler des affections des organes génito-urinaires, surtout celles dans lesquelles l'élément nerveux joue un rôle important. Deux malades (services de M. Vulpian et de M. Lorain), ayant des *pollutions nocturnes*, ont été guéris ou grandement améliorés par le médicameut. Nous connaissons également deux malades qui ont eu à s'en louer dans les mêmes circonstances (1).

M. Pathault rapporte ensuite l'histoire d'une femme du service de M. Siredey, chez laquelle une phlegmasie péri-utérine était compliquée de *ténesme vésical* et *anal* qui fut sensiblement diminué par le bromure de camphre. Le médicament ayant été suspendu, les accidents reparurent ; on le reprit, ils s'ameudèrent de nouveau. — Un autre cas, non moins curieux, doit être rapporté en abrégé :

X..., 42 ans, avait, depuis trois mois, des doulenrs à la région hypogastrique, s'irradiant vers les testicules. Elles étaient exaspérées par la marche, les mouvements et le contact de l'urine avec la muqueuse de la vessie. Les envies d'uriner, très-fréquentes, étaieut redoutées du malade qui ne les satisfaisait qu'au prix des plus vives souffrances. Ces symptômes, selon M. Desnos, devaieut être attribués bien plus à des troubles nerveux qu'à un véritable catharre de la vessie. Du 1er au 17 avril, le malade suivit un traitement avec les dragées de bromure de camphre. A sa sortie le 17 avril « la mictiou se fait normalement, les douleurs vésicales paraissent être presque complétement dissipées. Le malade ressent bien parfois quelques élancements douloureux, mais on ne peut comparer ces douleurs fugitives aux douleurs teuaces qu'il accusait à son entrée à l'hôpital. »

Nous terminerons ce qui a trait à ce sujet par la reproduction de la uote remise à l'auteur par M. le docteur Lannelongue, chirurgien de Bicêtre.

« Daus les cystites du col, l'action du bromure de camphre, dit M. Lannelongue, se produit assez rapidement : 1° Lorsque les cystites sont douloureuses, et que la douleur n'est sous la dépendance d'aucune altération organique (cystite uévralgique) ; 2° Dans les cystites du col de forme congestive, liées à une altération vasculaire du col provoquée sous l'influence de causes multiples. Si le catarrhe vésical s'ajoute à la cystite, les effets sont à peu près nuls. 3° Ils sont plus marqués lorsque le catarrhe est léger, de même lorsqu'une prostatite plus ou moins aiguë s'ajoute à la cystite du col. »

Nous rappellerous enfiu que, dans un cas de *priapisme* symptomatique, dont la relation a été publiée par M. Longuet, dans le *Progrès médical* (1875, n° 32, p. 447), le bromure de camphre a été utilement employé.

Nous ne saurions mieux conclure qu'en empruntant à la *Gazette des hôpitaux* (1875, p. 886), les considérations pratiques suivantes par lesquelles elle terminait une revue sur la même question. « Les faits qui précèdeut, recueillis par des médecins étrangers et par des médecius français, mettent hors de doute l'action thérapeutique du bromure de camphre. Au point de vue pharmacologique, il est à regretter que ce médicament ne puisse être administré sous forme de sirop. En revanche, nous devous à M. le docteur Clin deux préparations faites avec le plus grand soiu : les *capsules* et les *dragées*. Ce sont ces préparations qui ont été prescrites dans tous les cas recueillis en France. Elles sont faites avec un produit très-pur qui a eu le mérite d'attirer l'attentiou des chimistes les plus distingués. Elles sont dosées avec la plus rigoureuse exactitude. Les dragées renferment chacune 10 centigrammes de bromure de camphre. Les *capsules* à enveloppe de gluten et rapidement décomposables dans l'estomac, contiennent chacune 20 centigrammes de bromure de camphre. Elles sont donc préférables lorsque la dose doit être élevée. «Ce dosage rigoureux d'un médicament est une qualité précieuse, car le médecin peut, selon les circonstances, modifier sa prescriptiou.»

(1) Chez uu jeune enfant, sujet à l'*onanisme*, nous avous encore retiré des avantages du bromure de camphre.

Enseignement médical libre.

Pathologie interne. M. le dr Joffroy commencera un cours de pathologie interne le lundi 31 janvier à 4 heures, à l'école pratique, amphithéâtre n° 1, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même beure.

Electrothérapie. — M. le dr Onimus commencera un cours public sur les *applications de l'électricité à la médecine*, le vendredi 28 janvier, à cinq heures, à l'amphithéâtre n° 1 de l'école pratique, et le coutinuera les luudis et vendredis suivants à la même heure.

Ophthalmoscopie et maladies du fond de l'œil. — M. le dr Landolt commencera son cours le samedi 22 janvier, à 1 h. à sa clinique, 5, rue du Pont-de-Lodi, mercredi et samedi.

Visite du Président de la République a Lariboisière. — M. le Président de la République a visité l'hôpital Lariboisière le samedi 15 janvier. Il a parcouru toutes les salles de cet établissement accompagné des principaux membres de l'Assistance publique, des internes et du personnel de l'hôpital et de M. le Préfet de la Seine. Ce dernier eu se retirant, après avoir témoigné aux interues toute la sympathie que lui inspire ce corps d'élite, a promis de faire allouer à la salle de garde des iuternes eu médeciue une somme de 3,000 francs destiuée au développement de la bibliothèque qui existe actuellement dans l'hôpital.

Mortalité a Paris. — Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 15 janv. 1876, on a constaté 925 décès, savoir : variole, 4; — rougeole, 3; — scarlatine, 2; — fièvre typhoïde, 24; — érysipèle, 6; — bronchite aiguë, 44; — pneumonie, 72; — dyssenterie, 2; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfauts, 1; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 13; — croup, 22; — affections puerpérales, 5, — autres affectious aiguës, 249; — affections chroniques, 415, dont 147 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 51; — causes accidentelles, 12.

Londres. Population : 3.489.428 hab. Décès du 2 au 8 janv. 1,526 savoir : variole, »; — rougeole, 55; — scarlatine, 83; — fièvre typhoïde, 23; — érysipèle, 5; — bronchite, 234; — pneumonie, 81; — dyssenterie, 2; — diarrhée, 20; — *choléra nostras*, »; — diphthérie, 8; — croup, 13; — coqueluche, 69.

Faculté de médecine de Paris. La permutation de M. le prof. Hardy, de la chaire de pathologie interne à une chaire de clinique médicale est acceptée.

— Par arrêté en date du 15 janvier 1876, la chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publicatiou, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Par arrêté en date du 15 janvier 1876, la cbaire de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Chronique des Hôpitaux.

[illegible] — [illegible] qui s'est glissé [illegible] se [illegible] le [illegible].

[illegible] lisez [illegible] — [illegible], lisez Mer[illegible] — Me[illegible], lisez [illegible]. — G[illegible], lisez Grandé. — Regnier, lisez Reynier, — [illegible], lisez [illegible] — F[illegible], lisez F[illegible], — Arhis, lisez A[illegible], — R[illegible]ussi, lisez [illegible] — [illegible] de R[illegible], lisez C. de Boyer.

H[illegible]-M[illegible]. — Service de M. B[illegible]. Consultations [illegible] — Salle Sainte-Catherine (F.) : 1, croup. [illegible] 12, intoxication saturnine; 13 et 27, chor[illegible].

Service de M. [illegible]. Consultations [illegible] leçons cliniques le [illegible]. — Salle Saint-Louis G. : 2. pleurésie. [illegible] kyste (du rein). 2[illegible]. érythème noueux, 27, [illegible]. — Salle Sainte-Geneviève F. : 18, [illegible] tente; 25. paraplégie; [illegible]. chorée.

Service de M. [illegible] pour les maladies [illegible] le samedi; leçons cliniques [illegible], *Des [illegible] employés dans la médecine [illegible]* [illegible] ils doivent être donnés. — Salle [illegible]. — Salles Sainte-Elisabeth et Sainte-Marie, [illegible] chroniques. — Salle Sainte-Marie : [illegible] mal de Pott; 15, coxal[illegible], [illegible] paraplégies, [illegible], mal de Pott; 32, mal de Pott, [illegible].

Service de M. [illegible] chroniques[1], le [illegible]. — Salle Saint-[illegible]. — Salles Saint-Michel et Saint-Joseph : [illegible]. — Salle Saint-Ferdinand : 2 tumeur blanche [illegible], tumeur blanche du genou (téno[illegible] trophique, 27 et 29 mal de Pott [illegible] par congestion.

Service de M. [illegible]. Consultations tous les jours, excepté le [illegible] maladies du service. [illegible] — Salle [illegible] 6, cystite purulente; 7, [illegible] arthrite suppurée [illegible] — [illegible] décollement épiphysaire [illegible] amputation de cuisse; 21, an[illegible].

H[illegible]. — Service de M. [illegible]. Salle Sainte-José[illegible] [illegible] gauche; 11, broncho-pneumonie [illegible] phthisie laryngée; 19. [illegible] rhumatisme, affection car[illegible] 2[illegible]. intoxication palu[illegible] érysipèle [illegible] du poumon [illegible] double. — Salle [illegible] : 8, grippe; [illegible] cirrhose hyper[illegible] 18, scia[illegible] rhumatismale; 20, [illegible] chronique tuberculeuse.

Service de M. J[illegible]. Salle Sainte-Claire : [illegible] métrite aiguë; [illegible] rhumatisme articulaire [illegible] anévrysme de l'aorte abdominale; [illegible] chez une femme enceinte; [illegible] 22. péritonite; 23, maladie de [illegible]. 27. insuffisance avec rétrécissement mitral. — Salle Saint-Jérôme : 12, [illegible] 1[illegible], insuffisance aortique; [illegible] de [illegible] cérébrale; 17, [illegible] cancer du foie; 26, hé[illegible] aphasie.

Service de M. [illegible]. Salle Sainte-Elisabeth. 12, cystite; 15, phlegmon du ligament [illegible] 19, [illegible] de la cloison [illegible] fosses nasales; [illegible] hystérie, 28, paraplégie [illegible]; 33, ramollissement cérébral; [illegible] insuffisance mitrale. — Salle Saint-Henri : [illegible] pneumonie; 11. cachexie [illegible] paraplégie syphilitique, [illegible] cancer du [illegible]; 18, pérityphlite et péritonite; 24. rétrécissement mitral; 25, atrophie musculaire progressive; [illegible], ataxie locomotrice.

Service de M. S[illegible]. Salle Sainte-Geneviève : 1, 1[illegible], pelvi-péritonite; 4, métrite parenchymateuse; 12, entérite chronique; 13, [illegible], endocardite, 14. albuminurie, [illegible] puerpérale; 19, cirrhose; 27, albuminurie, pleurésie. — Salle Saint-Augustin [illegible] : [illegible], paraplégie; 14, pleurésie gauche; 16, [illegible], 18, pachyméningite; 23 bis, kyste [illegible], 28, ataxie locomotrice.

Hôpital Lariboisière. Service de M. PANAS Salle Helmholtz. Tous les jours consultations pour les maladies des yeux, à 9 h. 1/2. Le lundi,

4e ANNÉE. — N° 5 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 29 JANVIER 1876.

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÉGE DE FRANCE. — M. le professeur RANVIER.

Leçon d'ouverture. (1)
(13 janvier 1876).

Messieurs,

Revenons maintenant aux observations de Leeuwenhoeck. Celles qu'il a faites sur la structure de différents organes sont véritablement considérables. Qu'il me suffise de vous rappeler aujourd'hui qu'il a découvert les globules rouges du sang et les anastomoses des fibres du cœur.

Je passe sur des observations semblables, mais moins importantes qui les ont suivies, parce qu'elles n'étaient nullement reliées les unes aux autres. Même après l'apparition du livre de Bichat, les anatomistes qui ont fait des études microscopiques sur les tissus n'ont abouti à aucune doctrine, à aucune loi histologique.

Il faut arriver jusqu'à Schwann (*Recherches microscopiques sur les analogies de structure et de développement entre les animaux et les plantes*, 1839) pour rencontrer une théorie d'ensemble sur la constitution des animaux.

Schwann doit être considéré comme le Bichat de l'anatomie générale microscopique. Comme Bichat, Schwann a eu des précurseurs. En France, Raspail et Dutrochet étaient arrivés, à des points de vue différents, à soutenir la constitution cellulaire, ou plutôt utriculaire, des animaux. Raspail, se plaçant au point de vue chimique, chercha une comparaison entre la matière inorganique et la matière organique, et d'après lui, tandis que la matière inorganique cristallise en masses anguleuses, la matière organique cristallise en vésicules. Cette dernière, composée d'abord d'hydrogène et de carbone, est amorphe et constitue un liquide oléagineux. Elle absorbe facilement de l'oxygène et lorsqu'elle est suspendue dans l'eau, elle prend la forme globuleuse. Si alors elle se combine à des bases inorganiques, chaque globule s'entoure d'une membrane et devient ainsi une vésicule. Tous les tissus vivants sont constitués par des vésicules semblables. « Donnez-moi, dit l'auteur, une vésicule capable d'absorber et je vous ferai un organisme. »

Les animaux et les végétaux auraient la même constitution élémentaire : un globule d'amidon serait l'analogue d'une vésicule adipeuse.

A côté d'observations insuffisantes ou défectueuses, nous trouvons dans l'œuvre de Raspail deux idées, qui depuis ont été reproduites bien des fois : la formation des éléments organiques par un mécanisme analogue à celui de la cristallisation, et l'analogie de structure des végétaux et des animaux.

Dutrochet, de son côté, était arrivé à une conception analogue, mais son point de départ était différent. Ayant découvert l'eudosmose, il a cru y trouver la raison des phénomènes de la vie. Les organismes vivants, végétaux et animaux, sont, d'après cet auteur, composés d'utricules semblables. Ayant examiné d'abord certaines glandes des mollusques, il les vit formées de cellules grandes, claires et d'égale dimension ; mais lorsque, poursuivant plus loin l'analyse, Dutrochet vient nous dire qu'ayant fait des préparations du cerveau, du foie, du rein, de la rate, il trouva dans tous ces organes des cellules identiques dans leur forme et dans leur structure, il enlève, pour ainsi dire, toute valeur à sa première observation.

Les théories cellulaires ou plutôt vésiculaires de Raspail et de Dutrochet n'ont fait aucun partisan parce qu'elles n'étaient pas fondées, et entre ces théories cellulaires et la théorie cellulaire histologique actuelle, il y a la même différence qu'entre la théorie atomique d'Epicure et les nouvelles théories chimiques. Cependant, nous le répétons, il y avait chez ces auteurs une idée dominante qui aujourd'hui est établie par des faits positifs, l'analogie de structure élémentaire des végétaux et des animaux. A cette analogie des éléments s'est même ajoutée l'analogie des fonctions, ainsi qu'il résulte de la brillante découverte de la glycogénie animale. Mais la comparaison de la cellule animale avec la cellule végétale ne pouvait être faite d'une manière utile, si l'on n'avait pas déterminé d'abord les caractères morphologiques de la cellule ; plusieurs de ceux qui ont écrit autrefois sur la composition élémentaire des tissus ont considéré comme des cellules des objets sans grande importance histologique, tels que des granulations graisseuses ou mieux encore des gouttes de myéline. Ces dernières, avec leurs formes variées, avec leur double contour externe, ont dû tromper les observateurs non prévenus, et ce sont elles sans doute que Dutrochet a prises pour des cellules, lorsqu'il examinait un fragment de cerveau écrasé entre deux lames de verre.

La détermination morphologique de la cellule a d'abord été faite dans le règne végétal. R. Brown y constata l'existence d'un noyau. Chez les animaux, un noyau semblable fut observé dans les cellules pigmentaires de la grenouille par Valentin, dans les globules du sang du même animal par Schultz, dans les cellules épithéliales par Henle.

Vous le voyez, Messieurs, le terrain était bien préparé lorsque Schwann a conçu et développé sa théorie cellulaire. Pour Schwann, la cellule animale est en tout point comparable à la cellule végétale ; elle est formée d'un noyau, d'un plasma, reste du blastème primitif et d'une membrane. Toute cellule se développerait spontanément dans une substance amorphe et liquide, blastème ou cytoblastème, comme un cristal se développe dans une solution saline. Dès lors, la formation des cellules serait une cristallisation organique. La formation de la cellule se ferait par l'apposition d'un certain nombre de couches concentriques du centre à la périphérie de l'élément. Le noyau apparaîtrait d'abord. Autour de lui se condenserait une portion du blastème primitif et plus tard seulement, autour de cette dernière, se développerait une membrane, tout cela par le dépôt successif de molécules organiques, comme dans une vraie cristallisation.

Nous arrivons maintenant au système histologique de Schwann, fondé sur la théorie cellulaire. Les tissus se diviseraient en cinq groupes fondamentaux :

1° Les tissus constitués par des cellules libres roulant les unes sur les autres dans le blastème primitif : le sang et la lymphe ;

2° Les tissus formés par des cellules soudées les unes avec les autres : les épithéliums ;

3° Les tissus dans lesquels les membranes des cellules sont fondues les unes avec les autres ou avec une substance inter-cellulaire, reste du blastème primitif : les cartilages et les os ;

4° Les tissus composés par des cellules transformées en fibres : faisceaux de tissu conjonctif, fibres élastiques ;

5° Enfin, les tissus dans lesquels les cellules se sont soudées, tandis que leurs cloisons intermédiaires ont disparu, pour former des tubes : vaisseaux capillaires, muscles, tubes nerveux.

Comme vous pouvez en juger d'après ce court exposé, la théorie de Schwann était complète ; elle satisfaisait bien l'esprit, et, au moment où elle a paru, elle a produit une immense sensation. C'était une base solide, et rien que par

(1) Voir le n° 4.

les recherches qu'elle devait solliciter, elle promettait une riche moisson.

Déjà, elle avait été pour Schwann l'occasion de deux découvertes importantes, la membrane des tubes nerveux et le sarcolemme. Mais elle ne pouvait être admise dans sa totalité et dans sa généralité que par des esprits enthousiastes.

Schwann lui-même, à la fin de la préface qu'il a consacrée à son ouvrage, a parfaitement exposé la portée et la signification de sa doctrine. Il le fait avec une grande simplicité et une entière bonne foi.

J'ai l'honneur de connaître personnellement M. le professeur Schwann, de Liége, et toutes les fois que je fais la lecture de cette préface, il me semble que j'ai devant les yeux sa physionomie pleine d'affabilité et de cordialité et que j'entends le son de sa voix.

A partir de la publication du livre de Schwann, l'histologie animale a pris un grand essor. On a entrepris des recherches sérieuses, on a discuté avec passion pour savoir si les cellules prennent naissance ou non dans un blastème, si la cellule animale correspond réellement à la cellule végétale.

Relativement à la première question, on devait nécessairement s'occuper de la signification morphologique de l'ovule et de la formation des éléments du germe. La segmentation de l'ovule, découverte par Prévost et Dumas, était connue de Schwann. Il l'expliquait par la production endogène de cellules développées librement aux dépens du blastème primitif représenté par le vitellus. Mais les recherches de Remak, sur le développement continu des éléments cellulaires, reprises, étendues et transportées dans le domaine de la pathologie par Virchow, eurent un grand retentissement. Virchow nia absolument le développement libre dans un blastème (génération équivoque) ; il considéra la cellule comme un organisme microscopique capable de se reproduire et affirma que « toute cellule provient d'une cellule », et que toutes les cellules ont pour origine commune l'ovule qui est une simple cellule. Aujourd'hui, la question n'est pas encore tranchée, et bien qu'il soit démontré par l'observation directe qu'une cellule peut se diviser pour en produire deux qui sont semblables à elle-même, le premier développement des cellules du germe dans l'intérieur du vitellus est encore entouré d'une obscurité profonde, et sur ce sujet la théorie de Schwann est encore soutenable.

Reste la seconde question : la cellule animale correspond-elle à la cellule végétale? A ce propos je rappellerai qu'il y a bien des années, Dujardin a fait une observation très-importante. Il y a des animaux inférieurs unicellulaires (amibes et rhizopodes), chez lesquels toutes les fonctions essentielles d'une organisme vivant se trouvent associées. Ils absorbent et s'assimilent des matériaux nutritifs, ils respirent, ils se meuvent. Ces mouvements sont le résultat de l'activité de leur propre substance. Celle-ci pousse des prolongements périphériques, qui se fixent et entraînent après eux le corps de l'animalcule, ou bien reviennent sur eux-mêmes et se confondent à nouveau avec la masse commune.

Wharton Jones, en observant au microscope le sang de la raie, vit les globules blancs se comporter exactement comme des amibes.

En France, Davaine contrôla et étendit les résultats de Wharton Jones, sur les globules blancs du sang.

En Allemagne, Max Schultze, qui le premier se servit de la platine chauffante, pour étudier les éléments des animaux à sang chaud, à leur température normale, fit des observations analogues sur les globules blancs du sang des mammifères. Puis, comparant les mouvements des cellules lymphatiques avec ceux des amibes, des rhizopodes et du plasma de certaines cellules végétales, il arriva à une conception de la cellule animale un peu différente de celle de Schwann.

La plupart des cellules animales ne possèdent pas de membranes enveloppantes et dès lors elles ne peuvent pas être comparées aux cellules végétales tout entières ; elles sont essentiellement constituées par un noyau et une masse de protoplasma qui l'enveloppe. La cellule animale correspond donc au contenu de la cellule végétale : noyau et plasma.

Le protoplasma de la cellule animale peut rester embryonnaire, actif, capable de mouvements *amiboïdes*, ou bien il peut subir dans ses couches périphériques des modifications successives qui changent la forme de la cellule et l'écartent, par conséquent, de son type primitif.

Relativement à la formation des tissus, entre la conception de Schultze, qui jouit aujourd'hui d'une grande faveur en Allemagne, et la théorie de Schwann, il n'y a pas une très grande différence, en ce sens que Schultze, comme Schwann, fait dériver tous les tissus de la cellule. Dans l'une comme dans l'autre des deux théories, les éléments cellulaires du sang, les faisceaux primitifs des muscles, les cellules nerveuses, et les faisceaux de tissu conjonctif sont morphologiquement compris de la même façon.

Il n'en est pas de même du second groupe de Schwann, dans lequel les éléments cellulaires seraient séparés les uns des autres par un reste du blastème primitif. D'après la théorie de Schultze, la substance fondamentale résulterait tout entière d'une transformation successive des couches les plus superficielles du protoplasma de chaque cellule.

La théorie cellulaire, bien qu'elle ait été attaquée de toutes parts, bien que, je me plais à le reconnaître, certains faits lui échappent, est encore debout, et elle régnera tant qu'on n'aura pas une autre théorie à mettre à sa place.

Quant à nous, nous jugeons la théorie cellulaire comme Schwann l'a jugée lui-même. Elle est utile encore puisqu'elle sollicite toujours de nouvelles recherches.

Depuis quelques années, l'histologie est entrée dans une voie nouvelle. L'analyse des tissus a fait de notables progrès. Aujourd'hui, nous nous procurons facilement d'excellents microscopes ; nous possédons des réactifs chimiques dont l'action sur les éléments des tissus est nettement déterminée. A côté de l'histologie, la physiologie expérimentale a subi un grand développement, l'analyse par la méthode graphique, si savamment représentée au Collége de France, par M. Marey, permet souvent de saisir les fonctions des derniers éléments de l'organisme.

En un mot, l'histologie, comme nous l'a si bien dit M. Claude Bernard dans la phrase que je rappelais au commencement de cette leçon, est entrée dans une voie véritablement expérimentale, voie si brillamment inaugurée par Bichat.

Engagée dans cette voie, abritée au Collége de France, soutenue par la tradition des Laennec, des Magendie, la science des tissus ou anatomie générale doit y prospérer. Personnellement, je ferai de grands efforts pour atteindre ce but. Je ne suis pas tout à fait nouveau venu dans la science, et je me présente à vous entouré d'hommes qui vous sont déjà connus, qui sont mes amis, mes élèves, mes collaborateurs. Nous avons pour devise : *Travail et bonne foi*. (*A suivre*).

Faculté de Médecine de Paris. — M. le Dr Ball, agrégé de la Faculté, commencera son cours sur les maladies mentales et nerveuses aujourd'hui 29 janvier, à 8 heures du soir (Grand amphithéâtre). — Mercredi et samedi.

— Dans sa réunion du 20 janvier la Faculté a voté en principe la création de nouvelles chaires pour l'enseignement des spécialités. — Dans sa réunion du 27, elle a voté, la création d'une chaire pour les *maladies mentales* et rejeté la création d'une chaire d'ophthalmologie.

Faculté des sciences de Paris. — M. Mouton, agrégé préparateur à l'école normale supérieure, est chargé des fonctions de directeur adjoint du laboratoire d'enseignement (*Sciences physiques*) de la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Branly. — M. Magnien, licencié ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur adjoint du laboratoire d'enseignement de la Faculté des sciences de Paris (*Sciences physiques*), emploi nouveau.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. CHARCOT.**

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

Des dégénérations secondaires.

Leçons recueillies par BOURNEVILLE.

Messieurs,

III. Je crois opportun d'entrer actuellement dans quelques développements à propos de l'anatomie et de la physiologie pathologiques de ces *dégénérations secondaires* ou *scléroses descendantes*, comme on peut les appeler encore. C'est, qu'en effet, elles sont incontestablement une des causes principales de la persistance de l'impuissance motrice, dans les cas qui nous occupent. Il faut également, à mon avis, leur rapporter, pour la majeure partie, la *contracture permanente*, dite *tardive*(2), qui, dans ces mêmes cas, s'empare tôt ou tard des membres paralysés, et joue, d'une façon générale, un rôle prédominant dans le pronostic des hémorrhagies de cause cérébrale.

1° Arrêtons-nous tout d'abord devant un fait qui domine réellement la question : les lésions cérébrales en foyer, considérées relativement au siége qu'elles occupent, ne sont pas toutes également propres à déterminer la production des scléroses consécutives.

Ainsi, parmi ces lésions, il en est qui ne sont jamais suivies de scléroses descendantes, tandis que d'autres les provoquent, pour ainsi dire, à coup sûr. Au second groupe appartiennent les lésions destructives, même circonscrites, qui, suivant l'importante remarque de L. Türck, intéressent les faisceaux de la capsule interne, dans leur trajet entre le noyau lenticulaire et le noyau caudé, c'est-à-dire dans les deux tiers antérieurs de la capsule. Par contre, les lésions qui demeurent limitées à la substance des noyaux gris des masses cérébrales, à savoir : le noyau lenticulaire, le noyau caudé, et enfin la couche optique, ne produisent pas la sclérose consécutive.

Ce fait remarquable a été parfaitement mis en lumière par L. Türck (3), dès 1851. Nous en avons reconnu la parfaite exactitude, M. Vulpian et moi, dans les recherches que nous avons faites en commun, sur ce sujet, à la Salpêtrière, de 1861 à 1866 (4). Les importants travaux de M. Bouchard l'ont égalemement confirmé (5). Nous avons constaté aussi, après L. Türck, un certain nombre d'autres faits, non moins intéressants, dont voici l'énoncé :

2° Les foyers situés en dehors des masses centrales, dans le centre ovale de Vieussens, pour peu qu'ils atteignent certaines dimensions produisent encore la sclérose descendante, à condition qu'ils ne soient pas trop éloignés du pied de la couronne rayonnante.

3° Les lésions de la substance grise corticale des hémisphères, lorsqu'elles sont très-superficielles, telles, par exemple que le sont habituellement celles qui accompagnent les méningites, ne produisent pas la sclérose descendante.

4° Au contraire, les lésions corticales, à la fois étendues en surface et en profondeur, c'est-à-dire intéressant en même temps la substance grise et la substance médullaire sous-jacente, ainsi qu'on les voit dans les cas de ramollissement ischémique, résultant par exemple de l'oblitération d'une branche volumineuse de l'artère sylvienne (voir la *Fig. 4*), ces lésions là, dis-je, *alors même qu'il n'existe aucune participation des masses centrales*, déterminent *dans de certaines conditions* des scléroses consécutives aussi prononcées que celles qui dépendent d'une lésion des régions antérieures de la capsule interne.

Parmi ces conditions, il en est une capitale, relative au siége du foyer cortical et qui mérite d'être relevée tout

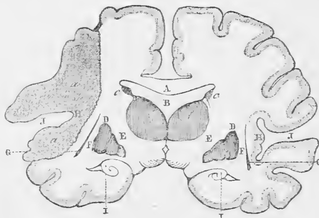


Fig. 4. — Ramollissement ischémique du système cortical, sans participation des masses centrales. — H, le foyer de ramollissement. — J, la scissure de Sylvius. — E, capsule interne. — D, noyau lenticulaire. — F, capsule externe. — G, avant-mur.

particulièrement. Il résulte, comme on le verra, de mes observations que les ramollissements superficiels (plaques jaunes) étendus lorsqu'ils occupent soit le lobe occipital, soit les parties postérieures du lobe temporal ou encore le lobe sphénoïdal, soit enfin les régions antérieures du lobe frontal ne sont pas suivis de scléroses fasciculées consécutives, tandis qu'il est de règle que celles-ci surviennent, au contraire, lorsque le foyer intéresse les deux circonvolutions ascendantes (pariétale ascendante, frontale ascendante) et les parties attenantes du lobe pariétal et du lobe frontal (voir la figure 11). Je reviendrai plus loin d'une façon toute spéciale sur ce point important que je ne fais qu'indiquer pour le moment.

5° En somme, le siége et l'étendue de la lésion paraissent être, dans l'espèce, les deux conditions fondamentales, la nature de l'altération n'a pas d'influence marquée. Le siége et l'étendue voulus étant donnés, pourvu qu'il s'agisse d'une lésion destructive, c'est-à-dire capable d'interrompre le cours des fibres médullaires, la sclérose descendante devra s'en suivre. Les foyers d'hémorrhagie et de ramollissement, les encéphalites simples ou syphilitiques occupent à cet égard à peu près le même rang. Il n'en est pas de même de certaines tumeurs qui, pendant une longue période de leur évolution, ne font que refouler et écarter les éléments médullaires sans en interrompre la continuité. C'est pourquoi elles peuvent se rencontrer, même dans les régions de l'écorce signalées plus haut comme des lieux d'élection, sans accompagnement de scléroses fasciculées consécutives.

IV. Relativement à l'anatomie des scléroses fasciculées, je renvoie pour les détails à l'important mémoire publié par M. Bouchard. Je me bornerai ici à vous rappeler quelques faits auxquels nos études actuelles prêtent un intérêt particulier.

1° Je vous rappellerai d'abord que les scléroses consécutives à une lésion en foyer d'un hémisphère cérébral occupent toujours une moitié du système des faisceaux latéraux. Elles sont plus ou moins accentuées, plus ou moins étendues suivant la largeur du faisceau ; mais toujours elles l'envahissent dans la totalité de sa longueur, jusqu'à l'extrémité inférieure du renflement lombaire; jamais elles ne s'arrêtent en chemin. Elles sont toujours *descendantes*, en ce sens que, prenant origine au niveau du point lésé, elles se propagent seulement au-dessous de ce point. On ne peut pas les suivre au-dessus, du côté de l'écorce grise.

---

(1) Voir les nos 17 à 29, 31 à 34 et le n° 49, année 1875; n° 4 de l'année 1876.

(2) On doit, comme on le sait, au Dr Todd, d'avoir établi une distinction entre la *contracture précoce* et la *contracture tardive* des membres chez les apoplectiques. La première se montre dès le début et est toujours à peu près constamment transitoire ; l'autre n'apparaît guère que du quinzième au trentième jour après l'attaque, siége toujours dans les membres du côté opposé à la lésion, et s'y établit le plus souvent d'une façon permanente.

(3) L. Türck. — *Ueber Secundare Erkrankung einzelner Rückenmarkstrange und ihrer forsetzungen zum Gehirne.* — Sitzungber. der math-natur. Class. d. K. AK. 1851. — Idem XI. Bd. 1853.

(4) A Vulpian. — *Physiologie du système nerveux*, Paris, 1866.

(5) Ch. Bouchard. — *Des dégénérations secondaires de la moelle épinière.* In. *Arch. gén. de médecine*, 1866.

Il ne faut pas considérer comme le fait d'une sclérose consécutive, les atrophies d'une ou plusieurs circonvolutions ou même de l'hémisphère tout entier qui s'observent lorsqu'une lésion centrale en foyer s'est développée chez de très-jeunes sujets. Il s'agit là d'un arrêt de développement comparable à l'atrophie que, dans les mêmes circonstances, présentent les membres du côté du corps frappé d'hémiplégie (hémiplégie spasmodique infantile).

2° Le seul examen macroscopique, dans les cas un peu anciens et un peu accentués, permet déjà de reconnaître quelques-uns des caractères les plus saillants de l'altération. Supposons qu'il s'agisse d'un foyer ochreux interrompant dans l'hémisphère gauche le cours des fibres de la capsule interne dans son tiers moyen. En pareil cas, le pied du pédoncule cérébral du côté gauche paraîtra plus aplati et plus étroit que celui du côté opposé. De plus, on y remarquera une bande grisâtre siégeant sur la partie moyenne du pédoncule(1) et qui, sur une coupe antéro-postérieure, ne s'étendra pas au-delà de la couche grise de Sœmmering.— La coloration grise disparaît au niveau de la protubérance ; on la retrouve au-dessous de celle-ci, dans le bulbe, où elle occupe la pyramide antérieure dans toute son étendue du côté correspondant à la lésion cérébrale ; la pyramide lésée est d'ailleurs étroite et aplatie ; par en bas, les dentelures de l'entrecroisement bulbaire y apparaissent plus nettement que dans les conditions normales par suite du contraste qui existe entre le côté sain et le côté malade. — Au-dessous de l'entrecroisement, c'est dans la moitié de la moelle, opposée à l'hémisphère lésé et plus explicitement dans le faisceau latéral que l'altération scléreuse doit être cherchée ; la région lésée apparaît sous la forme d'un espace triangulaire, de coloration grise, situé immédiatement en dehors et en avant de la corne grise postérieure correspondante et dont l'étendue s'amoindrit progressivement à mesure que les sections portent sur des régions de la moelle, de plus en plus inférieures.

3° L'étude, faite à l'aide du microscope sur des coupes convenablement durcies et préparées, concourt puissamment à compléter ces données. Elle fournit, en premier lieu, le moyen de déterminer avec plus d'exactitude la topographie de la lésion, et de faire reconnaître par exemple, dans la moelle, la limitation précise, systématique, à l'aire des faisceaux latéraux. Les autres faisceaux blancs, et les cornes grises, restent parfaitement indemnes. On constate en même temps que les racines nerveuses, tant antérieures que postérieures, que les méninges ne présentent aucune trace d'altération. Enfin, l'examen microscopique fait reconnaître encore la nature du processus morbide, et met en évidence les caractères d'une induration grise, d'une sclérose qui ne diffère en rien d'essentiel de celle qui s'observe dans le cas de sclérose fasciculée primitive (2).

4° C'est ici le lieu de faire remarquer les analogies qui, au point de vue anatomo-pathologique, existent entre les scléroses fasciculées consécutives de cause cérébrale, et ces scléroses fasciculées primitives et symétriques des faisceaux latéraux que je décrivais l'an passé à propos des amyotrophies spinales.

Ces analogies sont considérables, puisque une même altération, l'induration grise, se montre localisée, dans les deux cas, dans le même système. Mais il y a aussi des différences qui méritent d'être signalées : ainsi, dans les scléroses primitives, la lésion fasciculée est nécessairement double, c'est-à-dire qu'elle occupe le système des faisceaux latéraux des deux côtés à la fois, et non pas d'un seul côté, comme cela a lieu toujours dans la sclérose consécutive, lorsque le foyer qui en a été le point de départ est unilatéral. J'ajouterai qu'elle est toujours beaucoup plus étendue dans le sens transversal, et qu'il y a lieu de croire, d'après cela, qu'en outre des fibres cérébro-spinales ou pyramidales seules affectées dans la sclérose consécutive, elle envahit le système des fibres spinales propres au faisceau latéral. (Comparer les *Fig.* 5, 6 et 7, et les *Fig.* 8, 9 et 10.)



Fig. 5, 6, 7. — Coupes transversales de la moelle épinière, chez une malade atteinte de dégénération secondaire (sclérose fasciculée latérale consécutive de cause cérébrale) à la suite d'un ramollissement cérébral ayant intéressé les lobes opto-striés et la capsule interne dans l'hémisphère droit.
a, région lombaire. — *b*, région dorsale. — *c*, région cervicale. On voit la sclérose descendante occuper dans le renflement cervical la partie cervicale du faisceau latéral et devenir superficielle à la région lombaire.

Enfin, la sclérose primitive a une grande tendance à envahir dans les régions spinales voisines, soit les faisceaux blancs,

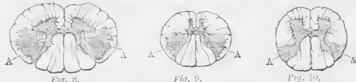


Fig. 8. — *Coupe transversale de la moelle épinière passant par la partie moyenne du renflement cervical.*

Fig. 9. — *Coupe transversale passant par le milieu de la région dorsale.*

Fig. 10. — *Coupe transversale passant par le milieu du renflement lombaire.*

soit surtout les cornes antérieures de substance grise, ce que ne fait pas, dans la règle, la sclérose consécutive (1). Il y a cependant sous ce rapport, le chapitre des exceptions qui sont, comme on le verra dans un instant, pour le point de vue que nous envisageons en ce moment, particulièrement intéressantes.

Les faits, rassemblés chemin faisant dans l'exposé qui précède, nous mettent à même de justifier la proposition qui inaugure le présent chapitre. Nous venons d'établir qu'au point de vue anatomique, il existe une analogie considérable entre les formes primitives et la forme consécutive de la sclérose fasciculée latérale. Cette assimilation

(1) Le siége qu'occupe cette bande varie suivant le siége de la lésion centrale ; elle se rapproche d'autant plus du bord interne du pied du pédoncule, que la lésion de la capsule est située plus en avant.

(2) L'extension, dans certains cas, de la lésion au-delà de ses limites habituelles, l'envahissement, par exemple, des cornes grises antérieures dont il sera question plus loin, est incontestablement un des arguments les plus décisifs qu'on puisse invoquer pour établir la nature irritative du processus morbide.

(1) Voici quelques détails plus précis relativement aux différences qui existent, anatomiquement, entre la sclérose latérale consécutive, et la sclérose latérale primitive, amyotrophique. Il s'agit d'observations faites sur des coupes transversales durcies, alors même que, dans le bulbe, la sclérose secondaire a intéressé à peu près toutes les fibres de la pyramide antérieure, la lésion n'occupe dans le faisceau latéral de la moelle qu'une région relativement étroite. Celle-ci se présente, sur une coupe transverse faite au renflement cervical, sous l'apparence d'un triangle, à bords bien nettement délimités, dont le sommet est dirigé en dedans vers l'angle qui sépare les cornes grises antérieures des postérieures et dont la base, un peu arrondie, n'atteint jamais la zone corticale de la moelle et, de plus, n'intéresse pas davantage le bord antéro-externe de la corne postérieure. (Fig. 5.) Dans la région dorsale la partie sclérosée diminue progressivement de diamètre et tend à revêtir la forme ovalaire. (Fig. 6.) Enfin, dans le renflement lombaire (fig. 7), c'est de nouveau comme dans la région cervicale, un espace triangulaire, mais dont la base devenue tout à fait superficielle confine à la pie-mère.

Dans la sclérose latérale primitive, la zone scléreuse occupe d'une façon générale, la même région que dans le cas précédent, mais ses limites sont beaucoup plus étendues. Ainsi, en avant, la lésion tend à envahir le domaine des zones radiculaires antérieures, et en dedans elle s'avance jusqu'au contact de ce faisceau de fibres nerveuses, peut-être sensitives, qui constituent la partie profonde des faisceaux latéraux. (Voir fig. 8, 9, 10). Il faut ajouter que les bords de la tache scléreuse sont ici diffus, mal délimités. Dans quelques cas, on les trouve, en dedans pour ainsi dire confondus avec la substance grise. On sait que celle-ci est régulièrement envahie par l'altération scléreuse dans le cas de sclérose latérale amyotrophique, tandis que cela n'a lieu que d'une façon tout-à-fait exceptionnelle dans la sclérose consécutive de cause cérébrale.

Il y a lieu de penser, en considérant ce qui précède, que la sclérose consécutive n'affecte qu'une partie des fibres nerveuses qui forment les faisceaux latéraux, à savoir les fibres cérébro-spinales ; tandis que, dans la sclérose primitive, il y a envahissement du système latéral tout entier comprenant non-seulement les fibres cérébro-spinales et pyramidales, mais encore des fibres propres, qui commencent dans la moelle et s'y terminent, des fibres à proprement parler spinales.

peut être poursuivie sur le terrain de la clinique. On sait, en effet, que l'impuissance une motrice, contracture passagère d'abord, puis permanente des membres, avec trépidation spontanée ou provoquée, etc., forme l'ensemble symptomatique qui révèle, pendant la vie, l'existence des scléroses spinales fasciculées, primitives, c'est-à-dire indépendantes de toute lésion cérébrale. Or, tous ces symptômes se reproduisent avec leurs caractères essentiels, dans les cas de sclérose consécutive à une lésion du cerveau, et constituent, en définitive, le tableau clinique de l'hémiplégie permanente, vulgaire. On peut donc dire aujourd'hui qu'entre la lésion « sclérose latérale » et le phénomène « contracture permanente, » il existe une relation dont à la vérité la raison physiologique nous échappe complétement, quant à présent, mais dont la réalité néanmoins est établie sur un grand nombre d'observations (1).

Ce n'est pas, dans mon opinion, la rétraction de la cicatrice cérébrale, comme le veut le docteur Todd, non plus que l'encéphalite survenue au voisinage du foyer, comme le soutiennent actuellement encore beaucoup d'auteurs, qui pourront rendre compte de l'apparition des contractures dites tardives, chez les hémiplégiques; c'est au contraire l'existence d'une myélite chronique, produite dans le faisceau latéral, en conséquence de la lésion du cerveau, qu'il convient de faire intervenir ici. Je m'abstiendrai d'entrer à ce propos dans une discussion en règle, et je vous renverrai une fois encore, au travail déjà cité de M. Bouchard, où nous trouvons rassemblés tous les documents qui peuvent être invoqués en faveur de l'opinion que je soutiens.

Développée à l'occasion d'une lésion cérébrale en foyer, la sclérose consécutive acquiert, vous le voyez, à un moment donné, une existence en quelque sorte indépendante, autonome; elle se traduit par des symptômes particuliers. Il peut arriver, qu'en raison même de cette autonomie, la lésion se répande au-delà des limites qui lui sont d'habitude assignées dans les faisceaux latéraux et envahisse dans la moelle des territoires voisins, les cornes de substance grise, par exemple: on comprend qu'en pareil cas d'importantes modifications puissent survenir dans le tableau symptomatique; c'est ainsi que les muscles des membres paralysés qui, d'ordinaire, dans l'hémiplégie permanente, conservent pendant fort longtemps leur texture normale, et ne s'amaigrissent qu'à la longue, subissent dans certain cas une atrophie dégénérative plus ou moins rapide, en même temps que la rigidité déterminée par la contracture fait place de nouveau à la flaccidité. Dans plusieurs exemples de ce genre, nous avons constaté, M. Pierret et moi, en outre de la sclérose latérale classique une lésion de la corne grise antérieure du même côté, ayant amené la destruction des grandes cellules nerveuses de la région. L'envahissement des cornes grises postérieures pourrait expliquer de la même façon l'apparition dans l'hémiplégie vulgaire, de certaines anesthésies partielles. Enfin, l'extension du processus irritatif, soit à toute l'étendue du faisceau latéral du côté correspondant, soit même au faisceau latéral du côté opposé rendra compte sans doute du fait que, contrairement à l'observation commune, la contracture prédomine quelquefois considérablement, à un moment donné, dans le membre inférieur, ou s'étend même parfois au membre inférieur du côté opposé (2).

V. Je ne me suis guère occupé, jusqu'ici de la sclérose fasciculée d'origine cérébrale, qu'en tant qu'elle dépend d'une lésion des masses centrales; je voudrais maintenant m'arrêter un instant sur celle qui se produit à la suite d'une lésion du système cortical. En tant qu'affection spinale ou bulbaire, la sclérose latérale, dans ce dernier cas, ne diffère aucunement de ce qu'elle est dans le premier. Les conditions particulières de développement constituent seules une différence et motivent quelques nouveaux détails.

Vous n'avez pas oublié comment nous avons été conduits à admettre, à titre d'hypothèse très-vraisemblable, l'existence de *fibres pédonculaires directes*, c'est-à-dire qui, après leur issue du *pied* du pédoncule, traverseraient la capsule interne sans entrer dans les noyaux gris des masses centrales, et ne s'arrêteraient, par conséquent, que dans la substance grise corticale; en outre des arguments déjà mis en œuvre, quelques faits d'expérimentation peuvent être invoqués encore en faveur de l'existence de telles fibres, même chez des animaux placés assez bas dans l'échelle, le lapin, par exemple. Ainsi, dans les expériences déjà citées de M. Gudden (1) et pratiquées, nous le savons, chez de très-jeunes animaux, on voit huit mois après l'ablation des parties antérieures d'un hémisphère, — les masses centrales, couche optique et corps strié, étant demeurées intactes, — on voit, dis-je, après cette mutilation, la capsule interne du côté correspondant s'atrophier d'une façon remarquable. Il est clair que cette atrophie n'aurait pas lieu, si la capsule interne, comme le veulent quelques anatomistes, était exclusivement composée de *fibres pédonculaires indirectes*, c'est-à-dire se terminant dans l'épaisseur des noyaux gris centraux.

Chez le chien, le hasard a fait rencontrer à MM. Carville et Duret (2), une lésion qui avait détruit la substance blanche de toutes les parties frontales d'un lobe, sans affecter directement les noyaux gris centraux non plus que la capsule interne. Dans ce cas, il y avait une atrophie très-accusée du pied du pédoncule, de la protubérance, et de la pyramide bulbaire du côté correpondant à la lésion cérébrale.

La réalité, chez l'homme, de ces fibres pédonculaires directes, semble être, à son tour, attestée par la production même de ces dégénérations secondaires qui, ainsi que nous l'avons dit, se développent en conséquence des lésions étendues et profondes de la substance grise corticale.

Ces fibres pédonculaires directes, après leur épanouissement dans la couronne rayonnante, se répandent-elles indistinctement dans toutes les régions de l'hémisphère; sont-elles, au contraire, affectées à des départements particuliers de l'écorce grise? Les faits que j'ai réunis dans le but d'étudier cette question plaident en faveur de la seconde hypothèse. Ces observations recueillies dans mon service à l'hospice de la Salpêtrière, pendant le cours des 15 dernières années, sont relatives à des cas de ramollissement ischémique anciens (3). La lésion, dans ces cas, se présentait sous la forme de *plaques jaunes*, plus ou moins étendues en largeur, intéressant plus ou moins profondément la substance blanche subjacente, et occupant les régions les plus diverses de la surface des hémisphères. Dans toutes les observations, il est expressément mentionné que le ramollissement avait complétement respecté les masses centrales : couches optiques, noyau caudé, noyau lenticulaire, capsule interne.

Mes observations peuvent être ramenées à deux groupes. Le premier comprend les cas dans lesquelles, pendant la vie, il n'avait pas existé d'hémiplégie permanente, et où, à l'autopsie, la dégénération consécutive faisait défaut. Dans tous, les circonvolutions desservies par l'artère sylvienne, et en particulier les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, étaient restées indemnes. Les plaques jaunes occupaient l'une des régions suivantes, savoir : une partie quelconque des lobes sphénoïdaux, le lobe carré, le coin, un lobe occipital ou les deux lobes occipitaux tout entiers; une région quelconque des deux tiers antérieurs des lobes frontaux.

(1) La contracture permanente des membres, comme le montre entre autres l'histoire de l'hystérie, peut se montrer sans accompagnement de sclérose spinale latérale; mais, lorsque cette lésion existe, la contracture permanente est un de ses symptômes habituels.

(2) Voir à ce propos Bastian. — *Paralysis from Brain disease*, etc., p. 141. London 1875.

(1) *Archiv. f. psychiatrie*, Bd. II, 1870, pl. VIII.

(2) *Archives de physiologie*, 1875.

(3) La plupart de ces observations sont accompagnées de dessins faits d'après nature; ceux-ci permettent, on le comprend, de préciser le siége et l'étendue des lésions et suppléent par conséquent à l'insuffisance malheureusement très-habituelle des descriptions.

Dans tous les cas du second groupe, il y avait eu, au contraire, hémiplégie permanente, et la sclérose consécutive était parfaitement accentuée. Le trait commun à ces cas, est que, constamment, la lésion intéressait plus ou moins l'une ou l'autre des circonvolutions ascendantes frontale et pariétale, principalement dans leur moitié supérieure, et souvent toutes les deux à la fois. Il y avait, en outre, le plus souvent, participation des régions les plus voisines des circonvolutions frontales et pariétales. La figure que je fais passer sous vos yeux vous montre un bel exemple de ce genre (Fg. 11).

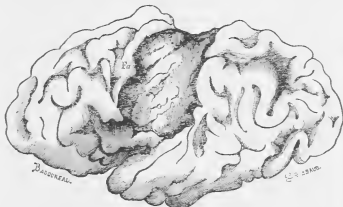


Fig. 11. — Vaste foyer de ramollissement cortical ayant détruit la circonvolution pariétale ascendante, une bonne partie de la circonvolution frontale ascendante, et la plus grande partie de circonvolution de l'insula. Les masses centrales étaient indemnes.

Vous voyez, d'après ce qui précède, que, comme je vous l'avais annoncé, la production des scléroses secondaires, en conséquence des lésions destructives de l'écorce des hémisphères, paraît être subordonnée au siége qu'occupent ces dernières lésions. Je vous ferai remarquer, en terminant, que ces départements du système cortical, dont, à l'exclusion des autres, l'altération détermine le développement des dégénérations secondaires, correspondent à celles qui chez le singe, sont désignées par l'expérimentation comme renfermant les centres dits psycho-moteurs ; ce sont aussi ceux dans lesquels la substance grise corticale contient les cellules pyramidales les plus volumineuses.

Je viens de mettre en relief, Messieurs, un fait important qui devra être utilisé pour l'étude des localisations dans le système cortical des hémisphères cérébraux, étude difficile que nous entreprendrons dans nos prochaines leçons.

(*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

De l'enseignement clinique en Allemagne.

Au moment où l'amélioration de l'enseignement médical est à l'ordre du jour, alors que faisant appel à l'expérience on va volontiers chercher en Allemagne des exemples et des modèles de réforme, il nous paraît à propos d'analyser une étude sur les défauts de l'enseignement allemand et les remèdes à y apporter (1). Bien que l'organisation des Universités allemandes dans son ensemble diffère beaucoup de celles de nos Facultés, et que, par conséquent, on ne puisse conclure absolument des unes aux autres, comme cependant les besoins d'un même enseignement sont les mêmes partout, il peut être intéressant de faire connaître à nos lecteurs les critiques, les conseils adressés à l'enseignement étranger par un homme compétent. Peut-être y trouvera-t-on, *mutatis mutandis*, des avis dont nous pourrions faire notre profit.

(1) *Ueber den klinischen Unterricht in Deutschland* von V. Ziemssen, Professor der medic. Klinik in München. Deutsches Archiv. f. med. Klinik, 1874.

D'après le professeur von Ziemssen, l'enseignement clinique en Allemagne présente trois défauts principaux, dont le nôtre est atteint à un plus haut degré encore :

1° Les élèves admis à suivre la clinique (les clinicistes) (1), n'ont pas une instruction diagnostique technique suffisante ; 2° Les cliniques sont encombrées ; 3° Les clinicistes ne sont pas en contact assez direct ni assez prolongé avec les malades.

Au premier abord, il semblerait donc que nous n'avons rien à envier à nos voisins ; les défauts de leur enseignement étant précisément ceux dont souffre le plus le nôtre. Mais il faut bien s'avouer que ce qui est insuffisant là-bas est nul ici. Ceux dont l'instruction préalable est regardée comme insuffisante par M. von Ziemssen, ce sont ceux qui, outre des leçons sur la pathologie et la thérapeutique spéciales des maladies internes et externes, ont suivi un cours d'auscultation et de percussion et appris l'art de formuler. Voilà pour l'insuffisance de l'élève ; voici pour celle des Facultés : « Sur vingt universités, huit seulement ont une clinique propédeutique, c'est-à-dire une préparation à l'examen au lit du malade, une clinique préparatoire pratique ; sept seulement enseignent la séméiotique générale ou spéciale, quatorze le diagnostic physique (auscultation et percussion) ; dix la laryngoscopie ; douze l'électro-thérapie. C'est l'enseignement propédeutique pratique de l'auscultation et de la percussion qui est le mieux représenté ; pour les autres on peut douter de leur existence ou de leur efficacité, dans la plupart des grandes écoles elles-mêmes.

C'est un doute que malheureusement on ne peut avoir pour notre Ecole de Paris, l'enseignement pratique n'existant nulle part, pas plus pour l'auscultation et la percussion que pour le reste. Et il faudrait fermer les cliniques si nos clinicistes devaient remplir les conditions que M. von Ziemssen demande.

« C'est seulement, dit-il, quand l'étudiant est méthodiquement et solidement exercé à obtenir complétement les données anamnestiques, quand il possède toutes les méthodes importantes d'exploration, quand il a appris à tirer logiquement le diagnostic des données fournies par l'examen de tout le corps malade, quand il est armé d'une connaissance suffisante des médicaments, des sources minérales, des moyens curatifs physiques, de l'art de formuler, c'est alors seulement qu'il devrait entrer à la clinique. »

Pour réaliser cet idéal, M. von Ziemssen propose de donner à la période de préparation à la clinique une étendue et une importance plus grande, en intercalant une clinique propédeutique entre les études théoriques et la clinique proprement dite. La préparation à la clinique, outre les cours et démonstrations pratiques de microscopie en anatomo-pathologie, outre l'étude des médicaments, des eaux minérales, des moyens curatifs physiques et de la formulaire, avec les exercices pratiques indispensables inhérents à cette étude, comprendrait la théorie et la pratique de toutes les méthodes importantes d'examen ; l'inspection, la palpation; la mensuration, la percussion, l'auscultation, la laryngoscopie, la rhinoscopie, la pharyngoscopie, l'électro-diagnose, et autres méthodes d'examen des systèmes nerveux et musculaire, la diagnose microscopique et chimique, la

(1) Pour éviter les périphrases nous emploierons plus d'une fois les termes allemands qui n'ont pas de correspondant dans notre langue.

thermométrie, l'exploration du pouls, etc. La clinique propédeutique réunirait tous ces faisceaux isolés ; elle utiliserait pour l'exercice pratique du diagnostic au lit du malade les connaissances et les aptitudes acquises dans la phase précédente des études.

M. von Ziemssen reconnait que si cette organisation, n'existent encore qu'à Berlin sous la direction de Traube, serait facile à établir dans les grandes Universités, elle est inapplicable dans les petites en raison de l'insuffisance du matériel clinique dont on ne pourrait rien distraire pour la propédeutique. C'est un peu le cas de la Faculté de Paris, dont les professeurs de clinique doivent envier l'installation de von Ziemssen. « Dans sa clinique, il possède une série de chambres disposées pour les leçons et les exercices en question ; l'une renferme les instruments de diagnostic (laryngoscope, spiromètre, thermomètre, goniomètre, polariscope, appareils électriques, etc.) ; l'autre est un laboratoire chimique avec six places de travail ; la 3e est destinée aux exercices microscopiques, aux expériences sur les animaux, aux travaux mécaniques ; dans la 4e, grande salle, se font les leçons et les cours, la 5e est un cabinet de travail particulier au professeur ; la 6e sert à recevoir les malades et renferme les instruments, les observations, les journaux, etc. » Le tout est à la disposition des coadjuteurs de M. von Ziemssen.

Dans les petites et moyennes universités pour satisfaire à la nécessité d'un enseignement propédeutique clinique aussi varié que possible, il suffirait, d'après M. von Ziemssen, de l'adjonction au professeur interne de clinique de trois jeunes professeurs. Un d'eux serait chargé des leçons et exercices pratiques des méthodes d'exploration physique chaque semestre; le second ferait des cours de diagnostic électrique et d'électrothérapie, de laryngoscopie et de laryngo-thérapie ; le dernier qui tiendrait la place d'un professeur extraordinaire, serait chargé du cours pratique propédeutique clinique ou diagnostique, et enseignerait avec quelques chapitres de pathologie spéciale, la matière médicale et la formulaire. C'est ce qui a lieu à Erlangen. Mais la condition *sine quâ non* de cette organisation est que ces jeunes professeurs disposent librement du matériel de la clinique ou de la policlinique. Cette condition est facile, trop facile à remplir chez nous, où le matériel clinique se réduit souvent au stethoscope du professeur.

Quant à la situation de ces professeurs de propédeutique clinique, M. von Ziemssen est d'avis qu'elle doit être complétement assimilée à celle des professeurs de clinique proprement dits. C'est une autorité en faveur de l'assimilation de nos futurs professeurs de cours complémentaires.

M. von Ziemssen ne craint pas qu'il s'établisse une concurrence entre la clinique des commençants et celle des plus avancés. « En cas de besoin, dit-il, le reglement interviendrait pour imposer la fréquentation de la clinique propédeutique pendant un ou deux semestres, comme condition préalable à l'admission à l'épreuve probatoire de médecine, sans préjudice de deux semestres de pratique à la clinique des plus avancés, dont la nécessité ne serait nullement diminuée par l'assistance à la propédeutique. »

Le premier résultat de cette organisation serait de faire cesser l'encombrement des cliniques, en en faisant disparaître les commençants; le second, corollaire du premier, serait de permettre aux *pratiquants*, à ceux qui seraient admis à suivre la clinique, un contact plus intime avec le malade.

Le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique exigent, outre des connaissances théoriques solides une grosse somme de notions et d'aptitudes que donne seule la fréquentation intime et prolongée d'un grand nombre de malades. L'institution la plus essentielle qui, dans l'organisation actuelle du cours des études, puisse atteindre ce but, est ce qu'on appelle la *Pratique* (Prakticiren) dans la clinique. Mais en réalité, cette Pratique n'est qu'une formule et se borne souvent à une conversation clinique entre l'élève et le maître, dont le second fait tous les frais. Le pratiquant ne voit ses malades en tête à tête que de temps en temps pendant la clinique ou en courant en dehors de la clinique; rarement il est interrogé sur eux, rarement ou jamais ils ne font le sujet d'une leçon. Dans ces conditions il ne peut être question d'une observation sérieuse. — Cet état de choses se rapproche beaucoup, on le voit, de ce qui se passe dans nos services hospitaliers où les externes se partagent habituellement les lits du service; l'avantage serait même de leur côté s'ils arrivaient mieux préparés, avec le bagage acquis des pratiquants qui sont, eux, à la fin de leurs études.

De là vient, dit M. von Ziemssen, que la plupart des jeunes médecins, au début de leur carrière, manquent de confiance en eux-mêmes, d'adresse et de sûreté dans l'examen du malade, de méthode dans l'observation, de sûreté dans la conduite du traitement et d'habileté dans l'intervention technique. Ces défauts ne se retrouvent pas chez ceux qui ont rempli les fonctions de médecins assistants aux cliniques ou dans les hôpitaux. Aussi l'expérience démontre qu'ils gagnent ensuite la confiance du public beaucoup plus rapidement que leurs confrères. Mais il est évident que ces fonctions ne peuvent être le partage de tous les médecins: on ne peut renouveler plus fréquemment les médecins assistants des cliniques et, dans les hôpitaux, le nombre des places serait loin de suffire. Il est vrai, à l'inverse de ce qui se passe chez nous, que celles qui existent actuellement ne sont pas l'objet d'une compétition bien ardente, et que certaines restent vacantes pendant de longs mois. L'ancien *Biennium praticum*, l'*Annus praticus*, tel qu'il était exigé par les réglements bavarois avant l'introduction du mode d'examens de l'Allemagne du nord, tendait à une éducation pratique plus solide des médecins sous la direction des praticiens de la ville ou de l'hôpital. Mais il n'existe plus, et il ne reste qu'à donner une éducation clinique plus forte pendant le cours des études en mettant les clinicistes avancés, les pratiquants, en contact plus direct et plus fréquent avec le malade.

Trois moyens d'atteindre plus ou moins ce but sont proposés par M. von Ziemssen :

1° Un certain nombre d'élèves des plus anciens, rempliraient dans les salles des hôpitaux et pour un certain temps les fonctions de *sous-médecins*, à condition de loger dans l'hôpital et de satisfaire à certaines obligations;

2° Un plus grand nombre de pratiquants rempliraient les fonctions de *protocollants*, dans la salle sans autre obligation que de suivre les visites du matin et du soir et de tenir le protocole (cahier d'observations);

3° Les plus anciens se réuniraient pour suivre la visite du matin et du soir et cette permission serait accordée à tous les pratiquants, à tour de rôle.

M. von Ziemssen se loue beaucoup de l'expérience que, depuis 1868, il a faite à Munich du premier système, et nous l'en croyons sans peine ; il n'a fait autre chose en effet qu'introduire dans son service une organisation en vigueur depuis longtemps chez nous. « Dans le service, dit-il, fonctionnent toujours simultanément quatre sous-médecins et » dans la policlinique un aide-médecin. Pour tous la durée » des fonctions est de six mois ; de sorte que chaque année » 8 pratiquants traversent la clinique et deux la policlinique. Les changements ont lieu le 1er octobre et le 1er » avril. Les 4 sous-médecins de la clinique demeurent dans » l'hôpital et se partagent les salles. Ils ont le logement, le » chauffage, l'éclairage et une petite rémunération. Tous » suivent le médecin-assistant pendant les visites du soir » et du matin; ils doivent être exactement renseignés sur » chacun de leurs malades, participer à chaque examen des » malades, pendant lequel l'un d'eux tient le protocole; » exécuter eux-mêmes toutes les recherches physiques, » chimiques, microscopiques, etc., contrôler le pouls et la » température, prendre le poids du malade, appliquer l'électricité, faire les injections sous-cutanées, etc., surveiller les applications hydrothérapiques et autres, » assister aux expériences, faire les prescriptions pour le » service sous le contrôle du médecin-assistant. — Dans » toutes ces fonctions, il y a une alternance régulière toutes » les quatre semaines. En dehors des visites, les sous-médecins doivent s'assurer, dans leur salle, plusieurs fois » par jour, des entrées qui ont pu avoir lieu, des changements qui ont pu survenir chez chaque malade, de l'exécution exacte des prescriptions, de l'ordre de la salle, » etc. »

A part quelques détails et surtout sauf la durée des fonctions, ce n'est autre chose que notre internat. Notre auteur ne tarit pas sur les bons effets de cette organisation ; il est inutile d'en reproduire l'énumération pour nos lecteurs qui savent à quoi s'en tenir sur les résultats de notre internat dont la durée beaucoup plus longue sous ce rapport est tout à notre avantage. Seulement, en Allemagne, l'internat, malgré la brièveté de sa durée, a, comme en France, le défaut grave et inévitable de ne pouvoir être accessible à tous. C'est pour remédier à cet inconvénient, que M. von Ziemssen propose son second moyen, la création de protocollants, dont les fonctions se réduisent à collaborer aux visites du matin et du soir, sans demeurer dans l'hôpital.

Le troisième moyen, la participation des pratiquants à la visite du soir, c'est-à-dire à des démonstrations cliniques plus brèves, est appliqué dans certaines Universités ; elle aurait une grande utilité, dit M. von Ziemssen, si le nombre des visitants quotidiens était limité d'une façon convenable et s'ils se renouvelaient par une rotation régulière.

Il faudrait que ces démonstrations cliniques eussent lieu tous les six jours de la semaine, qu'on y parlât peu et surtout qu'on n'y fît pas de leçons, mais qu'on y examinât d'autant plus diligemment les malades, de telle sorte que l'élève soit mis en état de se convaincre par lui même de la nature des changements survenus. Cette organisation pourrait très-bien s'établir dans une grande Université et y coexister, dans un très-étroit rapport, avec une clinique propédeutique, à la condition d'augmenter le personnel enseignant, car pour le professeur de clinique, astreint à enseigner le matin de 1 heure à 1 h. 1/2 dans la clinique et à faire en outre une leçon, il est impossible d'avoir la force de démontrer encore le soir pendant autant de temps.

Nécessité de l'augmentation du personnel enseignant, telle est donc la conclusion finale de M. Ziemssen, et si l'on se rappelle que d'une part ce personnel est déjà beaucoup plus nombreux en Allemagne qu'en France, que d'autre part il enseigne beaucoup plus, on est obligé de reconnaître que cette augmentation de personnel, cet accroissement des *forces enseignantes*, s'impose chez nous plus impérieusement encore.

Ce n'est pas là, d'ailleurs, le seul rapprochement que suggère l'analyse précédente entre l'état de l'enseignement en Allemagne et sa situation en France ; nous en avons signalé quelques autres en passant, et nos lecteurs en ont probablement relevé que nous interdisait le cadre de cet article. Nous ne pouvons terminer, cependant, sans faire remarquer la différence capitale qui ressort pour nous de la comparaison générale entre les deux systèmes d'enseignement. Mieux pourvu, mieux outillé, l'enseignement allemand est aussi plus méthodique que le nôtre ; il dirige vraiment l'étudiant dans le cours de ses études, il s'applique mieux à lui faire acquérir les connaissances préalables nécessaires pour approcher avec fruit le lit du malade ; il le met mieux en état de retirer de l'enseignement clinique le plus grand bénéfice possible. Arrivé à ce point, il le cède, en théorie du moins, à l'enseignement français. Notre externat et notre internat, avec quelques modifications, quelques perfectionnements faciles à réaliser avec un peu de bonne volonté, satisferaient aux desiderata que von Ziemssen signale chez nos voisins. Mais en revanche si nous possédons, comme en bien d'autres choses, les éléments d'une organisation parfaite au sommet, la base nous fait défaut. L'enseignement préparatoire à la clinique nous manque ; en fait de propédeutique, la chose nous est aussi étrangère que le mot. Ce n'est pas que parmi les externes et les internes, beaucoup, sinon tous, ne suppléent par leur initiative personnelle, par leur travail isolé, à cette lacune de notre enseignement. Mais, avec les mêmes efforts, ils arriveraient à des résultats plus satisfaisants si nous possédions une organisation méthodique de l'enseignement, si la Faculté dispensait elle-même, sagement gradué, ce que les Allemands désignent sous le nom de propédeutique, ce que dans un bulletin précédent, le *Progrès Médical* appelait l'enseignement primaire médical. E. T.

Hôpital Lariboisière. — Cours de M. Isambert.

M. le Dr Isambert, agrégé libre de la Faculté de Médecine, a repris vendredi dernier, 21 janvier, ses conférences cliniques sur les maladies du larynx. Après avoir insisté sur la nécessité des études spéciales et sur l'importance du laryngoscope non-seulement dans la pathologie laryngée proprement dite, mais au point de vue du diagnostic de certaines affections générales ou même de quelques maladies étrangères à l'organe de la phonation, M. Isambert a fait connaître rapidement le maniement du laryngoscope et la formation de l'image laryngée.

Cette première leçon a été immédiatement suivie d'exercices pratiques qui, cette année, pourront se faire sur une plus grande échelle que les années précédentes. Le dispensaire du Bureau central devant être prochainement réuni au service de Lariboisière, le matériel de l'hôpital sera doublé et un plus grand nombre de personnes à la fois pourront s'exercer au maniement du laryngoscope.

Hopital Cochin : leçon d'ouverture de M. Després.

M. le professeur Després a recommencé mercredi dernier ses leçons cliniques à l'hôpital Cochin. Il les continuera les mercredi et samedi de chaque semaine.

Le professeur a d'abord exposé en quelques mots clairs et précis l'objet de la clinique chirurgicale. Elle comprend deux points : l'étude du diagnostic et celle du traitement. Parmi les nombreux éléments de diagnostic qui sont à la disposition du chirurgien, il en est un qui a une importance capitale, c'est la connaissance du début du mal. Il est des cas, en particulier dans la chirurgie des tumeurs, où cet élément seul suffit à établir le diagnostic. — A cette première étude se rattache nécessairement celle du traitement. Parmi les nombreux moyens thérapeutiques qui s'offrent au choix du chirurgien, celui-ci devra toujours préférer les plus simples, les moins douloureux, enfin ceux qu'une longue expérience a consacrés.

Après ce rapide exposé, qui a été en quelque sorte une profession de foi chirurgicale, M. Després a annoncé son intention d'entretenir surtout ses auditeurs des grands cas de chirurgie pratique, estimant qu'il serait ainsi plus utile aux élèves qu'en recherchant des faits nouveaux et insolites. Il a terminé sa leçon en rapportant l'observation de deux malades du service. Le premier est un jeune homme de 18 ans, tombé sur le bout pointu d'un manche à balai. Le corps étranger ayant pénétré dans le rectum a produit une plaie de la paroi antérieure de l'intestin, siégeant à 7 ou 8 centimètres de l'anus. Aucun trouble fonctionnel n'a suivi immédiatement l'accident. Mais huit jours après, la chute de l'eschare, qui a succédé à la contusion, a entraîné une communication de la vessie et du rectum ; le malade perdait une partie de ses urines par le rectum. M. Després pense que la fistule s'oblitérera spontanément. Le deuxième malade est un homme de 37 ans, chez lequel les antécédents révèlent la diathèse tuberculeuse, atteint d'un abcès froid de la paroi thoracique, consécutif à une carie du sternum (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 janvier 1876. — PRÉSIDENCE DE M. C. BERNARD.

M. BROWN-SÉQUARD, après avoir établi dans les séances précédentes l'existence de paralysies cérébrales directes, examine aujourd'hui comment on en doit expliquer la production. Dans quelques cas on peut accepter l'hypothèse de M. Vulpian, l'existence d'une hydropisie ventriculaire du côté opposé à la paralysie. Mais dans la majorité des cas, on n'a pas trouvé de liquide dans les ventricules. On pourrait alors invoquer l'absence d'entrecroisement des pyramides. Mais Serres ne l'a jamais constatée sur 1000 cas qu'il a examinés à ce point de vue. En outre M. Brown-Séquard croit aujourd'hui que les pyramides, loin d'être les seules voies de transmission des mouvements volontaires, ne contiennent que peu de fibres de la motilité. C'est ce qui ressortirait d'expériences de Magendie, Schiff, Vulpian, Brown-Séquard, où la section des pyramides n'a eu que plus d'influence sur les mouvements volontaires. Cette opinion est encore corroborée par des faits cliniques d'atrophie ou de destruction des pyramides sans paralysie notable. De cette étude des paralysies directes découlent, pour M. Brown-Séquard les conclusions suivantes : les paralysies ne proviennent pas de la perte des fonctions des centres encéphaliques, mais d'une irritation agissant à distance. Quels que soient le siége et la nature des lésions cérébrales, il peut y avoir des paralysies directes. Il en est de même pour les convulsions et les contractures qui sont des phénomènes de même ordre que les paralysies, l'irritation à distance pouvant amener soit la perte, soit l'exagération des mouvements.

M. CHARCOT tient à faire ses réserves sur les conclusions de M. Brown-Séquard. En effet l'existence de la contracture permet parfois de diagnostiquer le siége de la lésion. Si, en effet, elle atteint la profondeur des masses cérébrales, loin de l'épendyme et des méninges, il n'y aura jamais de contracture. Celle-ci se produit, au contraire, lorsque la lésion siége à la superficie du cerveau ou sous l'épendyme.

M. LABORDE montre à la Société deux chiens chez lesquels il pense être arrivé à produire artificiellement une hémorrhagie cérébrale. Le premier présente une paralysie motrice des membres et de la face du côté opposé à la lésion avec hémianesthésie directe. Chez le second, on constate de l'hémiplégie faciale indirecte avec hémianesthésie directe. M. Laborde se propose de montrer ultérieurement à la Société les cerveaux de ces deux chiens.

M. RAYMOND rappelle qu'il est arrivé, avant M. Laborde, à produire des hémorrhagies cérébrales. En se servant de la canule de Veyssière, pour aller piquer la partie postérieure de la capsule interne, il est parvenu à produire l'hémianesthésie et même dans deux cas l'hémichorée.

M. CHARCOT met en lumière l'intérêt des recherches de M. Raymond. Dans certains cas d'hémiplégie, on voit, au moment où le malade se croyant en voie de guérison, les mouvements viennent à se produire des phénomènes choréiformes : « hémichorée post-hémiplégique » ordinairement accompagnée d'hémianesthésie. D'un certain nombre de faits nécroscopiques, M. Charcot a pu conclure que ces symptômes dépendaient de lésions du tiers postérieur de la capsule interne, opinion corroborée par les expériences de M. Raymond. Du reste, cette coexistence de l'hémianesthésie avec l'hémichorée se rencontre aussi dans la chorée unilatérale vulgaire (1).

M. CONTY communique les résultats de recherches sur les phénomènes consécutifs à l'entrée de l'air dans les veines. Tous ces accidents sont dus aux troubles circulatoires, par distension des cavités droites du cœur. Les troubles de la respiration ne sont que secondaires. La mort a lieu par arrêt de la circulation, par asystolie.

M. RICHET a examiné sur les malades du service de M. Charcot, l'état électrique des nerfs sensitifs dans l'hémianesthésie. En faisant passer un courant électrique à travers des épingles enfoncées dans la peau, il a déterminé une douleur très-vive dans les parties frappées d'anesthésie. Les nerfs sensitifs n'ont donc pas perdu toute espèce d'excitabilité : en outre, il est évident qu'ils ne sont pas modifiés dans leur structure anatomique. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 janvier 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. COLIN ne voulait parler tout d'abord que de la leucocytose envisagée dans ses rapports avec la morve ; mais, appelé par M. Bouillaud sur le terrain des causes de la virulence morveuse, il fait part à l'Académie d'un résumé de ses idées sur ce sujet. Dans ces dernières années, les recherches de Pasteur, Davaine, Béchamp et d'autres ont fait faire un pas décisif à cette question, pour la vaccine, la morve et la tuberculose, sans toutefois amener tous les observateurs à conclure dans le même sens. Les uns, en effet, croient que le principe virulent a pour siége spécial les matériaux figurés du sang, globules rouges et blancs, globulins, granulations moléculaires, bactéries, micrococcos, etc., et que le plasma est inoffensif. Ils se fondent sur des expériences qui, au premier abord, paraissent péremptoires : on prend un liquide virulent, on ajoute de l'eau, on abandonne le mélange pendant quelques heures, puis, après décantation ou filtration, on inocule le liquide ainsi débarrassé de tout corpuscule solide, et alors on remarque que les phénomènes d'intoxication ne se manifestent pas. Introduit-on, au contraire, dans le torrent circulatoire les parties figurées du plasma virulent, l'intoxication a lieu. La conclusion, en apparence legitime, de ces expériences est que : les éléments figurés du sang ou de la lymphe sont les vecteurs des principes virulents — M. Colin repousse absolument cette manière de voir et il dénie toute valeur expémentale au procédé habituellement employé, parceque : 1° les

(1) La cataleptique dont l'observation a été publiée l'année dernière dans les *Archives de médecine* s'est rendormie le jeudi 13 janvier. Elle attire tous les jours à l'hôpital Cochin de nombreux visiteurs

(1) Voir la leçon de M. Charcot (*Progrès médical*, 1873, p. 244).

substances albuminoïdes ne diffusant pas ; 2° les virus ne se dissolvant pas ; 3° l'eau des mélanges ou des lavages altérant le virus par simple contact, il est impossible de dire que le principe virulent a pu agir puisque les substances inoculées ainsi n'en contiennent pas en quantité ou en qualité suffisantes. — Donc, les expériences d'inoculation après lavages ou diffusions sont mauvaises (quoique couronnées trois fois par l'Académie des sciences).—Le meilleur procédé est le procédé de M. Colin lui-même : on prend le sang sur lequel on veut expérimenter, on le laisse reposer, on sépare le liquide en exprimant légèrement ou même sans exprimer le caillot, on laisse reposer de nouveau le liquide pour que les quelques globules qu'il contient encore tombent dans les couches inférieures, on examine au microscope des portions de ce liquide prises dans les couches supérieures afin de bien s'assurer qu'il n'existe aucun élément figuré, et on inocule ces portions. On est sûr de ne pas avoir employé autre chose que la partie liquide du fluide virulent. Or, M. Colin a toujours réussi à inoculer ainsi la vaccine, la morve et la tuberculose. Donc, la virulence est indépendante des éléments figurés; elle appartient aux liquides.

Laissant les virus de côté, M. Colin revient à la leucocytose morveuse dont l'étude soulève trois questions : 1° y a-t-il plusieurs formes de leucocytose ; 2° quel est le point de départ de la leucocytose ? — 3° La leucocytose morveuse est elle spécifique ? — Contre Virchow, les micrographes en général et la plupart des cliniciens et anatomo-pathologistes, M. Colin soutient qu'il n'y a pas plusieurs formes de leucocytose ; les formes splénique, médullaire (osseuse), intestinale, n'existent pas. Quant à la forme ganglionnaire, c'est la seule possible, car chacun sait aujourd'hui, malgré l'opinion de Magendie, combien est importante l'action physiologique du système lymphatique et plus particulièrement des ganglions dans les phénomènes de la vie. — Suite de la lecture à la prochaine séance.

M. Gosselin a demandé la parole sur la récente communication de M. Verneuil pour dire qu'il a constaté, lui aussi, l'importance considérable de l'influence du rhumatisme sur la marche des lésions articulaires. Ses observations personnelles confirment pleinement celles de M. Verneuil. — Chez les individus rhumatisants, les arthrites traumatiques et surtout les arthrites dites de voisinage, ou encore les arthrites consécutives aux luxations ont une marche très-lente, et une grande tendance à devenir chroniques : elles guérissent difficilement. — L'arthrite aiguë passe souvent à l'état d'arthrite sèche. — Aussi faut-il toujours se défier des gênes articulaires prolongées, des ankyloses incomplètes, des arthrites sèches, parce qu'elles sont l'indice d'un état arthritique sur lequel la thérapeutique n'a malheureusement que peu ou pas d'influence.

M. Verneuil est heureux de l'appui que donne à ses idées la grande expérience de M. Gosselin. — La thérapeutique des lésions articulaires est un des points les plus difficiles que les chirurgiens puissent rencontrer. — Chez les rhumatisants, surtout après 40 ans, la réparation des lésions n'est presque jamais complète. — Si on immobilise, on a des raideurs articulaires très-rebelles: si on n'immobilise pas, les résultats sont plus mauvais encore par l'intensité et la multiplicité des phénomenes inflammatoires. Il est encore préférable d'immobiliser, car on a toujours la ressource de voir disparaître les raideurs consécutives.— Si l'arthrite se termine par une ankylose en bonne situation, il ne faut *jamais* y toucher chez les rhumatisants ; parce que la moindre tentative de redressement provoque des accidents aigus graves et se termine fatalement par une nouvelle ankylose : on réveille l'arthrite, on ne la guérit pas. — On doit poser, comme règle générale, qu'il faut toujours chercher le rhumatisme dans toutes les maladies des articulations.

M. Gosselin appuie sur ce fait que les arthrites *traumatiques* guérissent bien plus facilement que les arthrites non traumatiques chez des sujets non diathésiques, tandis que le contraire a lieu chez les sujets rhumatisants ; pour eux, les mouvements forcés ne servent à rien.

M. Blot a observé une dame qui, étant accouchée deux fois, a été prise à chaque fois de phénomènes de nature intermittente. — L'impaludisme s'est traduit au premier accouchement par des névralgies atroces qui ont facilement cédé au sulfate de quinine, et au second accouchement par des accès de fièvre intermittente. — La malade avait eu jadis des accès intermittents après avoir habité une contrée marécageuse. — Dans d'autres circonstances, M. Blot a vu des accouchées prises vers les 4e, 5e et 6e jours de gonflements articulaires qui lui ont d'abord inspiré de vives craintes, mais qui ont disparu ; ces accouchées étaient rhumatisantes. — Ces cas tendent à confirmer le rapprochement que l'on fait entre le rhumatisme et l'accouchement.

M. Verneuil. Le rapprochement que M. Blot signale est des plus légitimes. — Le point le plus important de sa communication est certainement la mise en lumière du fait suivant : la grande difficulté et l'importance considérable du diagnostic entre les arthrites traumatiques simples et les arthrites septicémiques bien autrement redoutables. Ne pourrait-on pas dire que les cas de pyohémie guérie n'étaient autres que des cas de rhumatisme non diagnostiqué ?

La séance est levée à 4 h. 1/2. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance d'octobre 1875. — Présidence de M. Charcot.

6. Ectopie cardiaque thoracique; par M. Désert, externe des hôpitaux.

Ce fait a été observé dans le service de M. Moissenet, sur un homme de 29 ans, nommé Eugène W..., imprimeur. Il est de taille moyenne, assez vigoureux, mais a maigri notablement depuis quelque temps. Il présente des signes assez nets de tuberculose.

La percussion révèle une sonorité parfaite à la région précordiale et à la région sternale, mais il n'en est pas de même au niveau de la mamelle droite. En ce point, les doigts sont soulevés par de véritables vibrations; et l'œil constate un frémissement du cinquième espace intercostal semblable en tous points au choc qu'imprime la pointe du cœur à la paroi thoracique. Le sternum est saillant, la région précordiale aplatie, et la région mammaire droite proéminente. La colonne vertébrale offre une incurvation à concavité droite, s'écartant de 1 centimètre et demi de la ligne médiane. En somme, la poitrine a grossièrement la forme d'une carène. A la partie saillante, on voit nettement les vibrations produites par la pointe du cœur. Le malade met cette configuration du thorax sur le compte d'une chute qu'il fit sur le bord d'un trottoir à l'âge de 8 ans.

On perçoit les battements cardiaques sous le mamelon droit, entre le poumon et le foie qui déborde les fausses côtes de 4 centimètres 1/2. La rate, les reins, l'estomac sont à leur position normale, seulement ce dernier viscère s'élève un peu après les repas, de telle sorte qu'il touche le poumon médiatement.

Par la percussion, on constate une matité au sommet gauche, mais de la sonorité au-dessous. Du côté droit, matité étendue de 3 centimètres du bord droit du sternum à 1 centimètre et demi en dehors et au-dessous du mamelon droit, c'est-à-dire comprise dans une ligne horizontale de 11 centimètres et de 4 centimètres de haut en bas. L'auscultation nous révèle en ce point les bruits du cœur dont le premier est accompagné d'un souffle à la pointe.

Cette anomalie du cœur est-elle congénitale ou acquise?

La position du cœur à droite est très-accusée, la circulation est très-régulière, et l'on observe seulement quelques palpitations après une longue course ou une ascension un peu pénible : mais ce phénomène peut très-bien trouver sa cause dans l'affection pulmonaire, dont le malade est atteint. Il n'a, du reste, jamais eu aucune affection qui ait pu déterminer un déplacement du cœur.

Il s'agit donc bien ici d'un déplacement congénital du cœur, sans inversion des autres viscères. Nous avons recherché des cas semblables et nous n'en avons pas trouvé : dans ceux que nous avons vu ressembler le plus à notre observation, la pointe du cœur n'était cependant pas dirigée à droite. Aussi le fait que nous venons de rapporter nous a-t-il paru unique jusqu'à présent.

M. D[illegible]. J'ai vu ce malade dans le service de M. Gombault, qui l'avait considéré comme atteint de dilatation des bronches et non de tuberculose. La déviation du cœur avait été constatée.

8. Amputation de la cuisse. — Emploi de la pince hémostatique. — Hémorrhagie secondaire de la fémorale; par M. Zimbick, interne.

Madame X., agée de 25 ans, se casse la jambe droite, au tiers supérieur, le 1er janvier 1875. La consolidation n'existait pas au 10 juin suivant: le membre était empâté: la plaie tuméfiée est saignante. Une hémorrhagie grave s'était produite au mois de mai. A l'entrée, on diagnostique un sarcome développé, *loco minoris resistentiæ*, c'est-à-dire au foyer de la fracture.

L'amputation de la cuisse est pratiquée le 23 juin. La pièce examinée démontre en effet une tumeur fibro-plastique.

L'artère fémorale n'est pas liée, mais on la ferme par une pince hémostatique.

Pansement ouaté. — Le troisième jour, on essaie d'enlever la pince; hémorrhagie.— Le cinquième jour, même tentative; même accident. On replace la pince, sans faire la ligature de l'artère. Le huitième jour; — hémorrhagie spontanée et mort. On trouve la pince dans le pansement. L'artère présente les traces d'une eschare éliminée, due à la pression de la pince. La tunique interne est ulcerée jusqu'à un centimètre audessus de la limite terminale, mais il n'y a aucun vestige de caillot dans sa cavité.

En résumé, il est difficile de dire si l'absence de caillot est due à l'emploi de la pince hémostatique, dont la pression déterminerait la gangrène des parois artérielles, plutôt que leur inflammation coagulante, ou bien, si le défaut de plasticité du sang, l'absence de caillot en un mot, ne pouvait pas être mise sur le compte de l'anémie et de la dyscrasie sanguine, consécutive à huit mois de séjour au lit.

M. Houel. Je pense, malgré l'autorité de Dupuytren, qu'on peut lier les artères au milieu d'un foyer purulent, ou au niveau d'une plaie en suppuration. J'ai pu, dans un cas où l'hémorrhagie s'était reproduite quatorze fois, faire avec succès la ligature de l'artère radio-palmaire.

M. Longuet. Lorsque l'opération date de plusieurs semaines, la ligature est absolument impossible. J'ai vu dernièrement M. Verneuil, placer forcément une pince sur l'artère axillaire, au fond d'une plaie d'amputation.

10. Corps fibreux sous-péritonéaux. — Polype fibreux intra-utérin, s'insérant au fond de la cavité utérine. — Ouverture anormale du canal de l'urèthre: par M. C[illegible], externe des hôpitaux.

X.., Marguerite, âgée de 43 ans, entre le 3 mai 1875, salle Sainte-Joséphine (service de M. Millard), à Lariboisière pour des pertes très-abondantes, dont le début remonte à 1870; amaigrissement: teinte cachectique.

L'examen de la malade fait porter le diagnostic de tumeurs fibreuses multiples de l'utérus; à la palpation grosse tumeur, siégeant à droite de la ligne médiane, perceptible par le toucher. Celui-ci en trouvait d'autres plus petites, et le doigt, introduit dans le col un peu entr'ouvert, sentait un corps qui était engagé. Au bout de deux mois, la malade est prise de rétention d'urine et quand on veut la sonder, on s'aperçoit d'une anomalie que nous n'avons trouvée signalée nulle part, mais sur laquelle, parait-il, M. Gosselin a souvent appelé l'attention de ses élèves; le canal de l'urèthre venant s'ouvrir au-dessus du clitoris. Au bout de quelques jours, une péritonite généralisée se déclare et le 5 juil[illegible] et la malade mourut.

Autopsie. A part les lésions de la péritonite voici ce que nous trouvâmes: Gros corps fibreux, bosselé, du volume des deux poings d'un adulte, sous-péritonéal et pédiculisé, appendu à l'angle droit et supérieur de l'utérus, tout autour du corps de celui-ci, noyaux multiples, sous-péritonéaux, non-pédiculisés.

En fendant l'utérus par sa face antérieure, nous arrivâmes sur un polype allongé, à corps cylindrique, de sept à huit centimètres de long, s'insérant par une large base au fond de l'utérus entre les deux orifices des trompes. Le sommet du polype fait saillie dans le col utérin, et l'orifice interne de celui-ci a déterminé à deux centimètres de son extrémité, une dépression circulaire qui donne au polype [illegible], l'aspect d'une verge après l'opération de la circoncision.

A première vue, on aurait pu croire que les fibres de l'utérus se continuaient directement avec celles du polype, mais en disséquant la pièce, nous avons reconnu que le tissu de celui-ci était indépendant des fibres musculaires de la matrice

11. Main-bot ayant l'apparence d'un pied;
Par H. Co[illegible]. (*Note présentée par M. Chouppe*).

Dans un cas d'accouchement à terme avec présentation du tronc, le fœtus étant mort déjà depuis longtemps, je tentai de faire la version dès que la dilatation fut complète. J'avais déjà, sur une main procidente, constaté l'absence du pouce, quand je pénétrai dans l'utérus. Je rencontrai un membre coudé à angle droit et terminé par une saillie osseuse qui me parut être le calcanéum; je tentai la version au moyen de ce membre, mais tous mes efforts furent infructueux. J'appelai alors à mon aide M. le docteur Ficheux qui, ayant éprouvé les mêmes difficultés que moi, alla à la recherche de l'autre membre inférieur et put alors, en abandonnant le membre atteint le premier, terminer rapidement l'extraction.

En examinant alors le fœtus nous pûmes nous rendre compte de la cause de notre premier insuccès. Le fœtus, à terme, est de volume normal, mais présente les anomalies suivantes: la main droite, qui est dans sa direction naturelle, n'a pas de pouce: cet appendice manque également à gauche; de plus, la main gauche est renversée sur son bord cubital de telle manière que le bord cubital de la partie antérieure du carpe et d'une partie du métacarpe répond à la surface articulaire radio-cubitale qui n'est représentée que par une petite facette. Le radius manque dans presque toute sa hauteur. Le bord cubital du carpe présente une facette articulaire. La face supérieure du carpe se trouve placée au côté externe de l'avant-bras qu'elle dépasse à la manière du calcanéum au pied. La déformation de la main gauche explique comment ce membre avait pu être pris pour un membre inférieur.

Le fœtus n'offre pas d'autre anomalie appréciable. Il eût été intéressant d'examiner la moelle épinière; la famille ne l'a pas permis.

M. Houel. La déformation de la main s'explique dans ces cas, qui sont assez communs, par l'absence du radius et des métacarpiens.

M. Parrot. J'ai observé dernièrement un fait semblable. M. Letulle l'a communiqué à la société.

M. Budin demande s'il y avait hydramnios.

M. Chouppe. Je l'ignore.

16. Cirrhose du foie; Péritonite chronique, probablement tuberculeuse; par M. Chenet, interne.

Homme de 56 ans, cocher, entré à l'Hôpital Saint-Antoine le 11 juin 1875. Service de M. Proust, suppléé par M. Lépine.) — Cet homme avait fait, il y a 8 ans, un séjour de cinq mois à l'hôpital Lariboisière pour un ictère. Depuis cette époque, sa santé a toujours été assez bonne. — Il y a six semaines environ, — il a avalé par mégarde une assez forte dose de laudanum, et bien que les suites immédiates de cet accident n'aient pas été fort graves, c'est depuis cette époque qu'il s'est senti malade. — Il a maigri rapidement, son appétit a diminué. il vomit fréquemment, ses selles sont régulières, mais toujours [illegible]ides. Elles n'ont jamais contenu de sang.

Le ventre s'est développé assez rapidement; de l'œdème s'est montré aux membres inférieurs. Le teint est terreux et les conjonctives ont une teinte subictérique. — Il existe un épanchement ascitique assez abondant: les veines superficielles se dessinent sur la peau du ventre distendu. Léger [illegible] des membres inférieurs qui ne remonte pas au-delà du mollet.

Il n'a pas d'hémorrhoïdes; pas d'épistaxis depuis un certain temps. Il y a une quinzaine d'années, au contraire, c'était un fait assez habituel chez lui. Urines rares, foncées en couleur, chargées de sels, densité 1022. La quantité rendue dans les 24 h. varie de 300 à 400 gr. Elles contiennent une

petite [illegible] : pas d'albumine. [illegible], depuis longtemps [illegible] le matin [illegible] fréquents.

La [illegible] à la pression, mais la per[illegible] du [illegible].
— On porte le diagnostic [illegible] alcoolique.

[illegible] le malade [illegible].

[illegible]
— [illegible]

[illegible] du [illegible].

[illegible]

[illegible] grain de [illegible], [illegible] par places. [illegible] la plus grande partie de [illegible] un relief très [illegible] coloration [illegible].

Le [illegible] de plusieurs millimètres [illegible] par larges plaques. [illegible] encore sur le péritoine viscéral [illegible] du foie, surtout au [illegible] elles étaient beaucoup [illegible] petit bassin. — Le péritoine [illegible].

Le *foie* n'avait pas [illegible] de volume et pesait 1950 gr. Sa surface convexe adhérait au diaphragme dans toute l'étendue [illegible]. Le [illegible] présentait une induration [illegible]. Le lobe gauche seul [illegible] et laissait voir à l'œil nu [illegible]. A la coupe, on peut voir assez nettement [illegible] des deux substances. Des lobules [illegible] un peu plus pâle, [illegible] la masse générale [illegible].

La *vésicule* [illegible]. Aucune lésion notable à rapporter du côté du cœur, [illegible]. — Quelques plaques [illegible].

Le poumon [illegible] du sommet. [illegible] deux poumons [illegible] viscérale droite [illegible] face convexe du poumon [illegible] jaunâtres, [illegible] granulations [illegible].

Les granulations que nous avons [illegible] absolument, à l'œil nu, aux granulations tuberculeuses. D'autre part, il n'est pas [illegible] avancé [illegible]. [illegible] nous [illegible] de la cirrhose. [illegible] cliniques [illegible] livre [illegible] ner [illegible].

[illegible] se [illegible] qu'est le rapport [illegible]. Les lésions [illegible] ne permettent pas [illegible] en faveur de la préexistence de l'une ou de l'autre.

M. [illegible]. Je ferai des réserves sur la nature des granula-tions, au moins pour celles du péritoine ; on sait en effet que la cirrhose du foie s'accompagne très-fréquemment de péritonite chronique [illegible] par des [illegible] et la présence de granulations qui simulent les granulations tuberculeuses. — Quant aux [illegible] qui a été extrait par la ponction [illegible], je n'y attache pas une grande importance au point de vue du diagnostic ; dans deux cas où [illegible] je n'ai pas trouvé de granulations sur le péritoine.

17. Péricardite primitive subaiguë avec épanchement. — Pleurésie sèche de voisinage. — Diminution de l'épanchement. — Rechute. — Ponction sans résultat. — Mort.

Par F. Exchaquet, interne.

Nicolas K..., âgé de 60 ans, sans profession, né à Neuteiche (Moselle), entre à l'hôpital Necker, le 8 mai 1875, service de M. Potain. C'est un homme vigoureux, de constitution athlétique qui, sauf un eczéma généralisé, guéri depuis 10 ans, n'a jamais eu un jour de maladie. Il n'a jamais eu ni rhumatisme, ni syphilis ; jamais de maladies aiguës. Une quinzaine avant son entrée à l'hôpital, il fut pris d'un malaise général qu'il attribua à un refroidissement ; cet état persista et alla même en augmentant sans présenter de localisation bien nette ; le [illegible] perdit l'appétit, mais sans avoir de troubles digestifs [illegible], ni diarrhée, ni constipation, ni nausées ; il ne souffre pas de la tête et se plaint surtout d'une oppression presque continuelle à laquelle il n'était pas sujet ; il tousse à peine, ne crache pas, mais dort très-mal. Cet état n'a pas été amélioré par un vomitif pris huit jours avant son entrée à l'hôpital. En l'interrogeant avec soin, on est cependant frappé par le récit d'un fait auquel le malade n'attache pas d'importance : en descendant d'un omnibus, il y a quatre ou cinq jours, il fut renversé par une secousse en mettant pied à terre et sa chute fut suivie d'une perte de connaissance complète qui, d'après ce qu'il raconte, aurait duré 18 à 20 minutes. Son malaise allant plutôt en augmentant, il se décide à entrer à l'hôpital le 8 mai au matin.

L'examen pratiqué immédiatement après son entrée montre [illegible] le même contraste entre la persistance de l'état général et l'absence de symptômes objectifs. Il n'y a pas de signes bien nets d'embarras gastrique. On trouve dans toute l'étendue des deux poumons, en avant et en arrière, la sonorité conservée et des bruits respiratoires normaux.

L'examen du cœur montre cependant une augmentation de la matité précordiale qui mesure 18 cent. de la base à la pointe [illegible] du bord gauche du sternum ; la partie [illegible]. L'impulsion de la pointe est [illegible], les bruits du cœur sont [illegible] quelques irrégularités [illegible]. Les [illegible] mais sans battements [illegible] à 120 pulsations. [illegible] La respiration est fréquente et élevée. [illegible] Son urine rouge et sédimenteuse [illegible] d'albumine. — [illegible]. Infusion avec [illegible].

[illegible] En auscultant avec soin [illegible] vers la pointe [illegible] léger, non soufflant, [illegible] respiratoires [illegible].

10 mai. [illegible] respiration plus [illegible] et plus la-

elle. L'urine ne contient pas d'albumine ; on y trouve 5 gr. d'urée par litre.

11 mai. Les bruits du cœur sont plus nets, mais encore irréguliers. La matité précordiale toujours grande et 11 1/2 cent. Le malade a uriné depuis la veille 1500 gr. ne présentant plus trace d'albumine.

Soir. Le mieux persiste. Pouls [illegible] plus fort : le malade mange un peu avec plaisir.

Le frottement fut entendu encore pendant deux jours, puis disparut tout à fait ; il présentait tous les caractères, étant manifestement influencé par les mouvements du cœur mais ne se reproduisant que par moments et dans un point très-limité. L'état général alla en s'améliorant pendant quelques jours. A partir du 15, la digitale avait été remplacée par le vin diurétique. Le malade ne souffrait plus, respirait librement, les bruits du cœur étaient plus nets et réguliers, le pouls entre 90 et 100. Les recommandations de prudence faites au malade n'empêchèrent pas celui-ci de se lever et de rester souvent découvert dans son lit ; il se croyait guéri et parlait de départ, lorsqu'il recommença à éprouver de la lassitude et des faiblesses.

Le 24 on constate une augmentation de la matité précordiale (12 et 13 cent.) ; les bruits du cœur, sourds et irréguliers, présentent de nouveau quelques irrégularités. Les jours suivants l'état général alla en [illegible] ; la respiration s'accéléra (36 et 40). Le pouls, petit, irrégulier resta entre 130 et 140 pulsations ; l'oppression était, par moment, extrême. On emploie inutilement les révulsifs (vésicatoires, ventouses), les drastiques et les diurétiques (vin diurétique, pilules de scille, etc.). La matité est énorme, les bruits du cœur très-éloignés, faibles et rapides.

Malgré quelques moments de mieux accompagnés une fois ou deux d'une diminution dans l'étendue de la matité, le malade alla en s'affaiblissant progressivement à partir du commencement de juin ; au milieu de juin, après quelques journées très-mauvaises où on avait vu plusieurs fois le malade près de sa fin, les jambes commencèrent à s'œdématier au même temps que la figure s'écrasait et prenait un teint [illegible]. Vers le 20 juin, il fut pris d'accès de suffocation de plus en plus forts, en même temps, il se mit à expectorer une assez grande abondance des crachats d'abord spumeux (œdème pulmonaire), puis grisâtres et puriformes. — L'oppression continuelle était augmentée au moindre effort, à tous les mouvements : le malade ne pouvait ouvrir avec une très-grande difficulté. La matité précordiale restait énorme (13 et 14 cent.) ; la partie de matité intense occupant un triangle de 1[illegible] cent. de hauteur sur 11 de base environ. [illegible] l'oreille percevait partout des bruits respiratoires superficiels, et l'absence d'une matité absolue concourait à établir la présence dans toute l'étendue de la région précordiale d'une lame de tissu pulmonaire.

Plusieurs fois la question de la ponction du péricarde avait été posée par M. Potain, mais l'absence de signes certains d'épanchement, la possibilité de l'existence d'une dilatation simple du cœur, due à la dégénérescence [illegible] du muscle cardiaque, l'avaient dissuadé d'abord de tenter cette opération. Le 9 juillet, l'état du malade étant toujours désespérant et sa mort [illegible], M. Potain se décida à cette tentative. La ponction fut faite dans le huitième espace, avec l'aiguille [illegible] de l'appareil ; après avoir enfoncé progressivement son aiguille de 3 centimètres environ sans qu'il sortît une goutte de liquide, M. Potain sentit la paroi du cœur [illegible] contre la pointe de l'instrument qui fut retiré immédiatement. En nettoyant l'instrument on remarqua [illegible] que l'aiguille avait ramené un [illegible] qui était engagé dans son ouverture. La ponction ne fut accompagnée et suivie d'aucun nouvel accident et le malade succomba six jours plus tard, le 15 juillet, sans avoir présenté de symptômes nouveaux.

Autopsie. — Le 16 juillet, à l'ouverture du thorax, on trouve en enlevant la partie antérieure des côtes et le sternum que les poumons recouvraient presque entièrement le péricarde. Des adhérences récentes, peu résistantes, existaient entre le bord antérieur du poumon gauche et le péricarde, surtout à la partie inférieure, au point où le frottement avait été perçu pendant la vie. En écartant les poumons le péricarde se présente comme une vaste poche [illegible], et l'ouverture du sac péricardique montre qu'il renferme environ un litre de liquide verdâtre séro-purulent. — Le cœur présente un type des descriptions classiques des exsudats péricardiques : il est tout entier recouvert d'une couche d'exsudat fibrineux, non organisé et pouvant être détaché sans difficulté du muscle cardiaque. Sur le ventricule droit on trouve l'aspect rugueux qu'on a comparé à la surface de deux beurrées violemment séparées l'une de l'autre ; sur le ventricule gauche l'exsudat beaucoup plus considérable forme des saillies analogues aux papilles de langue de chat et offrant près de 1 centimètre de hauteur.

Le muscle cardiaque, manifestement malade, flasque et mou, offre une teinte jaunâtre, feuille-morte. — On ne trouve pas d'altérations valvulaires. Les poumons sont œdématiés, le droit présente à la base un foyer hémorrhagique étendu.

Les autres organes ne présentent pas d'altérations notables. Deux points nous paraissent devoir être relevés dans cette observation comme présentant un intérêt particulier. D'abord c'est le fait assez rare du développement d'une péricardite primitive subaiguë avec épanchement considérable chez un individu jusque-là bien portant ; le mode insidieux du développement de ces péricardites explique que celles-ci soient le plus souvent méconnues.

Il n'est peut-être pas inutile de revenir sur les causes de l'insuccès qui a accompagné la tentative de ponction. Il est évident que sous l'influence du vide préalable, un fragment de la couche fibrineuse assez épaisse qui revêtait la péricarde s'est introduit dans l'aiguille creuse. Celle-ci étant trop fine pour lui donner passage est restée complètement obstruée. Il serait préférable pour éviter un accident analogue d'employer dans un cas semblable le trocart fin ; le traumatisme produit est encore insignifiant, et on a l'avantage avec cet instrument de pouvoir arriver dans la collection avant de retirer le trocart de la petite canule qui plonge dans le liquide.

25. Bassin oblique ovalaire ; par M. Ch. H. Petit, interne.

Ce bassin provient d'une femme de 19 ans, morte à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. le docteur Peter), quatre jours après son premier accouchement, qui avait été très-laborieux et avait dû être terminé par la céphalotripsie. Ce bassin présente des déformations très accentuées : la moitié droite est aplatie vers la ligne médiane, et atrophiée, tandis que la moitié gauche paraît plus évasée qu'à l'état normal. Le détroit supérieur affecte la forme d'un ovale, dont le grand axe est le diamètre oblique gauche, et dont la petite extrémité répond à la symphyse sacro-iliaque droite. Cette symphyse est complètement ankylosée et il ne reste plus que des traces peu étendues de cartilage articulaire.

Quand on regarde le bassin de face, on voit la symphyse sacro-iliaque droite derrière l'éminence ilio-pectinée du même côté, le promontoire derrière l'épine pubienne droite, et la symphyse sacro-iliaque gauche derrière l'épine pubienne gauche.

La moitié latérale droite du sacrum est manifestement atrophiée, et ses trous sacrés antérieurs et postérieurs s'y montrent plus petits que ceux du côté opposé.

Quand on regarde le bassin par derrière, la déformation est encore plus frappante que quand on l'examine par devant : l'os iliaque droit [illegible] de profil, de manière qu'on n'en aperçoit qu'une [illegible] ; l'os iliaque gauche, au contraire, montre toute sa face externe jusqu'aux [illegible], [illegible] la symphyse pubienne dans le même [illegible] que la partie du [illegible] grand ligament sacro-sciatique.

Le détroit inférieur présente, comme le supérieur, la forme d'un ovale à grosse extrémité tournée à gauche. Les principaux résultats de la mensuration pratiquée sur le bassin sec, sont les suivants :

Détroit supérieur.

[illegible]	[illegible]	centimètres.
[illegible]	[illegible]	
— [illegible]	11	
— [illegible]	10	
— [illegible]	[illegible] 1/2	—
[illegible]	9 1/2	—
— [illegible]	12	—
[illegible]	9 1/2	—

[illegible] sacro-iliaque gauche, à 1 centimètre environ au-dessous de la ligne [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] 1 1/2 [illegible] re oblique [illegible] du détroit supérieur, et dont la longueur a été donnée plus haut.

Détroit inférieur.

[illegible]

M. [illegible]

M. [illegible] [illegible] sacro-iliaque.

M. [illegible] des Cliniques. [illegible]

[illegible] Mal sous-occipital. Luxation [illegible] par glissement de l'atlas. Compression, puis rupture de la moelle épinière; par M. P[illegible], interne.

Le nommé V[illegible], Auguste, âgé de [illegible] 12, entré dans le service de M. de Saint-Germain, hôpital des Enfants malades, le 13 juillet 1878, a été couché [illegible] salle Saint-[illegible] midi [illegible] jour [illegible] de l'examen.

[illegible]

nente. Toute cette région était endolorie, mais la pression ne permettait pas de reconnaître avec précision le siège du mal. M. de Saint-Germain diagnostiqua donc mal de Pott cervical; appliqua des cautérisations [illegible] sur la [illegible] et recommanda instamment de maintenir dans l'immobilité la plus absolue le cou de l'enfant.

A la suite de cette violente révulsion, une amélioration notable survint, mais on ne suivit pas les recommandations qui avaient été faites. L'enfant était [illegible], il jouait et courait avec les enfants de son âge sans appareil immobilisateur du cou.

Depuis quelque temps déjà l'enfant [illegible] la jambe gauche, mais cela ne l'empêchait pas d'aller et de venir, lorsque le [illegible] juillet, il urina du sang ; le 9 et le 10 il fut pris de convulsions. Le 11 et le 12 [illegible] des membres devint très [illegible]

Le 13 on l'amène à la consultation. Voici ce que nous constatâmes. Ses bras [illegible] le long de son corps ; ses jambes [illegible] ne pouvaient le supporter ; sa tête était portée en avant, son cou [illegible], mais il ne présentait pas [illegible] que l'on constate [illegible]. Il n'y avait pas une paralysie [illegible] des membres supérieurs et inférieurs ; si on l'engageait à [illegible], il [illegible] à grand peine [illegible] ; si on l'engageait à porter sa main au visage, il y arrivait avec beaucoup de temps et de difficulté ; la force musculaire était donc presque complètement [illegible] ; il ne pouvait rien [illegible] dans [illegible]. La sensibilité [illegible], alors son intelligence [illegible] ; il répondait avec netteté à toutes les questions qu'on lui posait ; ce qui dominait alors était un besoin [illegible] de sommeil.

Notre attention n'avait [illegible] par aucun symptôme qui nous [illegible] qui allait survenir. A midi, [illegible] lorsqu'à midi et demi, sans qu'on l'eût touché, *[illegible] moindre mouvement, on s'aperçut qu'il était mort.*

Autopsie. — [illegible] était très-congestionné ; pas d'autre [illegible] que l'apophyse [illegible] la moelle [illegible] annulaire. [illegible] premières côtes, [illegible] vertèbres [illegible] la portion [illegible] d'indiquer.

[illegible] de no- [illegible] la colonne [illegible] l'apophyse [illegible] l'atlas [illegible] colonne [illegible] recouvrant [illegible] avec la [illegible] des deux premières [illegible], il était rempli de pus [illegible] nombreux [illegible]

[illegible] des vertèbres, au niveau [illegible] surpris de [illegible] à 1 centimètre [illegible] ; les [illegible] ment [illegible]

[illegible] lésions osseuses [illegible] altérés. [illegible] aucune lésion. [illegible], rouge. [illegible]

[illegible] ligaments [illegible] était prolon- [illegible] ligament transverse [illegible] niveau de ses insertions [illegible] rougeâtre, ramolli, que l'on pouvait lacérer,

écraser avec l'ongle. Les ligaments odontoïdiens étaient rouges et presque complétement détruits.

Le déplacement de l'atlas avait eu lieu par glissement, sur les articulations atloïdo-axoïdiennes, de telle sorte que l'apophyse odontoïde s'était rapprochée de l'arc postérieur de l'atlas tout en restant dans l'axe du trou rachidien. Il n'y avait pas eu bascule, comme cela est noté quelquefois; il y avait simplement une diminution très-considérable du trou rachidien. Les ligaments odontoïdiens, quelque faibles qu'ils fussent, ont dû jouer un rôle important dans ce phénomène. Nous n'avons trouvé aucune autre lésion médullaire, la dure-mère était considérablement épaissie et un peu rouge.

Ces lésions ont un grand intérêt, car elles nous expliquent comment les symptômes graves ont évolué en quatre ou cinq jours et pourquoi dans ce processus rapide, ils se sont terminés par une fin imprévue et plus rapide encore. S'il y avait eu luxation par inclinaison de l'atlas, la mort serait survenue brusquement, sans avoir été précédée des symptômes paralytiques indiquant la compression graduelle qui devait déterminer plus tard la désorganisation complète du tissu médullaire.

Poumons.—Poumon gauche sain. Poumon droit congestionné dans toute son étendue; il présente une coloration rouge écarlate dans ses deux lobes supérieurs, une coloration rouge-brun dans son lobe inférieur. On arrive en le comprimant fortement à faire sortir des bulles d'air qui, se mélangeant au liquide exprimé peu abondant, le rend spumeux. Au sommet on trouve un petit noyau caséeux du volume d'un pois; pas d'autres lésions. Adhérences pleurales généralisées, mais surtout marquées au sommet, presque nulles au niveau du diaphragme. Enfin, on constate sur la surface de la plèvre viscérale un semis de granulations tuberculeuses grises, demi-transparentes, très-confluentes. Bronches saines. Ganglions trachéo-bronchiques droits au nombre de 3 à 4 réunis en une seule tumeur, tuméfiés durs, caséeux, ne présentent aucune trace de ramollissement.

Cœur. — Endocarde sain. Le péricarde présente deux taches laiteuses. — *Intestins* sains.—*Rate* et *foie* très-congestionnés.

Reins, très-congestionnés aussi. Le rein gauche est beaucoup plus volumineux, presque double de celui de côté droit. les bassinets sont distendus. L'uretère de ce côté a au moins. un calibre deux fois plus volumineux que de l'autre côté. A 1 centimètre de son introduction dans les bassinets on trouve un gros calcul, plus volumineux qu'un gros pois engagé dans son canal. Dans le bassinet on trouve deux autres calculs semblables. Ils étaient de forme irrégulièrement polyédriques et bruns. Une seule des *capsules surrénales* a été examinée: elle était saine.

Ces dernières lésions nous expliquent l'hématurie qu'a présentée le malade quelques jours avant sa mort.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 janvier. — PRÉSIDENCE DE M. LE FORT.

M. PERRIN communique au nom d'un chirurgien de l'armée, l'observation d'une plaie par arme à feu de la région temporale gauche ayant occasionné une paralysie du moteur oculaire commun et de l'hypoglosse. Après deux trépanations successives, le chirurgien a pu extraire des esquilles, et le malade a guéri.

M. VERNEUIL lit un mémoire du professeur Saxtorf, de Copenhague, sur le pansement antiseptique de Lister. Sur quatorze graves opérations, résections et amputations, il y a eu treize succès. M. Verneuil emploie lui-même ce genre de pansement; il entretiendra plus tard la Société à ce sujet.

M. DESPRÉS croit que toute l'efficacité de ce pansement réside dans l'emploi du drainage. — Ce n'est pas l'avis de M. Verneuil.

M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE a vu dans le service de Lister des succès merveilleux obtenus à l'aide du pansement phéniqué; lui-même n'a qu'à s'en louer hautement.

M. TILLAUX fait observer que les succès obtenus à l'étranger, dans les cas de résection, ont surtout pour cause l'opération hâtive. En France, on attend trop pour se décider à opérer.

M. LE FORT dit que les drains, employés dans le pansement de Lister, ne sont pas les mêmes que ceux de Chassaignac. Ce pansement a un grave défaut: l'acide phénique irrite les plaies. En Allemagne, on remplace avantageusement le phénol par l'acide salycilique qui n'a pas les propriétés irritantes du premier. Pour lui, il se trouve fort bien de l'usage de l'alcool camphré. Du reste, il pense que l'on exagère un peu les succès obtenus à l'aide du pansement phéniqué; si l'on prend suffisamment de précautions, tous les pansements sont bons.

M. VERNEUIL affirme que l'acide phénique à 25 p. 1000 n'est pas irritant pour les plaies. Il demande l'ajournement de la discussion afin qu'il lui soit possible d'apporter des faits personnels.

M. TILLAUX présente un corps étranger retiré de la cloison du nez chez une femme atteinte d'ozène depuis deux ans. M. Tillaux croyait avoir à faire à un séquestre du vomer, c'était un noyau de cerise incrusté de calcaire. I. B.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE.

1. **Du scotome scintillant ou amaurose partielle temporaire**; par E. DIANOUX. — Delahaye, 1875.
2. **Du glaucome hémorrhagique**; par E. HACHE. — Paris, 1875. Parent.
3. **Clinique ophthalmologique du Dr de WECKER: — Relevé statistique**; par le Dr MASSELON, chef de clinique des opérations pratiquées pendant l'année 1874. — A. Delahaye. — Paris, 1875.

I. Atteint lui-même de cette affection, assez commune quoi qu'en dise l'auteur, M. Dianoux a tracé une excellente symptomologie de cet accident.

Après un excès de travail, ou une indisposition gastrique, subitement, et dans les deux yeux (hémiopie), un nuage cache une portion du champ visuel, puis survient un scintillement de flammes et de demi-cercles lumineux. La vue est alors abolie. La position horizontale fait cesser assez rapidement ce phénomène alarmant. Quelques observations (et cette thèse en contient onze excellentes) signalent des sypmtômes cérébraux rattachés par Piorry à la migraine, affection avec laquelle le scotome scintillant possède assurément de nombreux points communs.

Dianoux localise l'accident dans le nerf optique et non dans la rétine. Il en fait une véritable névrose, dépendant des mêmes causes que la névralgie, et n'ayant aucun retentissement fâcheux sur la vision. L'examen ophthalmoscopique ne révèle aucune altération du fond de l'œil, même pendant l'attaque. L'affection guérit spontanément, par la position horizontale, le sommeil.

II. Cette thèse inaugurale est une des rares études faites en France sur l'anatomie pathologique oculaire, et pour son coup d'essai, M. Hache n'a pas choisi assurément le sujet le plus facile. Définissant le glaucome hémorrhagique « une forme particulière des affections glaucomateuses qui a pour point de départ l'artério-sclérose, et des hémorrhagies » le chef de clinique de Gallézowski a réuni huit observations de cette affection particulière. Il en décrit aussi la symptomatologie.

Sans cause appréciable, surviennent des hémorrhagies rétiniennes qui, suivant leur siége et leur étendue, altèrent plus ou moins la vision (période hémorrhagique); un calme apparent se prononce (période stationnaire) auquel succède un glaucome confirmé sans rétrécissement du champ visuel. C'est dans les cas de ce genre que tous les auteurs avaient reconnu l'inutilité de l'iridotomie.

M. Hache ayant pu examiner un œil atteint de glaucome hémorrhagique, a reconnu au microscope, dans cette rétine, l'existence de la sclérose et de ces anévrysmes artériels, dont Liouville, en 1868, nous a donné la description. La partie vraiment originale du travail de M. Hache est l'étude des altérations des vaisseaux choroïdiens, qui — il faut bien l'avouer — lui étaient nécessaires *à priori* pour expliquer l'état glaucomateux post-hémorrhagique. Suivant l'auteur, les artères choroïdiennes malades ralentiraient la circulation du tractus uvéal, d'où congestion et pression glaucomateuse.

Cette thèse riche de bonnes observations, appuyée de raisonnements, empruntés à la saine physiologie de l'œil, est un chapitre nouveau à ajouter à l'histoire générale du glaucome;

c'est une excellente étude d'anatomie pathologique qui nous promet des travaux ultérieurs où la clinique et l'histologie seront réunies.

III. Ce court résumé — trop court assurément pour le grand nombre de faits intéressants qu'il contient en germe — renferme : 1° une statistique ; 2° des remarques nouvelles sur l'iridotomie, le strabisme, les opérations du kératocone, les greffes conjonctivales et dermiques, et enfin, la mesure du champ visuel. — Dans la statistique des opérations nous relevons :

204 opérations de cataracte.
185 iridectomies.
16 iridotomies.
131 strabismes.
17 énucléations.

Sur les 204 opérations de cataracte, 179 appartiennent à des cas simples, sur lesquels l'opérateur n'a eu que *trois fois* la suppuration de la cornée.

En vérité, nous nous demandons pourquoi avec d'aussi brillants résultats, M. de Wecker a modifié (pour 1875) son procédé (1) ? Apparence de l'organe, éblouissements à éviter. Soit, mais la difficulté opératoire de la récente combinaison, mais l'action antiphlogistique de l'excision iridienne ! Enfin, attendons le résumé pour 1875 et disons toutefois que déjà les neuvelles séries du nouveau procédé opératoire justifient pleinement les tentatives de l'heureux et habile opérateur.

En créant l'iridotomie, M. de Wecker a doté la médecine opératoire oculaire d'une opération dont l'utilité est constatée en Allemagne par Mooren, en Bavière par Rothmund. Nous en trouvons dans le compte-rendu une application heureuse à un cas de luxation du cristallin : la malade myope $\frac{1}{3}$ quand elle usait de son cristallin, dut employer des verres + 2 pour le travail de près, une fois l'iudotomie pratiquée, la vision ne se faisant plus à travers la lentille.

Pour le strabisme, nous trouvons une observation remarquable de strabisme traumatique, guéri complétement par un avancement du D. E. grâce à la suture entrecroisée. Un nouveau crochet remplit l'indication de soulever le tendon et de le saisir (comme un lithotriteur) pour favoriser la suture.

Notons un cas de kératocomie avec M. $\frac{1}{3}$ à $\frac{1}{2}$ et S. $= \frac{1}{10}$; traité par la kératotomie de Sœmisch, après ablation du sommet : 6 mois plus tard la myopie était redescendue à $\frac{1}{10}$ et l'acuité atteignait $\frac{2}{5}$.

Deux ponctions dans des décollements rétiniens ont maintenu un état antérieur grave — et une autre n'a point eu de succès. Ces faits, tels qu'ils sont, montrent avant tout que M. de Wecker expose simplement et véridiquement ses résultats.

Un des chapitres les plus curieux de ce trop bref résumé est celui qui se rapporte aux greffes dermiques et conjonctivales.

M. de Wecker emploie non plus l'épiderme mais bien des portions de derme de 2 à 3 centimètres qu'il fixe par un côté avec de très-fines sutures. Cette méthode a donné de beaux succès dans les cas d'ectropion et de brûlure.

La transplantation de la conjonctive de lapin est indiquée : 1° dans le symblépharon partiel, pour tapisser la surface bulbaire ; 2° dans la formation d'un cul-de-sac pour placer un œil artificiel ; 3° enfin, dans la perte du cul de sac et la xérophthalmie. Gillet de Grandmont (2), Otto Becker (3), Illing (4), l'ont employée avec succès.

(1) *Bulletin de l'Académie des sciences.*
(2) *Courrier médical*, n° 28 (1874) 45, 46.
(3) *Ueber Einheilung von Kaninchen bindehaut in den Bindelautsack des Menschen.* — *Wiener méd. Wochenschrift*, n° 49. — 1874.
(4) *Beitray zu Casuistilk der Transplantantionen im Gebiete des Auges.* — *Vien 1874 Allgem. Wiener med. zeitung*, n° 32.

NOMINATIONS. — Par arrêté ministériel (15 décembre 1875), M. le dr Delaporte, médecin en chef à l'asile public de Maréville (Meurthe-et-Moselle), est nommé directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Fains (Meuse), et par une autre décision, M. Sizaret, médecin en chef de ce dernier établissement, est nommé en la même qualité à l'asile de Maréville, en remplacement de M. Delaporte. (*Revue médicale de l'Est.*)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de thérapeutique générale et de pharmacodynamie ; par le dr ARMAND DE FLEURY, professeur de thérapeutique à l'Ecole de Médecine de Bordeaux ; un volume in-8. Adr. Delahaye, 1875.

M. de Fleury s'est proposé, en publiant ses leçons, de faciliter aux élèves l'étude si pénible des éléments de thérapeutique. Il a voulu exposer méthodiquement les principes de cette science et grouper en un petit nombre de pages les faits primordiaux qui lui servent de fondement, et les lois générales qui en dirigent les applications. — Les sept premières leçons sont consacrées à l'histoire des méthodes thérapeutiques, des médications, de l'action des médicaments, de leurs voies d'introduction et d'élimination et enfin de l'art des formules. Elles renferment au milieu de considérations philosophiques de l'ordre le plus élevé, un certain nombre de recherches originales, et une foule de détails pratiques où l'on reconnait l'œuvre d'un clinicien expérimenté. Les six dernières leçons contiennent la critique très-détaillée des classifications actuelles des médicaments, les principes de la classification proposée par l'auteur et l'étude des principales médications. La classification adoptée par M. de Fleury comprend quatre grandes classes divisées elles-mêmes, en ordres, genres et espèces.

La première classe renferme les médicaments *hyposthénisants* qui se divisent, d'après leur action physiologique, en stupéfiants, contre-stimulants, antiphlogistiques, antispasmodiques, anesthésiques et lénitifs.

La deuxième classe se compose de 5 ordres de médicaments *hypersthénisants* qui sont : les eupeptiques, les toniques, les astringents, les stimulants et les excitateurs. Les éliminateurs, les révulsifs et les caustiques forment les 3 ordres de la classe des *substitutifs*. Enfin, les médicaments *spéciaux* constituent une quatrième classe dans laquelle trouvent place d'une part tous les médicaments électifs c'est-à-dire qui agissent spécialement sur les tissus ou les appareils fonctionnels comme le font les purgatifs, les vomitifs, les diurétiques, les sudorifiques, etc., et d'autre part, les médicaments spécifiques agissant contre des états morbides déterminés, comme par exemple, les anti-parasitaires, les anti-toxiques, les antiherpétiques, les anti-arthritiques, les anti-scrofuleux, etc., etc. Il y aurait peut-être beaucoup à dire sur la légitimité des divisions de cette quatrième classe qui contient les médicaments les plus variés et les plus disparates. Il faut reconnaître toutefois que ce mode de groupement répond à une sorte de nécessité imposée par la clinique et que s'il est discutable au point de vue scientifique, il a, au moins, le mérite d'être dans la pratique, d'une grande commodité. C'est en développant cette classification que l'auteur étudie l'action physiologique et thérapeutique des principaux médicaments. De nombreux tableaux synoptiques condensent en quelques lignes les faits les plus importants et permettent de les embrasser d'un coup d'œil. En résumé le nouvel ouvrage de M. de Fleury, nous parait appelé à rendre de grands services. Les étudiants y trouveront un exposé clair et rapide des lois générales de la thérapeutique et les médecins y puiseront des conseils pratiques dont il ne manqueront pas d'apprécier l'utilité. A. P.

VARIA

Liste des prix de la Faculte de Médecine de Paris pour l'année 1874-1875. — La Faculté avait à décerner pour 1875 : 1° Les prix provenant des libéralités de : M. le baron Trémont, de la valeur de 1,000 fr.; M. le baron Barbier, de la valeur de 2 000 fr.; Mme la comtesse de Chatauvillard, de la valeur de 2,000 fr.: M. Corvisart (médaille 400 fr. 2° Les prix pour les thèses les plus remarquables soutenues devant elle pendant l'année.

Dans ses séances des 2 et 9 décembre, l'assemblée de la Faculté a entendu les rapports des Commissions chargées d'examiner les titres de chacun des candidats, et elle a dressé la liste des lauréats. Cette liste a été approuvée par M. le Ministre de l'Instruction publique par décisions des 30 novembre, 8 décembre, 23 décembre 1875. et 13 janvier 1876.

1° *Prix Trémont.* — Commission : MM. WURTZ, doyen, BOUCHARDAT, DEPAUL et VULPIAN. Ce prix, de la valeur de 1,000 fr., a été partagé en parties égales entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

2° *Prix Barbier*. — Commission : MM. Richet, Dolbeau, Trélat, Vulpian et Le Fort. Sur le rapport de la Commission, la somme de 2,000 francs, provenant du prix Barbier, a été répartie de la manière suivante, à titre d'encouragements, entre les personnes dont les noms suivent : M. Trouvé, fabricant d'appareils électriques, 750 fr.; M. Faucher, id., 750 fr; M. le dr Latteux, aide de clinique, 300 fr., M. Bénac, fabricant de sondes, de bougies, etc.. 200 fr.

3° *Prix Chatauvillard*. — Commission : MM. Lorain, Charcot, Verneuil. La Commission avait à examiner les ouvrages présentés par cinq candidats. Elle a partagé les prix de la manière suivante : à M. le dr Pinard, chef de clinique à l'hôpital des Cliniques, une somme de 1,500 fr. à titre de récompense pour sa thèse inaugurale : *Des vices de conformation du bassin étudiés au point de vue de la forme et des diamètres;* à M. le dr Barréty, une somme de 1,500 fr. à titre d'encouragement pour sa thèse ayant pour titre : *L'adénopathie trachéo-bronchique en général, et en particulier dans la scrofule et la phthisie pulmonaire.*

4° *Prix Corvisart*. — Commission : MM. Béhier, Lasègue, G. Sée. La question posée était : *des péritonites non puerpérales*. La Faculté partage le prix de 400 fr., par portions égales, de la manière suivante : 1° Une médaille de 200 fr. à M. Monod (Frédéric), né à Marseille (Bouches-du-Rhône), le 27 janvier 1852, externe à la Pitié ; 2° Une médaille de 200 fr. à M. Gauché (Jean-Baptiste), né le 15 mars 1846 à Paris, externe à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Les prix *Lacaze* et *Montyon* n'ont pas été décernés.

7° *Thèses récompensées*. — Commission : MM. Béclard, Broca, Charcot, Regnauld. La Commission a eu à examiner 78 thèses qui avaient mérité les notes *extrêmement* et *très-satisfait*. Elle a distingué particulièrement 41 thèses qu'elle a portagées en trois classes, conformément à la liste ci-après : Les 41 récompenses accordées se composent de 5 médailles en argent, 15 médailles en bronze et 21 mentions honorables.

1re *classe*. Médailles d'argent. — La 1re classe a été réservée à celle de ces thèses dans lesquelles les auteurs ont mis en lumière un fait nouveau, un sujet original. MM. Couturier (Léon-Joseph-Jean), né le 24 septembre 1844, à Lyon. — De la glycosurie, dans le cas d'obstruction totale ou partielle de la veine porte ; Eschaquet (Théodore), né le 15 décembre 1849, à Saint-Saphorin (Suisse). — D'un phénomène stéthoscopique, propre à certaines formes d'hypertrophie simple du cœur ; Galippe (Marie-Louis-Victor), né le 29 mai 1848, à Grandvilliers (Oise). — Etude toxicologique sur le cuivre et ses composés. Homolle (Simon-Georges), né le 26 novembre 1845, à Paris (Seine). — Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne; Verneau (René-Pierre), né le 23 avril 1852, à la Chapelle-sur-Loire (Indre-et-Loire). — Le bassin suivant les sexes et les races.

2e *classe*. Médailles de bronze. MM. Boucheron (Hippolyte-Arille), né le 11 mars 1848, à Varennes (Yonne). — Etude sur la nutrition de l'œil et sur l'emploi thérapeutique de l'électricité dans quelques affections oculaires, Cordier (Jacques-Sylvain), né le 25 novembre 1846, à Moutoune (Jura). — Etude sur le catarrhe de l'oreille moyenne dans le cours de la rougeole; Dubergé (Auguste-Ferdinand), né le 5 juillet 1846, à Toulon (Var). — Quelques considérations sur les complications des plaies de la Guyanne française; De la Bellière (Théogène), né le 28 novembre 1848, à Saint-Pair (Manche). — Etude sur l'otite des phthisiques et principalement sur sa pathogénie; Deschamps (Lazare-Gabriel), né le 20 décembre 1848, à Autun (Saône-et-Loire). — Du rôle des parasites dans la diphthérie; François-Franck (Charles-Albert), né le 7 mai 1849, à Paris (Seine).—Recherches sur l'anatomie et la physiologie des nerfs vasculaires de la tête; Fiaux (François Louis), né le 27 juillet 1847, à Paris (Seine). — Recherches expérimentales sur le mécanisme de la déglutition; Glénard (Claude-Marie-Frantz), né le 23 décembre 1848, à Lyon. — Contribution à l'étude des causes de la coagulation spontanée du sang à l'issue de l'organisme; Hearn (Alfred-William), né le 28 décembre 1842, à New-York. — Kystes hydatiques du poumon et de la plèvre (étude clinique); Hocquard Charles-Edouard), né le 5 janvier 1853, à Saint-Nicolas (Meurthe). — De la rétinite pigmentaire; Lebeau (Lewis-Abear), né le 11 octobre 1849, Etat de la Louisiane (Amérique). — Contribution à l'étude de l'encéphalocèle acquise; Magnier de la Source (Hubert-Louis-Edouard-Ferdinand), né le 24 septembre 1850, à Samer (Pas-de Calais).—Contribution à l'étude des métamorphoses et du dosage de l'acide urique; Morice (Albert-Jean-Claude), né le 28 mai 1848, à Saint-Etienne (Loire).—De la dengue (fièvre éruptive des pays chauds), et de sa distribution géographique; Sevastopoulo (Nicolas), né le 21 septembre 1841, à Constantinople (Turquie). — Des hystéromes ou des tumeurs dites fibreuses de l'utérus; Viguier (Antoine-François-Camille), né le 15 mars 1850, à Vienne (Isère). — Essai sur les varices et les tumeurs superficielles.

3e *classe*. Mentions honorables; MM. Appay (Camille-Etienne), né le 17 mai 1839, à Vincennes (Seine).— De la transmission de la syphilis entre nourrices et nourrissons et notamment par l'allaitement, avec considérations médico-légales; Barbier (Jules-André), né le 20 mars 1847, à Dijon (Côte-d'Or). — Etude sur le genu-valgum; Bourdon (Emmanuel-Philibert-François-Raphaël), né le 21 janvier 1836, à Paris. — Des anaplasties périnéo-vaginales dans le traitement des prolapsus de l'utérus, des cystocèles et des rectocèles; Cadiat (Louis-Marie-Oscar), né le 28 juillet 1844, à Decazeville (Aveyron). — Etude sur l'anatomie normale et les tumeurs du sein chez la femme; Chevalet (Hippolyte-Constant), né le 25 octobre 1843, à Fontaine-Saint-Georges (Aube). — Des phlegmons angioleucitiques du membre supérieur (angioleucitites); phlegmons diffus et circonscrits ; abcès profonds de l'avant-bras; phlegmons et abcès de la paume de la main, panaris; De Cours (Ambroise-Joseph), né le 28 septembre 1849, à Salin-Grimaud (Aude). — De l'hémianesthésie saturnine; Dumas (Pierre), né le 29 septembre 1842, à la Charité (Nièvre). — Du chlorhydrate de polycarpine; Foix (Pierre), né le 3 mai 1841, à Casaber (Basses-Pyrénées). — Des péritonites circonscrites de la partie supérieure de l'abdomen; Franceschini (François-Antoine), né le 17 décembre 1841, à Corbara (Corse). Contribution à l'étude de l'action physiologique et thérapeutique de l'aconitine; Girardot (Charles-Joseph-Albert-Julien), né le 29 février 1848, à Besançon (Doubs). — Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens; Goguel (Victor-Alfred), né le 16 septembre 1848, à Sainte-Marie-aux-Mines (Haut-Rhin). — De la résection temporaire des os de la face; Labarraque (Edmond-Ferdinand, né le 4 mai 1848, à Paris (Seine). — Etude sur l'hypertrophie générale de la glande mammaire chez la femme; Martin (Marc-Edouard), né le 12 octobre 1844, aux Eaux-Vives (Genève, Suisse). — Etude clinique sur le traitement de quelques complications de rétrécissements de l'urèthre; Pasturaud (Vincent-Moïse-Daniel), né le 24 mai 1848, à Vars (Charente). — Essai sur la pathogénie d'un cas de leucémie aiguë; Percheron (Paul-Emile), né le 28 février 1847, à Paris (Seine). — Etude sur la dermatite exfoliatrice généralisée; Petit (Clovis-Louis-Henri), né le 11 août 1847, à Essygny-le-Grand (Aisne). — De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme; Mohammed Radouan, né le 15 avril 1847, au Caire (Egypte). — Etude théorique et pratique sur l'eczéma; Sainte-Marie (Gastou-Jules-Louis), né le 39 mars 1852, à Meudon (Seine-et-Oise). — Des différents modes d'exploration de l'œsophage; Tridon (Ernest), né le 21 septembre 1846, à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or). — Essai sur les signes et le diagnostic de l'insuffisance mitrale; Vaffier (Marie-Louis-Adolphe), né le 14 octobre 1851, à la Ferté-Vidame (Eure-et-Loir). — Du rhumatisme syphilitique; Weill (Anselme), né le 24 août 1842, à Bischheim (Bas-Rhin). — Du croton-chloral hydraté, ses propriétés, son emploi.

Liste des prix de la Faculté pour l'année scolaire 1875-1876. — *Prix Corvisart*. Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes sont admis à concourir pour ce prix qui consiste en une médaille d'or de 400 francs. Une question de médecine pratique est, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans des faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année, dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies au numéro du lit qui lui a été désigné; 2° la réponse à la question proposée. Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître. Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il juge dignes d'obtenir des médailles.

Concours de 1876. La question proposée est : *De l'insuffisance des valvules aortiques.*

Prix Monthyon. Le prix Monthyon, qui consiste en une médaille de vermeil et une somme de 300 fr. en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir. Les mémoires des candidats doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Barbier. D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Prix Chatauvillard. Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Chatauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Legs du baron de Trémont. M. Joseph Girod de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Par décret du 8 septembre 1858, M. le doyen a été autorisé à accepter ce legs au nom de la Faculté. Les candidats doivent se faire inscrire avant le 1er juillet de chaque année, au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné, en même temps, l'indication des pièces à fournir.

Prix Lacaze. Aux termes du testament de M. le dr Lacaze, un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé tous les deux ans au meilleur ouvrage sur *la phthisie* et sur *la fièvre typhoïde*, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité. Les mémoires des concurrents doivent être remis au secrétariat

de la Faculté avant le 1er juillet. Pour 1879, le prix sera attribué au meilleur travail sera la phthisie.

Thèses récompensées. La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elles dans le cours de l'année scolaire, désigne à M. le Ministre celles qui lui paraissent dignes d'une récompense (médaille d'argent, médaille de bronze, mention honorable).

Nos ministres de l'Instruction publique.

Bureaux et tribunaux. — A la fin de 1871, M. le Dr Bribosia, médecin de l'Institut ophthalmique de Namur, membre de l'Académie de médecine de Bruxelles, chevalier de l'Ordre de Léopold, demandait au gouvernement Français l'autorisation d'exercer en France la médecine et spécialement l'oculistique. Consulté par le ministre, le conseil de l'école de Lille répondit que les oculistes instruits ne manquaient pas dans le Nord où le besoin des lumières de M. Bribosia ne se faisait nullement sentir. — Cependant l'autorisation fut accordée par M. J. Simon le 6 février 1872. Dès lors M. Bribosia, parcourut les départements du Nord, prévenant les villes et villages de son arrivée, à grand renfort d'annonces. Dix médecins français signalèrent ses agissements à l'Académie de Bruxelles, les déclarant incompatibles avec l'honneur professionnel et les qualifiant de manœuvres à la Fontanarose. L'Académie belge déclara qu'elle jugeait contraire à la dignité professionnelle l'exercice de la médecine ambulante et qu'elle ne pouvait admettre dans son sein ceux qui s'y livraient. — N'ayant plus à y être admis, M. Bribosia resta dans le sein de l'Académie et perambula de plus belle. Entre temps, il se fit nommer directeur de l'Institut ophthalmique de Tournay, récemment fondé, et, à cette occasion la *Vraie France* (23 juillet 1873) disait de lui : « Chrétien » sincère autant qu'habile praticien il a, nous écrit-on, rendu » par ses soins la vue à bien des aveugles et guéri par ses » conseils bien des âmes d'une cécité plus dangereuse et plus » incurable que l'autre. » Dans ce double personnage, à la fois hiérophante et périodeute, les médecins du Nord ne virent qu'un simple charlatan et, demandant le retrait de l'autorisation, portèrent plainte au Conseil général de l'Association à Paris qui députa vers le ministre. Et dans leur réunion du 9 mars 1875, M. le président Cazeneuve disait à ses confrères qu'on attendait la réponse de M. de Cumont. — Le *Progrès du Nord*, à qui nous empruntons cette histoire, annonce le dénouement qu'y a donné M. Wallon. Par décret du 20 décembre 1875, M. Bribosia a été nommé Chevalier de la Légion-d'Honneur.

Pour défendre leurs intérêts, nos confrères du Nord auraient mieux fait peut-être de recourir aux tribunaux qui ne paraissent pas avoir sur l'exercice international les mêmes idées que les bureaux ministériels. Ils ont décidé, en effet, qu'un pharmacien à titre étranger, autorisé par le gouvernement français à s'installer dans un endroit où il n'existe pas d'autres pharmaciens, n'a pas le droit d'aller s'établir dans une autre localité où tient officine un pharmacien pourvu du diplôme français. Ce dernier est fondé à réclamer des dommages intérêts à raison de la concurrence que lui fait le pharmacien étranger. — Cette décision résulte d'un jugement du tribunal de Bastia du 11 juin 1875, confirmé par arrêt de la Cour du 5 janvier courant.

Médecins militaires.

Par décret en date du 11 janvier 1876, ont été nommés médecins aides-majors de 1re classe : MM. Poulet, Chevassu, Schrapf, Cbavasse, Autony, Leprieur, Cadot, Billot, Landriau, Demandre, Testevin, Baudot, Dubujadoux, Jeanuel, Morer, Bachoz, Davezac, Capdevielle, Vautrin, Petit-Bregnat, Maréchal, Voizard, Boutié, Bruant, Villiès, Thiébault, Louza, Farssac, Çavivenc, Augey, Granier, Fourcade, Warion, Vauthier, de Jouffrau-Blazac, Miffre, Michel, Buisson, Grandgury, Robert, Thoué, Amiard-Portinière, Pein, Vercoutre. Collin, Franchet, Adar, Favier, Nolle, Radouan, Cicile, Huguenard, Villemessens, Testeau, Reuaut, Maljean, Vernial, Potheau, Folie-Desjardins, Demcuniuk, Boyard, Philippi, Tardif, de Parades, Gross, Festy, Viguier, Bouillon, Charpentier, Sacreste, Durand, Gasmaun, Renauld, Lobit, Avon, Descargues, de Villario et Bréau. MM. Jules Roux, inspecteur général du service do santé de la marine; Oraboua, médecin principal; Jacolot, médecin de 1re classe, et Chadifaux, médecin de 2e classe de la marine, viennent de prendre leur retraite.

Préciput des doyens de Faculté.

— Le Président de la République française, sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts ; Vu la loi de finances du 22 décembre 1875, Décrète : Art. 1er. Le préciput des doyens des Facultés de théologie, de droit, de médecine, des sciences et des lettres, et le préciput des directeurs des Ecoles supérieures de pharmacie instituées dans les départements est fixé à 1,000 fr., à partir du 1er janvier 1876. — Art. 2. Dans les Facultés où le secrétaire agent-comptable recevrait un traitement fixe et un traitement éventuel, ces deux émoluments sont confondus et réunis en un traitement unique déterminé comme il suit, à dater du 1er janvier 1876 : Paris, Faculté de droit, 8,000 fr.; Faculté de médecine, 8,000 fr.; Faculté des sciences, 8,000 fr.; Ecole supérieure de pharmacie, 6,000 fr. Départements : Facultés de droit, de 4,000 à 4,500 fr. — Art. 3. Le Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret (*Officiel.*)

Louise Lateau ou la stigmatisée belge.

Le *Courrier de Bruxelles* donne les renseignements suivants sur l'état de Louise Lateau, la stigmatisée de Bois-d'Haine : Nous apprenons que l'humble et pieuse ouvrière de Bois-d'Haine, Mlle Louise Lateau, la stigmatisée, est au lit de mort. Depuis huit jours elle garde le lit. Presque toute relation avec le monde extérieur a cessé. Vendredi dernier les phénomènes de l'extase se sont produits comme d'habitude, seulement Louise n'a pas su se lever; mais sa physionomie indiquait toutes les phases du ravissement. La patiente continue de communier tous les jours, et elle a reçu l'extrême onction avec la ferveur la plus touchante. Les médecins, nous assure-t-on, désespèrent de prolonger la vie de la stigmatisée. « L'*Indépendance belge*, après avoir reproduit cette information, ajoute : « On s'étonne que les médecins aient été consultés. A quoi bon la science humaine? L'intervention de la Vierge Marie ne suffisait-elle pas? Et l'eau de Lourdes a-t-elle perdu sa vertu curative? Qui sait si la malheureuse ne meurt pas victime de la charlatanerie qui a exploité ses stigmates, martyre d'une spéculation sur le surnaturel et la superstition ? »

4. Traitement de l'anorexie.

Nous ne nous occuperons pas ici de l'anorexie qui existe à peu près constamment au début de toutes les maladies aiguës. C'est un phénomène ordinaire dans ces circonstances. L'anorexie est quelquefois liée à un état saburral de la muqueuse gastrique, ce qu'on appelle un embarras des premières voies.

L'emploi d'un éméto-catharique en a bien vite raison, mais ce symptôme persiste quelquefois et semble se rattacher tantôt à certains états névropathiques; tantôt à un état de dyspepsie, avec lequel, du reste, l'anorexie est confondue par beaucoup d'auteurs.

On fera bien de varier les médicaments employés, et aux préparations de quassia, de colombo, etc., ou pourra substituer l'emploi d'une des préparations suivantes :

℞ Elixir de Peyrilhe.......	30 grammes
Teinture de simarouba..	ãã 25 —
Teinture de gentiane...	
Liqueur de Baumé......	2 —

Prendre une cuillerée à café de ce mélange dans un quart de verre d'eau, au moins dix minutes avant chacun des deux principaux repas. (Nous nous sommes souvent bien trouvé de l'emploi de cette formule).

℞ Teinture alcoolique de noix vomique....	5 gouttes
Extrait de gentiane................	1 gramme
Sirop d'écorce d'orange.............	45 —
Vin de quinquina.................	150

Faites dissoudre.

A prendre en deux fois, une demi-heure avant chacun des deux principaux repas pour réveiller l'appétit (Gallois).

℞ Extrait de quinquina..............	2 grammes
Teinture alcoolique de noix vomique...	5 gouttes
Vin de Bordeaux.................	250 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	50 —

A prendre, en trois ou quatre fois, au commencement des repas, pour stimuler l'appétit. (Fonssagrives).

Nous avons retiré de grands avantages de l'élixir du Dr Geudriu, dont voici la formule :

℞ Vin d'Espagne..............	230 grammes
Extrait de cascarille..........	
— d'absinthe...........	ãã 5 —
— de gentiane..........	
— de myrrhe...........	
Fleurs sèches de camomille....	6 —
Ecorces sèches d'oranges amères	10 —
Sous-carbonate de potasse.....	15 —

Prendre, un quart d'heure avant et après chaque repas, une cuillerée à café de cet élixir, dans une grande cuillerée d'eau.

5. Pilules contre les névralgies tenaces et rebelles.

Valérianate d'ammoniaque cristallisé.....	
Quinine brute....................	ã ã 2 grammes.
Pour 20 pilules..................	

Prendre chaque jour de 2 à 10 pilules, en augmentant d'une pilule tous les jours. Après avoir pris ces pilules pendant dix jours, en suspendre l'emploi pendant cinq jours. Ces pilules réussissent spécialement dans les cas de névralgie iléo-lombaire. (*Bordeaux médical.*)

Enseignement médical libre.

Préparation au 3e et 4e examen de doctorat. — M. le Dr MARTIN-DAMOURETTE commencera de nouveaux cours le jeudi 3 février à une heure place de l'Ecole de Médecine, n° 17.

MORTALITÉ A PARIS. — Population 1.851.792 habitants. Pendant la semaine finissant le 20 janvier 1876, on a constaté 1,049 décès, savoir : Variole, 8; — rougeole, 3; — scarlatine, 2; — fièvre typhoïde, 29; — érysipèle, 2; — bronchite aiguë, 44; — pneumonie, 99; — dyssenterie, »; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1; — choléra nostras, »; — angine couenneuse, 10; — croup, 15; — affections puerpérales, 5, — autres affections aiguës, 312; — affections chroniques, 454 dont 171 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 43; — causes accidentelles, 22.

LONDRES. — Population 3.489.428 habitants. Décès du 9 au 15 janvier 1876. 1.590, savoir : variole, »; — rougeole, 40; — scarlatine, 60; — fièvre typhoïde, 13; — érysipèle, 5; — bronchite, 235; — pneumonie, 87; — dyssenterie, 1; — diarrhée, 14; — choléra nostras, 2; — diphthérie, 9; — croup, 19; — coqueluche, 100.

NÉCROLOGIE. L'un de nos meilleurs et de nos plus sympathiques collègues, M. le Dr CAFFE (P. L. B.), rédacteur en chef du *Journal des Connaissances médicales pratiques* est mort le 19 janvier dernier, à l'âge de 72 ans. Il avait été nommé interne des hôpitaux de Paris en 1828. Plus tard, il fut chef de clinique à l'Hôtel-Dieu. Pendant une partie de sa carrière, il s'occupa avec succès de l'ophthalmologie et publia sur cette branche de la pathologie des notes ou des mémoires intéressants. M. Caffe avait fondé le *Journal des connaissances médicales pratiques* qu'il a dirigé jusqu'à sa mort. Dans ces dernières années, il partageait la collaboration avec son gendre, M. le Dr CORNIL. Tous ceux qui ont eu des relations avec M. Caffe, n'ont eu qu'à se louer de sa bonté et de son aménité.

JOURNAUX SCIENTIFIQUES. *Loi sur le cautionnement.* ... du journal de Médecine le *Mouvement médical*, était cité en police correctionnelle pour avoir traité de matières politiques ... soumis au cautionnement. L'article était intitulé : « De ... conclusions; à MM. les Etudiants en médecine. » D... l'auteur, ainsi que l'a dit M. Labbée devant le tribunal, ... question de traiter de matières politiques dans le journal, ... miné était plutôt un article d'économie sociale. Le tribunal ... M. Labbée à 500 francs d'amende et M. Boyer à 100 francs d'am... (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie.*)

Librairie V.-A. DELAHAYE et Ce, place de l'Ecole-de-M...

ROMANORÈS (R.). Mémoires d'un condamué ou appréciation admi... et médicale du système pénitentiaire de la France et de l'Italie. — ... se publie par fascicules. Les souscriptions sont reçues dès mainte... librairie Delahaye.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Charité. — Service de M. SÉE. Salle Saint-Charles : lésion mitrale, 5, myélite; 6, pleurésie; 8, néphrite interstitielle; 9, rétrécissement mitral (souffle au 2e temps); 15, affection cardiaque; 22, mal de Pott avec parésie du membre inférieur. — Salle Sainte-Anne : 2, arthrite pendant la grossesse; 6, pneumothorax; 10, tuberculose au début; 12 et 15, chloro-anémie; 20, affection cardiaque; 22, affection cardiaque, ulcère de l'estomac; 24, insuffisance aortique.

Service de M. WOILLEZ. Salle Saint-Félix (H.) : 11, pleurésie droite, 3e thoracentèse; 15, rhumatisme articulaire, exostose du fémur, insuffisance mitrale. — Salle Saint-Vincent (F.) : 3, insuffisance mitrale, embolie de l'estomac, embolie cérébrale; 16, hémichorée hystérique; 15, insuffisance mitrale, congestion pulmonaire; 21, phlegmon du ligament large; 23, pleurésie gauche, myomes utérins.

Service de M. GOSSELIN. Salle Sainte-Vierge (H.): 25, cancer généralisé (foie, sein, ganglions lombaires), récidive; 31, rétrécissement de l'urèthre, bronchite aiguë; 33, tumeur blanche du genou, tuberculisation pulmonaire; 37, ostéo-myélite (amputation); 40, fracture des deux cuisses; 41, hémorrhoïdes enflammées; 43, fracture de jambe; 47, chancre induré, accidents secondaires.

Service de M. EMPIS. Salle Saint-Michel : 3, paralysie faciale; 14, pneumothorax; 18, apoplexie pulmonaire; 15, hémianesthésie. — Salle Sainte-Marthe : 13, pneumonie double; 15, phlegmatia alba dolens; 23, aphasie; 28, péritonite tuberculeuse; 29, pneumonie double.

Service de M. BERNUTZ. Salle Saint-Joseph : 3, ulcère simple de l'estomac; 4, insuffisance mitrale; 5, tumeur fibreuse de l'utérus; 12. pelvi-péritonite. — Salle Saint-Ferdinand : 1, péritonite tuberculeuse; 5, pneumonie; 6, insuffisance aortique.

Hôpital des Enfants-Malades. Service de M. LABRIC. Consultations le vendredi. Salle Saint-Jean : 9, fièvre typhoïde; 11, rhumatisme avec pleurésie gauche, rétrécissement aortique; 15, 20, scarlatine; 26, congestion pulmonaire, hémiplégie droite; 32, purpura simplex, scarlatine; 34, angine pseudo-membraneuse, adénite sous-maxillaire suppurée; 37, néphrite aiguë, accidents urémiques; 39, fièvre typhoïde avec laryngite; 44, chorée; 31, coqueluche avec bronchio-pneumonie gauche.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. ISAMBERT. — Les malades les plus intéressants du service sont en ce moment : Une tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée avec ulcération et chute spontanée de la luette; — Un épithélioma volumineux de l'épiglotte; — Une tumeur de nature encore indéterminée siégeant dans un des ventricules du larynx et ne laissant qu'une fente très-étroite pour le passage de l'air; — Un cas curieux de gommes syphilitiques de l'épiglotte; — Plusieurs rétrécissements laryngés d'origine syphilitique, un autre consécutif à un laryngo-typhus; — Deux polypes (papillomes du larynx); — Une hémiplégie laryngée coïncidant avec une hémiplégie incomplète des membres; — Enfin, de nombreux cas de phthisies laryngées, notamment des infiltrations tuberculeuses de l'épiglotte à différents degrés. (V. p. 84).

...e. — Service de M. ... h. Salle Saint-Hilaire : 2, ... 3, tumeur cérébrale, accès ... sciatique; 7, cirrhose, 8, pa... pleurésie gauche chez une ... cérébrale; 16, syphilis; 17, ... exostose du tibia; 22, albumi... eurésie, empyème; 39, alcoolisme, 47, ... mitrale. — Salle Sainte-Cécile : 7, ... articulaire aigu; 10, rétrécissement ... mitrales; 11, tumeur cérébrale; 17, ... 28, albuminurie, maladie de Bright; 24, ... nce et retrécissement aortique; 26, carci... l'estomac.

...ce de M Fernet. Visite à 9 h. Salle Saint-... : 2, pleurésie purulente, empyeme; 3, rhu...sme articulaire aigu; 4, 5, pneumonie; 11. ...l de Bright; 13, insuffisance et rétrécissement ...tiques. — Salle Sainte-Agathe : 1, paralysie ...érale; 3, rhumatisme blennorrhagique, 9, ulcère simple de l'estomac; 14, pleurésie; 17, fièvre typhoïde.

Service de M. Molland. Visite à 9 h. Pavillon V : 1, cirrhose alcoolique; 2, intoxication mercurielle; 9, pleurésie, 1..., rhumatisme articulaire ...gu, endocardite; 20, rhumatisme chronique. — Pavillon III : 1, rétrécissement aortique; 7, insuffisance mitrale, emphysème; 16, rhumatisme blennorrhagique; 18, rhumatisme, endocardite, 22, phlébite. — Pavillon IV : 25, pleurésie sèche; ..., insuffisance mitrale; 32, empyème; 34, ulcère de l'estomac.

Service de M. Anger. Visite à 9 h. Salle St-Barnabé : 8, hernie inguinale étranglée. — Salle Sainte-Marthe : 17, arthrite suppurée de l'articulation carpienne; 6, fracture compliquée de jambe; ..., ostéo-sarcome.

Service de M. Delens. Visite à 9 h. Salle St-Christophe : 13, fracture du col du fémur; 20, fracture du péroné; 24, abcès par congestion.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59 RUE DU PLESSIS

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÉGE DE FRANCE. — M. RANVIER.

Deuxième leçon (1).

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

SOMMAIRE. — Tissus communs à tous les organes. — Tissus spéciaux à quelques-uns. — Objet du cours. — Rapports du tissu conjonctif avec les séreuses et les vaisseaux. — Tissu conjonctif diffus. — Tissu conjonctif modelé. — Etude des séreuses. — Eléments du tissu conjonctif diffus. — Leurs analogies avec ceux des séreuses. — Idée générale du système lymphatique. — Il constitue le système primitif d'irrigation. — Le système sanguin est un système de perfectionnement. — Rôle du système lymphatique dans les échanges organiques.

Messieurs,

Dans la leçon précédente, et à propos de la définition même de l'anatomie générale, je vous ai montré qu'un organe, simple en apparence comme un os de mammifère, est en réalité formé de tissus très différents groupés dans un certain ordre. Il est facile de remarquer en outre que parmi ces tissus un seul, le tissu osseux, est spécial à l'os. Le tissu conjonctif dont il est entouré, le tissu adipeux qui remplit son canal médullaire, les tissus vasculaires dont il est pénétré, bien qu'affectant dans l'os une disposition typique, ne lui appartenant nullement en propre, vous les retrouverez dans un grand nombre d'organes avec une autre distribution, mais restés identiques à eux-mêmes en tant que tissus, c'est-à-dire formés des mêmes éléments anatomiques coordonnés entre eux de la même façon.

Il ressort de ces faits que les tissus de l'organisme se divisent de prime abord en deux grandes classes : la première comprenant les tissus communs à tous les organes, par exemple les diverses formes du tissu conjonctif et les vaisseaux ; la seconde comprenant les tissus spéciaux à quelques-uns d'entre eux. Je me propose, messieurs, d'étudier avec vous deux des principaux tissus de la seconde classe, leurs systèmes et leurs organes. Je veux parler du *tissu musculaire* et du *tissu nerveux*.

Nous passerons donc successivement en revue les diverses sortes de muscles d'une part et, de l'autre, nous étudierons les cordons nerveux, les ganglions périphériques, les masses nerveuses centrales. Mais dans chacun des organes musculaires ou nerveux, outre les éléments anatomiques qui leur sont spéciaux, nous trouverons les tissus généraux, c'est-à-dire ceux de la première classe, communs à tous les organes et répandus partout. Ils prendront à la structure du muscle, du cordon nerveux, de la masse centrale, une part déterminée qu'il importe de connaître exactement.

Cette connaissance indispensable ne saurait être acquise par l'observation des dispositions de détail qu'affectent les tissus généraux au sein des organes qu'ils pénètrent, mais bien par une étude d'ensemble de ces tissus généraux eux-mêmes, et des principaux rapports qu'ils affectent entre eux. C'est pourquoi je consacrerai cette leçon à l'étude du tissu conjonctif et de ses rapports avec les cavités séreuses et les vaisseaux lymphatiques et sanguins, ses principaux dérivés.

Il est facile de reconnaître dans le tissu conjonctif considéré en général, deux formes principales absolument distinctes aussi bien au point de vue topographique qu'au point de vue fonctionnel. Le tissu conjonctif de la première variété, que j'appellerai lâche ou *diffus*, se présente en masses interposées entre les organes, mais il ne tend jamais à prendre lui-même la forme d'un organe. Celui de la seconde variété, tout au contraire, se modèle en forme d'organes divers tels que les membranes séreuses, les aponévroses, les tendons, les ligaments, formés de tissu conjonctif qui a revêtu une forme typique et que l'on pourrait appeler pour cette raison *tissu conjonctif modelé*.

Le tissu conjonctif modelé ne nous occupera pas dans ses détails, car il constitue une variété intermédiaire aux tissus généraux proprement dits et aux organes. Je veux seulement attirer votre attention sur le tissu conjonctif diffus, ou cellulaire de Bichat, qui délimite, unit les organes, pénètre dans leur intérieur et concourt à leur structure. Bichat l'avait considéré comme constitué par des loges ou vacuoles communiquant toutes entre elles, comme on peut s'en convaincre par l'insufflation, et lui avait pour cette raison donné le nom de tissu cellulaire, définition d'ailleurs toute macroscopique et qui n'a rien à voir avec la notion histologique de la cellule, telle que nous la possédons aujourd'hui.

Le tissu conjonctif diffus est, en effet, formé non de cellules, mais de filaments et de lames entrecroisés de diverses façons. Sa distribution topographique mérite de nous occuper un instant. Répandu sous la peau en une nappe prolongée sur toute la surface du corps, il forme une enveloppe continue qui recouvre et protége les organes subjacents. De la partie profonde de cette enveloppe partent des expansions qui s'insinuent entre les plans musculaires et les cloisonnent, qui gagnent les os, les entourent en formant le périoste, et fournissent à ce niveau de nouveaux prolongements qui pénètrent l'os lui-même et gagnent la cavité médullaire, de telle sorte que les expansions du tissu cellulaire sous-cutané se prolongent jusque dans le squelette de l'animal.

D'un autre côté le tissu conjonctif diffus est accumulé dans les cavités splanchniques où il forme une masse profonde et continue, au-dessous des séreuses, et qui présente des renflements au niveau du hile des organes. C'est ainsi que prenant cette masse au niveau de l'insertion du mésentère et la suivant, on la voit se prolonger, sans cesser d'être continue, jusqu'au hile du rein ou elle se renfle et jusqu'à ceux du foie, du pancréas et de la rate où elle se comporte de la même façon. Le tissu cellulaire rétropéritonéal sort aussi de l'abdomen, le long de l'œsophage et des gros vaisseaux et comble les espaces laissés libres par la séreuse pleurale. Il est surtout abondant au niveau du médiastin postérieur en dehors duquel il se prolonge, en formant une sorte d'atmosphère aux vaisseaux de l'aisselle et du cou ; il suit enfin de la même façon, dans la direction des membres pelviens, les vaisseaux iliaques externes, formant de la sorte une masse continue dans toute la hauteur du tronc, et intermédiaire à la colonne vertébrale et aux séreuses.

Si l'on prenait la peine d'enlever tout ce tissu cellulaire avec ses prolongements, on créerait ainsi une vaste cavité ramifiée, intermédiaire aux séreuses du tronc et à la colonne vertébrale. Nous allons voir dans quelques instants quelle importance va prendre cette notion anatomique.

Si, laissant de côté l'examen direct, qui dans un certain ordre d'idées pourrait nous renseigner sur la constitution du tissu conjonctif diffus, nous procédons par comparaison, et si nous cherchons quel en est l'analogue dans l'organisme simplifié des batraciens, nous reconnaîtrons de prime abord que chez ces animaux le tissu conjonctif diffus sous-cutané d'une part, les masses rétro-séreuses de l'autre, n'existent pas ou plutôt sont remplacées par des cavités lymphatiques. Si, en effet, l'on incise la peau du dos d'une grenouille, on ne découvre pas un tissu formé de filaments analogue au tissu cellulaire sous-cutané, mais l'on tombe dans une cavité séreuse, à peine cloisonnée par places,

(1) Voir les nos 4 et 5.

comme il sera dit plus loin. Des cavités analogues existent sous la peau du ventre, des cuisses, etc., de telle sorte que la nappe cellulaire sous-cutanée n'existe plus, mais est remplacée par des cavités lymphatiques intermédiaires au tégument et aux tissus subjacents. Ces cavités en un mot représentent exactement le tissu cellulaire sous-cutané décrit par Bichat ; et si l'on recherche les masses profondes rétro-péritonéales, on ne trouve plus aussi qu'une vaste cavité, *la citerne lymphatique*, munie de prolongements ramifiés analogues à ceux que comble le tissu cellulaire rétro-péritonéal des mammifères et des oiseaux.

Il devient maintenant évident que des cavités séreuses peuvent se substituer à des masses de tissu conjonctif diffus, et constituer conséquemment des équivalents dans un même système. Cette considération nous conduit tout naturellement à l'étude des cavités séreuses, dont l'importance et la signification morphologique, méconnues par Bordeu, ne l'avaient pas été par Bichat.

Bordeu assignait aux séreuses une origine tout accidentelle. Il les croyait produites sous l'influence des frottements, par la condensation sous forme de membranes des tissus en collision. La surface de frottement devenait de cette façon lisse et polie, formant une cavité virtuelle qui était la séreuse.

Bichat soutint peu après une opinion diamétralement opposée, fondée sur des faits nombreux et principalement sur des données embryologiques dont son vaste génie n'avait pu méconnaître l'importance. Ayant ouvert des embryons de différents âges, il les trouva toujours munis de leurs principales séreuses et conclut naturellement que ces cavités étaient de véritables *organes*, ayant comme tous les autres leur signification et leur existence propres dans la morphologie générale. Les études embryologiques modernes devaient justifier pleinement cette vue de Bichat.

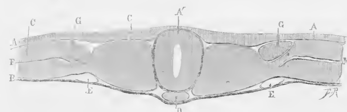


Fig.12. Coupe transversale de l'embryon de poulet vers la 50e heure de l'incubation. — A. — Feuillet corné qui formera la peau. — A' — Névraxe primitif formé par une duplicature du feuillet corné. — B. — Feuillet muqueux. — M. — Feuillet moyen au sein duquel ils se sont développés. — D. — La corde dorsale. — CC. — Les protovertèbres. — EE. — Les aortes primitives. — FF. — La cavité séreuse primitive (cavité pleuro-péritonéale).

Si, vers la 50e heure de l'incubation, l'on pratique sur un embryon de poulet des coupes transversales, perpendiculaires à son axe nerveux, on reconnait que le feuillet moyen s'est dédoublé pour former une cavité. Cette cavité, une des premières qui apparaissent dans le corps de l'animal est *la cavité pleuro-péritonéale*, c'est-à-dire la séreuse principale du tronc qui sera cloisonnée plus tard et formera le péritoine et les plèvres. Bichat avait donc absolument raison quand il admettait que les cavités séreuses font partie intégrante du plan préétabli de l'organisme, et quand il les considérait comme de véritables organes.

Pour étudier la structure des membranes séreuses chez les animaux adultes, il convient de les imprégner d'argent à l'aide d'une solution à 1/300 ou 1/500 suivant les cas. On voit alors apparaitre à leur surface un pavé cellulaire régulier, formé par des cellules d'une minceur extrême, souples et molles, se pliant comme des étoffes lorqu'on les a détachées de la paroi sur laquelle elles reposent. Cette dernière est formée par une membrane de tissu conjonctif, soit continue et constituée par des filaments entrecroisés fondus dans une lame homogène sur la structure intime de laquelle je n'insisterai pas pour le moment, soit fenêtrée et disposée en réseau. Le grand épiploon, le mésopéricarde appartiennent à ce dernier groupe et en sont les types.

Si l'on examine, après l'avoir imprégné d'argent et tendu convenablement, l'épiploon de l'homme, du chien ou du cochon d'Inde, on reconnait qu'il est constitué par un réseau semblable à celui d'un filet, dont les mailles ont une étendue variable, et dont les travées sont plus ou moins épaisses. Les plus larges travées sont recouvertes de cellules endothéliales soudées les unes aux autres, qui leur forment une couche de revêtement. Les travées plus minces possèdent un revêtement analogue, mais formé par deux cellules. Autour des travées filiformes enfin, une seule cellule endothéliale s'enroule et se soude à elle-même par ses bords opposés. Toutes les cellules endothéliales sont d'ailleurs unies les unes aux autres par leurs bords et forment une surface de revêtement absolument continue.

Les faisceaux conjonctifs qui forment les mailles par leur écartement, se rapprochent et s'accolent sur certains points, ordinairement trois par trois, interceptant entre eux un espace triangulaire à côtés curvilignes, comme le feraient trois cercles extérieurs l'un à l'autre et tangents entre eux. Cet espace est une véritable séreuse en miniature, car les cellules plates ne recouvrent pas seulement la superficie de faisceaux. Il en existe d'autres qui reposent sur leurs côtés curvilignes et qui forment à la petite cavité intermédiaire une couche de revêtement analogue à celle de la superficie.

Sur des préparations d'épiploon convenablement tendues et montées dans l'air, c'est-à-dire de façon à ce que les faisceaux conjonctifs qui limitent les mailles apparaissent très-réfringents et nettement distincts, on constate de plus que ces derniers ne sont jamais disposés en cercle autour d'une maille comme l'avait cru Rollett, mais qu'ils se prolongent sur une grande longueur, s'écartant et se rapprochant tour à tour pour produire la disposition fenêtrée de la membrane. Cette disposition n'est point d'ailleurs primitive dans l'épiploon, qui se montre d'abord sous la forme d'une membrane séreuse exactement comparable à un feuillet du mésentère, et qui ne prend l'aspect réticulé qu'au bout d'un certain temps après la naissance, en se criblant de trous par un procédé tout-à-fait particulier sur lequel je ne puis insister pour le moment.

Si nous revenons maintenant, Messieurs, au tissu conjonctif lâche sous-cutané des mammifères, nous reconnaîtrons sans peine combien les faits qui précèdent contribuent à rendre son étude moins laborieuse.

Si l'on fait dans le tissu cellulaire sous-cutané du chien, à l'aide de la seringue de Pravaz, une injection interstitielle d'albumine colorée par l'acétate de rosaniline, on voit se former une boule rouge dont la dimension croît à mesure que l'on continue l'injection, mais dont la forme sphéroïdale ne varie pas sensiblement. Quel que soit d'ailleurs le tissu conjonctif lâche au niveau duquel on ait fait la piqûre, le résultat est le même, nulle part un réseau n'apparaît, et partout il se forme une boule colorée.

On pourrait se demander si l'injection ne remplit pas des espaces préformés dont elle développe les parois en les arrondissant en boule; mais on reconnaît qu'il ne saurait en être ainsi lorsqu'à l'aide de ciseaux courbes on enlève le segment supérieur de la boule; son contenu paraît alors comme une gelée tremblottante, et ne s'écoule nullement comme le ferait un liquide après l'ouverture d'une cavité.

Pour qu'une injection parfaitement fluide donne lieu à l'apparition d'une pareille gelée, il est nécessaire, que le liquide injecté se trouve emprisonné dans des filaments entrecroisés, qui, tassés à la périphérie, forment une sorte de membrane feutrée qui sert de paroi à la boule, et qui est tout artificielle. Nous avons vu, en effet, que la masse sphéroïdale produite par l'injection augmente indéfiniment à mesure que l'on prolonge cette dernière. Si, en effet, on retranche avec des ciseaux courbes sur le plat une petite portion du liquide gélatiniforme, et qu'on l'examine après l'avoir portée sur une lame de verre et recouverte d'une lamelle, on voit que les éléments du tissu conjonctif ont été dissociés par le liquide injecté, et qu'ils

consistent en des faisceaux ondulés comme des mèches de cheveux ou rectilignes, suivant qu'ils sont ou non exactement tendus, en fibres élastiques, et en éléments cellulaires qui sont de deux ordres.

Les uns sont constitués par des cellules plates d'une minceur extrême, formées d'un protoplasma transparent, souple, se ployant comme une étoffe des façons les plus diverses, et d'un noyau vésiculeux nucléolé faisant saillie au milieu de l'élément qui, vu de profil, prend pour cette raison un aspect fusiforme. Ces cellules, en un mot, sont identiques aux cellules endothéliales du grand épiploon et de toutes les séreuses.

A côté de ces cellules, on en trouve d'autres de forme ronde, et munies d'un protoplasma grenu au sein duquel on ne reconnaît pas de prime abord le noyau. Ces éléments sont absolument identiques aux globules blancs du sang et aux cellules de la lymphe, qu'on trouve dans les vaisseaux blancs et les sacs séreux. Les deux ordres de cellules nagent dans un liquide plus ou moins abondant, coagulable spontanément à l'air, comme le plasma de la lymphe et du liquide contenu dans les cavités lymphatiques. Ainsi le tissu cellulaire lâche est, de même que les membranes séreuses, formé de faisceaux conjonctifs entre-croisés, revêtus de cellules endothéliales, et le liquide que contiennent ses mailles est analogue à la lymphe.

Les espaces du tissu conjonctif, on le voit, ne seraient donc autre chose que des cavités séreuses cloisonnées par des filaments nombreux. Ce cloisonnement existe, du reste, rudimentaire il est vrai, dans les sacs séreux sous-cutanés des grenouilles qui tiennent chez ces animaux la place du tissu conjonctif sous-cutané des vertébrés supérieurs. Ces cavités sont, en effet, traversées par des filaments nerveux et vasculaires assez peu nombreux qui se rendent au tégument et qui sont, comme les trabécules épiploïques, et comme les faisceaux du tissu conjonctif des mammifères, tapissés par un revêtement endothélial.

Vous n'avez pas oublié, Messieurs, que notre but primitif était de faire, dans cette leçon, l'étude comparative du tissu conjonctif considéré dans ses rapports avec les cavités séreuses et les vaisseaux. Nous possédons actuellement, je pense, tous les éléments nécessaires à cette comparaison.

Nous avons vu que les batraciens anoures ne possèdent pas seulement des poches séreuses sous-cutanées, mais une vaste citerne lymphatique rétro-péritonéale qui tient, chez eux, la place de la masse absente du tissu conjonctif diffus rétro-péritonéal des mammifères. Or, cette citerne communique, ainsi que l'ont montré Schweigger-Seidel et mon savant ami, M. Dogiel, avec la cavité péritonéale elle-même, par des pores ou stomates bordés de cellules endothéliales, et dont la disposition est bien connue. Il résulte de ce fait que les séreuses ordinaires communiquent avec celles qui, chez les batraciens, tiennent la place du tissu conjonctif diffus et en sont l'équivalent.

D'un autre côté la citerne rétro-péritonéale communique avec les séreuses sous-cutanées, celles de la cuisse, par exemple, et si l'on pousse une injection dans ces dernières, après avoir lié le membre en masse sur la canule pour éviter le retour de l'injection, on injecte le réseau lymphatique de la patte entière, et notamment les capillaires lymphatiques régulièrement canaliculés de la membrane natatoire. Il existe donc chez la grenouille une complète continuité entre la cavité péritonéale, la citerne lymphatique, les séreuses sous-cutanées et les capillaires lymphatiques, et tout le système pourrait être considéré comme un prolongement du péritoine, c'est-à-dire, de la cavité séreuse primitive de l'embryon, de la cavité *pleuro-péritonéale.*

Nous admettrons donc que la cavité pleuro-péritonéale tout en restant creuse, afin de constituer les séreuses splanchniques, bourgeonne et se ramifie dans les divers tissus pour former le système lymphatique auquel appartient le tissu conjonctif diffus, analogue aux séreuses par sa structure et baigné comme elles par la lymphe. De cette façon le liquide lymphatique pénètre partout avec les filaments du tissu conjonctif et constitue la véritable atmosphère liquide des éléments anatomiques spéciaux aux organes. Aussi voyons-nous dans la série le système lymphatique apparaître en premier lieu, et le système sanguin ne se montrer que plus tard, chez les seuls vertébrés, comme un système de perfectionnement.

Beaucoup d'entre vous, Messieurs, pourront penser que j'émets ici une proposition paradoxale, en affirmant qu'il est des animaux munis d'un système lymphatique, et dépourvus de système sanguin. Ce dernier système en effet, a été considéré jusqu'à nos jours comme le système d'irrigation primitive, et l'appareil lymphatique a été décrit comme surajouté, et comme n'étant que la conséquence d'un simple perfectionnement organique. Je crois cependant qu'il faut renverser la proposition. Quel que soit le mérite des physiologistes éminents qui l'ont affirmée, je pense que nous devons considérer comme primitif le système vasculaire lymphatique. Il apparaît, en effet, aux premières heures de la vie embryonnaire, il s'étend ensuite progressivement sous forme de bourgeons ramifiés, qui deviennent de plus en plus étroits et pénètrent dans les organes périphériques, avec le tissu conjonctif.

Nous considérerons donc désormais comme de la lymphe le sang incolore, rose ou violet des articulés. Nous admettrons que le système sanguin est un véritable système de perfectionnement particulier aux vertébrés. Le système à sang blanc des invertébrés devient, de cette façon, une forme particulière du système séreux, charriant la lymphe qui constitue le liquide nourricier par excellence et le *véritable milieu intérieur des organes.*

Ce système d'imbibition générale apparaît de très-bonne heure dans la série animale; on le retrouve chez les bryozoaires et chez un certain nombre de vers, sous forme d'une vaste cavité remplie de lymphe, dans laquelle flottent le canal digestif et ses ramifications diverses. Les aliments ingérés ne sont de la sorte séparés du liquide cavitaire que par une simple membrane qui sert également à l'endosmose assimilatrice et aux phénomènes exosmotiques excrémentitiels. Vous le voyez, le système lymphatique est ramené chez de pareils êtres à sa plus grande simplicité; il se réduit à la cavité séreuse primitive de l'embryon, non encore cloisonnée et dépourvue de prolongements en forme de canaux. On voit ces derniers apparaître plus tard, et ils montrent, par leurs relations directes avec les séreuses, qu'ils ne sont autre chose que des bourgeonnements de ces dernières, constituant ainsi les annexes périphériques du système cavitaire séreux primitif.

Ainsi le système lymphatique a la nutrition générale sous sa dépendance immédiate. Le système sanguin, spécial aux vertébrés, n'est qu'un appareil de perfectionnement surajouté et destiné à certains usages spéciaux. Aussi ne préside-t-il jamais directement et par lui-même à la nutrition des éléments anatomiques. Absolument clos, le système vasculaire sanguin ne communique sur aucun point avec les lymphatiques par des prolongements canaliculés, mais le tissu conjonctif suit partout les vaisseaux sanguins; partout conséquemment ces derniers sont baignés par la lymphe qui reste intermédiaire au sang ou à ses exsudats, d'une part, et de l'autre, aux éléments des organes et des tissus, elle est donc véritablement le lieu où s'opèrent les échanges organiques.

Quant au sang dont les globules sont formées d'hémoglobine unie à des substances albuminoïdes facilement destructibles, il apporte l'oxygène uni à la matière colorante jusque dans l'intimité des tissus. Vous n'ignorez pas, Messieurs, que la combinaison de l'hémoglobine et du sang est éminemment instable; aussi cette substance cède-t-elle facilement aux éléments de la lymphe l'excitant physiologique que cette dernière transmet à son tour aux éléments des tissus. Il est probable que dans cette opération un certain nombre de globules se détruisent et mettent en liberté des matériaux albuminoïdes que le plasma sanguin verse dans la lymphe, et que cette dernière peut céder aux tissus comme une sorte de *pabulum.*

La suite croissante des perfectionnements organiques, comme on le verra d'ailleurs, sera donc la succession d'animaux dépourvus de système lymphatique, pourvus de cet appareil seulement, et enfin d'animaux pourvus en outre d'un système sanguin, destiné à rendre les échanges organiques plus complets et plus rapides. Mais ce serait une erreur de croire que les animaux tout-à-fait inférieurs, dépourvus entièrement de cavités lymphatiques, ne jouissent pas pour cela de tous les attributs de l'animalité. Les rhisopodes, les amibes, semblables à des cellules, poussant des pseudopodies comme les globules blancs, possèdent les fonctions principales dévolues aux animaux. Ils se meuvent, saisissent leur proie à l'aide de leurs prolongements, l'ingèrent en l'entourant de leur masse protoplasmique, l'élaborent dans leur masse et en rejettent le résidu au dehors. Ils sont sensibles, car ils saisissent une proie. Ils consomment l'oxygène ambiant dans leurs combustions organiques. L'apparition chez les animaux du système lymphatique n'est donc qu'un premier stade de perfectionnement dont l'importance semble au premier abord s'atténuer chez les vertébrés supérieurs, parce qu'à nos yeux les phénomènes de la circulation du sang sont plus évidents et dominent la scène, mais il ne faut pas oublier que dans les types organiques même les plus élevés, les cavités séreuses, les voies lymphatiques et le tissu conjonctif lâche sont le véritable milieu intérieur dans lequel naissent et vivent les éléments anatomiques et que ces voies constituent de la sorte, pour ainsi dire, le stroma de l'organisme entier.

(*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. PINGAUD.

Plaie par coup de feu (*hanche gauche*); fistule consécutive, débridement, hémorrhagie veineuse, transfusion, septicémie aiguë, mort.

(Observation recueillie par M. BOUSQUET, médecin stagiaire).

Dans un des derniers numéros, nous avions annoncé qu'une transfusion avait été faite dans le service de M. Pingaud, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Le blessé sur lequel cette opération a été pratiquée, ayant succombé quelques jours plus tard à des accidents septicémiques, nous publions aujourd'hui son histoire.

Notre collègue, M. Legoff, qui avait si généreusement offert son sang pour ce malade, ayant été pris lui-même, deux jours après, d'une pleuro-pneumonie grave, c'est d'après ses notes et d'après ce que nous avons vu que nous avons rédigé cette observation.

L..... Alfred, est né le 27 mars 1851. Engagé volontaire pendant la campagne Franco-Prussienne, il assistait au combat de Champigny le 2 décembre 1870.

Vers trois heures du soir environ, il reçut une balle dans la hanche gauche, entre le trochanter et la crête illiaque. Resté sur le champ de bataille en pleine connaissance, le blessé ne fut relevé qu'à neuf heures du soir, par les brancardiers allemands, qui le transportèrent à Meaux. Immédiatement après la blessure, vomissements assez abondants, qui au dire du malade, se sont pendant 3 mois, reproduits périodiquement chaque soir.

Quant au projectile, d'après ce que l'on constate sur le blessé et d'après son récit, tel a été son trajet: Après avoir passé au milieu des masses charnues de la fesse, la balle a atteint l'os illiaque au-dessus d'une ligne allant de l'épine illiaque antéro-supérieure à la grande échancrure sciatique à 0, 05 ou 0, 06 cent. de l'épine, l'a perforé à l'emporte-pièce sans le faire éclater, puis, après avoir traversé la fosse illiaque, s'est insinuée dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, d'où neuf jours après elle fut extraite par une incision de la paroi abdominale au niveau de l'ombilic et à droite, après avoir donné lieu à un abcès.

Quatre mois après, avril 1871, le blessé rentrait dans sa famille. Il lui restait une fistule de 0.12 à 0.14 c. de long, et qui avait pour orifice le trou d'entrée de la balle. De cette fistule s'écoule continuellement depuis lors des quantités de pus variables. Après des séjours fort longs dans divers hôpitaux, sans voir survenir d'amélioration dans son état, le blessé est entré dans nos salles, le 30 septembre 1875.

Le 9 décembre M. Pingaud, après avoir exploré attentivement la fistule, constatant l'existence d'un diverticulum purulent dans la fosse illiaque gauche, propose au blessé une intervention active. Fatigué de son état, ce dernier accepte. Le samedi onze décembre, on le transporte à la salle d'opération. Après lui avoir fait donner du chloroforme, M. Pingaud dilate la fistule à l'aide du cautère actuel, puis introduisant son doigt dans le trajet, il arrive sur l'os illiaque et retire deux ou trois esquilles. Le chirurgien introduit le doigt de nouveau et pénètre jusque dans le bassin à travers l'ouverture qu'a faite la balle. Là, il constate la présence d'un clapier situé entre l'os et le muscle illiaque; s'apercevant, de plus, que son index n'est pas très éloigné de la paroi abdominale, il fait sur cette paroi l'incision d'Astley Cowper pour la ligature de l'illiaque externe, puis un tube à drainage, est introduit dans le trajet fistuleux et vient ressortir par l'incision. Il a coulé une certaine quantité de sang veineux pendant l'opération; aussi pour prévenir tout accident, le pansement consiste en plumasseaux de charpie superposés sur les deux plaies, en une grande masse de coton et le tout est maintenu à l'aide d'un spica. L'opération a duré trente minutes environ. Le malade est rapporté à son lit, et pris de vomissements dus sans doute à l'action du chloroforme. Pendant toute la journée il est abattu et se plaint de douleurs assez vives dans la hanche et la cuisse; sur le soir, fièvre assez intense, température 39°, 6.

12 *décembre*. La nuit a été très agitée le malade n'a pu dormir, il se plaint toujours de souffrances dans la hanche, on essaye de lui faire prendre une bouteille d'eau de sedlitz, puis un gramme de rhubarbe en deux paquets, et dans la journée à diverses reprises du bouillon froid ou chaud; aliments et médicaments sont aussitôt rejetés, les efforts de vomissement fatiguent énormément le malade, la température monte toujours; à 8 heures du matin 39°, 6. à midi 39. 8. Le soir à 7 heures 40°. Dans la nuit, entre 11 heures et 4 heures du matin, une hémorrhagie considérable s'est produite, et s'est arrêtée d'elle-même, car vu la profondeur de la plaie, on n'a pas jugé prudent d'intervenir.

13 *décembre*. Cette hémorrhagie a considérablement affaibli le malade que l'on trouve littéralement exsangue à la visite du matin; la température est à 35°, 8. Du côté de la plaie pas de douleur trop vive. Le ventre, examiné avec attention, n'est le siége d'aucune douleur, le péritoine est donc sain: Aussi M. Pingaud, devant l'état de faiblesse extrême du malade, propose-t-il la transfusion. Le malade comprenant la nécessité de l'opération, accepte; M. Collin à qui on avait fait demander son appareil, vient lui-même avec sa bienveillance habituelle, prêter son concours pour cette opération. Un de nos collègues, M. Legoff s'offrit à fournir du sang. Tout étant disposé pour l'opération, à la faveur d'une petite incision cutanée, faite avec ciseaux, sur le trajet de la céphalique droite, une canule fut introduite dans cette veine: M. Collin faisant manœuvrer son appareil commença à injecter le sang qui coulait de la veine de notre collègue. Dans la précipitation, personne n'avait songé à enlever le lien qui avait été appliqué au-dessus de la veine destinée à recevoir le sang, aussi, les deux premiers coups de piston introduisirent-t-ils 20 grammes de sang dans le tissu cellulaire sous-cutané. La bande étant enlevée, cinquante grammes de sang, furent envoyés en pleine circulation. Cependant l'opérateur ne se tint par pour satisfait, et comme aucun trouble physiologique n'était survenu jusque là, il résolut de faire séance tenante une nouvelle transfusion sur l'autre bras. Les veines qu'on avait eu de la peine à faire saillir du côté droit ne se montraient pas sur le bras gauche malgré une constriction assez forte faite au tiers inférieur du bras, et les mouvements que l'on faisait faire à la main. M. Pingaud songea alors à refouler le sang au pli du coude à l'aide de la bande en caoutchouc de l'appareil d'Esmarck, et grâce à cet ingénieux artifice, la canule put être introduite dans une des veines cubitales, et

100 grammes de sang furent injectés dans le torrent circulatoire, sans le moindre thrombus au niveau de la piqûre. Le malade étant sur le lit d'opération, on en profita pour refaire le pansement. Le trajet fistuleux était rempli de caillots noirs, diffluents, mollasses, que l'on eut grand soin de respecter, crainte de provoquer une nouvelle hémorrhagie. Avant l'opération, à neuf heures, le pouls était à 144, le thermomètre accusait 35°, 8, après l'opération la température remonte.

à 10 h.	temp 36°, 5	P. 144.
à midi	37°, 6	P. 152.
à 2 h. soir	37°, 4	
à 4 h. —	37°, 8	
à 6 h. —	3[illegible]°, 8	P. 140.
à 8 h. —	37°, 4	
à 10 h. —	35, 2	P. 156.

Le résultat bienfaisant de l'opération ne tarda pas à se faire sentir. Comme on le voit par le tableau ci-dessus, la température s'était amplement relevée, mais, contraste singulier, le pouls était resté le même, quoique moins dépressible. Une véritable transformation s'était opérée dans la physionomie du malade. Sa pâleur de cire avait fait place à la coloration rosée des téguments, ses yeux éteints s'étaient réveillés, la résurrection était véritable. Hélas ! elle ne devait être que momentanée. Pendant toute la journée, le malade a pris du vin et du bouillon glacés. Vers 6 h. du soir, un petit écoulement de sang sans importance vient maculer les pièces du pansement.

14 *décembre*. — Hier soir, deux potions de chloral de deux grammes chaque ont été successivement administrées au malade ; malgré cela, il a eu une nuit fort agitée. Les vomissements ont cessé. A la visite du matin, le tamponnement est défait, des injections phéniquées et alcoolisées sont poussées dans le tube à drainage. Pour tout pansement, une couche de ouate et un bandage de corps enveloppent le bassin. Le membre inférieur du côté malade, est le siège de douleurs vives, et d'un gonflement œdémateux. La plaie est pâle, prend un très-mauvais aspect et il s'en exhale une odeur pénétrante. Le pouls et la température sont pris avec soin dans la journée.

6 h. matin	36°, 4. —	P. 140.
8 h. —	35°, 6. —	144.
10 h. —	37°, 8. —	144.
Midi —	38°, 8. —	144.
1 h. soir	38°, 8. —	P. 144.
2 h. —	39 . 2. —	1[illegible].
4 h. —	39°, 1. —	
7 h. —	4[illegible]. —	
8 h. 45 —	4[illegible], 2. —	

15 *décembre*. — Pendant la nuit, le malade a eu plusieurs frissons fort intenses, peu de sommeil, malgré une potion de chloral de 2 grammes. La température ce matin a baissé considérablement ; quant au pouls, il est si fréquent qu'on a de la peine à le compter. 6 h. matin : T. 36° ; P. 160. 8 h. T. 36°, 4.

Le pansement est refait, les bords de la plaie sont gangréneux, l'odeur des plus infectes, un ichor noirâtre s'en écoule. — Le malade est repris dans la journée de frissons de plus en plus violents ; le soir, vers trois heures, il commence à perdre connaissance, la peau est chaude, sèche ; on ne peut lui prendre sa température. — La teinte bleuâtre se développe de plus en plus sur le trajet des veines du membre inférieur. — Vers dix heures du soir, le malade est dans un coma complet. Sueurs profuses ; temp. 39°, 4. Pouls imperceptible ; respiration assez forte, 30 inspirations par minute. A 11 h. 1/2, mort.

Autopsie faite le 17 décembre à 9 h. du matin, 34 heures après la mort. — En approchant le cadavre, on est d'abord frappé de la teinte verdâtre du membre inférieur gauche. La cavité abdominale est ouverte. On trouve deux foyers purulents en décomposition, l'un situé, comme on l'avait diagnostiqué entre l'os et le muscle iliaque, l'autre, beaucoup plus étendu, auquel personne n'avait songé et dont il est difficile de fixer les limites a disséqué les muscles qui passent par l'échancrure sciatique et fusé entre les fessiers. L'os iliaque est détaché, la balle l'a traversé, où et comme nous l'avons décrit, sans le faire éclater.

Le *péritoine* est intact. Le *foie* est gras, légèrement augmenté de volume, mais sans aucune trace d'abcès métastatiques. Les *cavités pectorales* et encéphaliques, ne peuvent être explorées. Du côté des membres supérieurs, le sang qui s'est extravasé dans le tissu cellulaire ne s'est nullement résorbé, il y forme une accumulation de caillots noirâtres. Quant aux veines qui ont été ponctionnées, on n'y trouve aucune trace d'inflammation.

Réflexions. — L'étendue des désordres anatomiques constatés à l'autopsie de ce malade, ne permet pas de douter un seul instant, qu'il n'eût succombé à courte échéance à des accidents de la nature de ceux qui l'ont enlevé si rapidement : infection, septicémie aiguë.

L'intervention chirurgicale n'a donc fait que hâter une fin désastreuse, en permettant le libre accès de l'air dans les vastes clapiers où le pus croupissait depuis si longtemps.

Ce point élucidé, il nous reste à dire un mot de l'hémorrhagie qui eut lieu la deuxième nuit après l'opération, et du moyen mis en œuvre pour en conjurer les funestes conséquences. Notons d'abord qu'il ne s'agit pas d'une hémorrhagie artérielle, mais bien d'une hémorrhagie veineuse, fournie par les parois du foyer purulent, particulièrement au niveau du point où émerge du bassin le bouquet veineux destiné aux muscles de la fesse.

Cette hémorrhagie, d'ailleurs, soit quelle succédât au traumatisme chirurgical, soit qu'elle préludât, ainsi que cela arrive souvent, à l'invasion de la septicémie, n'en n'avait pas moins mis le blessé à deux doigts de sa perte, et il devenait urgent d'en réparer les désastreux effets.

Nous avons raconté les divers incidents de la transfusion : nous ajouterons que cette opération, faite à l'aide des instruments actuels, nous paraît être à la portée des mains les moins chirurgicales. Néanmoins, pour être menée à bien, elle demande de la part de tous les acteurs un calme parfait et une harmonie complète. Et si jamais fut applicable à une opération, le précepte de Nélaton : « Ne pas se presser quand on n'a pas de temps à perdre, » c'est assurément à celle qui nous occupe. C'est précisément la confusion et la précipitation du début qui furent cause du petit accident que nous avons mentionné.

Chose surprenante et digne d'être notée, rien dans l'état physiologique du sujet ne trahit, pendant l'injection, l'accès des ondées rénovatrices qui, de dix en dix grammes, se succédaient avec une régularité mathématique sous la main de M. Collin. Ni le pouls, ni la température, ni la coloration des téguments, ni la respiration, ni les fonctions de l'encéphale, ne varièrent : nulle part le plus petit indice du trouble même le plus léger.

Aussi, sans les complications locales qui devaient fatalement enlever le malade, tout danger résultant de l'hémorrhagie eût été conjuré par la transfusion.

Il demeure donc avéré que cette opération simple, et exempte de danger, peut rendre dans certains cas, de notables services, et il serait inhumain de ne pas y avoir recours, lorsqu'il y a péril en la demeure, et qu'elle s'offre comme dernière planche de salut.

— Je n'ajouterai qu'un mot, à l'observation qu'on vient de lire. Ce n'est pas la première fois qu'on voit le *transfusant* lui-même payer, sinon de sa vie, du moins d'une maladie, le sacrifice volontaire de sa *résistance morbide*. Ainsi le Dr Jullien rapporte, dans sa thèse, le cas de deux internes des hôpitaux de Lyon qui furent pris, immédiatement après avoir donné leur sang, l'un d'une dyssenterie, l'autre d'une fièvre typhoïde. Il est vrai que ces deux maladies régnaient alors *épidémiquement* dans les hôpitaux de Lyon et que tel n'était point notre cas au Val-de-Grâce.

Cependant, il faut en convenir, l'allure étrange du mal dont notre généreux élève fut frappé, la diffusion des lésions morbides qui l'accompagnaient, non-seulement dans les poumons et les plèvres, mais jusque dans le cœur, la gravité et le cachet spécial des symptômes généraux qui en étaient l'expression, purent faire croire un instant à une pleuro-pneumonie d'origine infectieuse et ayant vraisemblablement puisé sa source dans des conditions exceptionnellement favorables de *réceptivité morbide* au contact d'un sujet *septicémique*.

Nous ne pouvons, on le comprend de suite, discuter ici

cette hypothèse; nous nous bornerons à faire simplement remarquer à ceux qui pourraient penser qu'elle n'est point dénuée de fondement: qu'étant donnée la tendance bien connue des exsudats d'origine septique à la décomposition purulente ou putride, il demeurerait fort étonnant que ceux qui, chez notre infortuné jeune homme, se sont produits dans la plèvre et dans le péricarde, se soient résorbés comme ils s'étaient produits, c'est-à-dire en un clin d'œil, et qu'ainsi le malade, jugé perdu la veille, fut hors de danger le lendemain. N'est-ce pas là, je le demande, le propre des affections rhumatismales?

N'est-il pas plus probable que la saignée ait plutôt exagéré les conditions d'*impressionnabilité morbide* d'un organisme déjà rhumatisant que celles de *réceptivité* d'un terrain vierge de toute diathèse?

Mais je laisse à d'autres le soin de trancher cette question délicate de pathogénie. Me plaçant à un point de vue moins abstrait, je me contente de la signaler à l'attention de ceux qui, dans l'avenir, feront des transfusions.

Premièrement. Le danger qu'il y aurait à faire usage *de tous instruments ou modes opératoires* exposant *en quoi que ce soit* la veine du transfusant à une *contamination quelconque.*

Secondement. La nécessité absolue de s'assurer avant d'accepter le sang d'une personne non-seulement que sa constitution n'est entachée d'aucune diathèse, mais encore qu'il n'y a chez elle aucune *imminence morbide* appréciable. Il y va de l'intérêt et du transfusant et du transfusé, car il n'échappera à personne que ce dernier peut se trouver fort mal de l'injection d'un sang puisé au sein d'un organisme portant déjà le germe d'une maladie.

Troisièmement. La précaution indispensable d'éloigner, pour un temps, le transfusant de tout foyer d'infection.

PINGAUD.

MÉDECINE LÉGALE

Reins d'un fœtus à terme, mort pendant le travail de l'accouchement. — Présence d'infarctus uratiques. — Erreurs commises par Virchow qui attribuait à ces infarctus une importance médico-légale;

Par le Dr **P. BUDIN**, interne des hôpitaux.

On connaît toute l'utilité qu'il y a, en médecine légale, à bien connaître quels sont les signes certains qui permettent d'affirmer si un enfant a respiré, s'il a vécu ou non. L'acquittement et la condamnation de l'accusée dépendent parfois de la constatation d'un de ces signes. Le fait suivant, qui est en contradiction formelle avec les allégations de certains auteurs, nous a paru digne d'être présenté à la Société anatomique.

OBSERVATION. Les reins que je présente viennent d'un enfant né à la Maternité, le 6 juillet 1875. L'accouchement fut très-laborieux; on dut avoir recours à une application de forceps et l'enfant succomba au moment où l'on commença à exercer des tractions mécaniques. Il fut extrait 14 minutes plus tard, et il fut impossible de le ramener à la vie. Passant sur les faits cliniques qui sont du domaine de l'obstétrique, je me borne à appeler votre attention sur les reins de ce nouveau-né. Chacun d'eux est le siége d'infarctus uratiques très-apparents qui occupent, non pas toutes, mais la moitié environ des pyramides. Il y a là de petites aigrettes formant des triangles dont le sommet correspond à l'extrémité de la pyramide et dont la partie la plus large est en rapport avec leur base. En pressant entre les doigts, on fait sourdre un liquide trouble contenant une matière pulvérulente jaune.

Ces infarctus ont été décrits depuis longtemps, et leur nature a été très-discutée: les uns, Virchow, Vogel, Cornil, ont cru qu'ils constituaient un produit normal, physiologique; d'autres, au contraire, Vernois, Schossberg et surtout M. Parrot (qui a écrit sur ce sujet une excellente étude, voir *Union médicale*, mai 1872, p. 761) les ont considérés comme un produit pathologique.

Partant de cette idée, que ces infarctus étaient la conséquence d'un état physiologique et qu'on ne le trouvait, en général, qu'entre le second et le dix-neuvième jour après la naissance, et jamais chez le fœtus, M. Virchow en a tiré la conclusion que l'existence de ces infarctus pouvait avoir une certaine importance en médecine légale. Chez un enfant dont les poumons auraient été perdus ou putréfiés, si on trouvait des infarctus de cette nature dans les reins, on pourrait, suivant lui, en conclure que cet enfant a vécu au moins deux jours et par conséquent qu'il a respiré.

M. Parrot a réfuté théoriquement et sur bien des points les opinions de M. Virchow sur les infarctus uratiques, mais je ne sais si jusqu'ici on avait signalé l'existence de ces infarctus chez un enfant mort au moment de l'accouchement, mort par conséquent sans avoir respiré. Je n'en ai trouvé aucun cas qui ait été signalé. J'ai recherché un certain nombre de fois les infarctus uratiques chez les enfants mort-nés; je n'en avais jamais rencontré. J'attire l'attention sur ce fait que je présente, rare sans doute, et peut-être unique, mais dont l'importance ne peut échapper au point de vue médico-légal.

Donc, l'existence d'infarctus uratiques ne saurait permettre d'affirmer, d'une façon aussi absolue, que l'enfant a respiré et vécu.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Les localisations cérébrales. — Faits nouveaux.

C'est le sort des doctrines nouvelles, quelque puissantes que soient leurs assises, quelque prudents que soient leurs auteurs, de provoquer l'étonnement d'abord, et bientôt après le septicisme, avant tout examen. Les doctrines récentes sur les localisations cérébrales n'ont pas échappé à la destinée commune. Et, cependant, qu'ont-elles d'étrange, d'inattendu?... Bouleversent-elles les notions les mieux établies sur les fonctions du cerveau?... Pour nous, elles ne sont que le résultat du développement normal et progressif des recherches physiologiques de ce siècle; elles sont la suite naturelle et le complément des travaux de Flourens, de Longet, de Vulpian, de Gratiolet, etc.

A notre époque, il s'est formé dans l'esprit de la génération, une sorte de prévention en ce qui concerne les fonctions du cerveau; il semble qu'il y ait dans cet organe quelque chose de mystérieux, qu'il ne convient pas de pénétrer.

Les prudents craignent, les habiles s'abstiennent, et le commun professe hardiment un septicisme complet... Si vous essayez d'innover, anatomistes et physiologistes, pathologistes et philosophes, tous dressent devant vous des montagnes de faits contradictoires!...

Cette résistance, avouons-le, est presque justifiée. On a vu retomber dans le néant tant de doctrines, tant de théories, tant de systèmes sur la physiologie du cerveau! Il s'est fait de si grands bruits, bientôt suivis de silences si profonds! C'est à peine si les dernières traces du voyage de Gall en Europe ont disparu, si les esprits extra-scientifiques, un instant émus, commencent à sentir leur déception, et l'on parle de *localisations cérébrales!* La phrénologie, la cranioscopie, la physiognomonie, comptent encore des adeptes, des fervents, des défenseurs, et... une nouvelle théorie se prépare.

Les mots « localisations cérébrales », ont laissé dans les esprits véritablement scientifiques une impression fâcheuse qu'il importe de détruire dès le début. Ce serait une grave erreur de croire qu'il y ait analogie entre le mouvement actuel et cette période passée.

Quand, sur un point important de la science, on voit s'élever une théorie nouvelle, complète dans tous ses détails dès son apparition, s'il n'existe pas de faits anatomiques ou physiologiques qui lui servent de base, il est permis de concevoir une certaine méfiance. Gall avait dans chaque saillie du cerveau trouvé une faculté ; ici était la mémoire, là le jugement, ailleurs l'imagination, plus loin les instincts, plus loin encore les passions, etc... En raison du grand nombre des saillies, il avait à tel point multiplié les facultés, qu'il avait forcé la nature. « Gall, disait Napoléon Ier, attribue à certaines saillies, des penchants et des crimes qui ne sont pas dans la nature, qui n'existent que dans la Société par le fait de la convention. Que deviendrait l'organe du vol, s'il n'y avait pas de propriété, l'organe de l'ivrognerie s'il n'y avait pas de boissons spiritueuses, l'organe de l'ambition s'il n'y avait pas de société ? » Ce n'est pas de la localisation de phénomènes intellectuels qu'il s'agit aujourd'hui, mais uniquement, au point de vue pathologique du moins, de la recherche de régions motrices dans l'écorce cérébrale.

La doctrine des localisations cérébrales telle qu'on la comprend, n'est pas une pure spéculation d'esprits ingénieux, comme les théories de Gall, Lavater et Spurzheim. Elle est née des circonstances, elle est le produit des faits. Flourens, Longet, Vulpian, ont admis, il est vrai, que l'écorce cérébrale est inexcitable : mais, par leurs expériences, ils ont en même temps établi que c'est uniquement dans les hémisphères cérébraux que résident les pouvoirs intellectuels et les principes des mouvements volontaires. Aujourd'hui, Hitzig, Ferrier et autres poursuivant les recherches des premiers physiologistes, ont précisé davantage, et ont cherché à établir que l'origine des mouvements volontaires, que leurs centres incitateurs, occupent plus spécialement les régions pariétales des deux hémisphères. Ils sont arrivés à cette conclusion, surtout en appliquant des courants électriques à la surface des circonvolutions. Le fait, d'obtenir des mouvements dans les membres par l'excitation électrique de l'écorce, semble en contradiction, avec les doctrines anciennes de l'inexcitabilité de la surface cérébrale. Si Flourens et Longet n'ont obtenu aucun effet par l'électricité, c'est peut-être, comme nous le disait naguère M. Vulpian, que leurs appareils étaient à cette époque défectueux et grossiers. Peut-être aussi leurs expériences avaient-elles été faites trop exclusivement sur des animaux d'ordres inférieurs. Hitzig et Ferrier, en opérant sur des singes, ont mieux dissocié les mouvements : et, d'ailleurs, ils ont retrouvé, chez tous les animaux, des régions de l'écorce complétement inexcitables. On voit donc qu'il existe au fond une liaison très-évidente entre les physiologistes anciens et les nouveaux ; les recherches récentes constituent un simple perfectionnement.

Les rapports entre les pathologistes des deux périodes ne sont pas moins manifestes. Bouillaud, Gendrin, Andral, Durand Fardel, avaient tenté par des statistiques aussi irréprochables que possibles, d'établir le rôle spécial des différentes régions du cerveau S'ils n'ont pas réussi, c'est qu'il leur manquait un élément important du problème, élément dont l'absence devait être une cause continuelle de troubles dans l'interprétation : la connaissance des régions motrices de l'écorce. Durand-Fardel, cependant, avait établi ce fait, que de toutes les lésions cérébrales, ce sont celles qui sont les plus voisines du corps strié dans lesquelles l'hémiplégie est la plus constante. De nos jours, la route suivie par M. Charcot est la continuation de celle de ces auteurs. Ses nombreuses observations, l'excellence de sa méthode, l'ont conduit à préciser davantage et à démontrer que l'hémiplégie est surtout produite par les lésions destructives des 2/3 antérieurs de la capsule interne, et que l'hémianesthésie survient dans les altérations du 1/3 postérieur de cette même capsule.

Les autres résultats qu'il a obtenus sont dus uniquement à la grande rigueur de ses observations et à leur interprétation sans parti pris. « Je suis avant tout clinicien, disait-il récemment à la Société de Biologie, et, en clinique, je suis et je reste, quand il le faut, empirique ! » C'est cet empirisme qui élève et instruit, parce qu'il utilise, en temps opportun, les découvertes de toutes les branches de la science ; qui conduit à la vérité, parce qu'il est basé sur une méthode inattaquable.

Ce n'est pas que cette méthode soit une grande innovation ; c'est elle qui a toujours conduit les savants aux découvertes les plus grandes et les plus durables : se servir à chaque instant des progrès de l'anatomie et de la physiologie pour *indiquer* la voie à suivre dans les recherches cliniques et utiliser la clinique pour vérifier les données de l'anatomie et de la physiologie. Quoique élève de l'école physiologique, M. Charcot sait que la conception physiologique isolée est comme une lueur qui égare aussi souvent qu'elle guide. Pour lui la lumière véritable vient d'une sorte de trinité scientifique : l'anatomie, la physiologie et la clinique.

A l'anatomie, il a emprunté la géographie des circonvolutions centrales, œuvre de Gratiolet surtout, la description plus complète des parties centrales du cerveau qu'on n'avait plus étudiées depuis Vicq d'Azyr, des faits nouveaux de structure et des recherches plus précises sur l'irrigation de l'encéphale. — L'expérimentation lui a indiqué, il est vrai, une voie non encore frayée ; elle lui a appris que peut-être, il existe dans les circonvolutions, une région motrice ; mais les convictions des savants de cette science paraissent encore si peu assises, que c'est à la clinique qu'il appartiendra de vérifier l'exactitude de cette découverte. D'un autre côté, c'est aux résultats cliniques si nets, obtenus par M. Charcot, que la physiologie est redevable de la connaissance du rôle de la capsule interne dans toute son étendue. — En clinique, sa devise constante est : dans l'observation, être patient sans lenteur ; être complet, mais non minutieux ; indiquer avec une rigueur presque mathématique, le siége, la forme et la nature de la lésion. Le plus souvent, il reproduit par le dessin la région malade.

Cette méthode si sûre, si synthétique, a fait ses preuves ; M. Charcot l'a déjà employée pour les maladies de la moelle et du bulbe : entr'autres découvertes, c'est à elle que nous devons la connaissance des lésions *systématiques* de l'axe spinal.

Ce qui rend précisément les observations des anciens auteurs défectueuses, c'est que très-rarement le siége de la lésion est indiqué d'une façon exacte ; ils connaissaient mal la situation et les rapports des noyaux centraux ; puisque les coupes transversales, méthodiques, si utiles pour cette étude n'avaient pas encore été décrites ; de plus, la nomenclature des circonvolutions était incomplète.

Une discussion fort intéressante et très-écoutée sur les localisations cérébrales, vient de s'élever au sein de la Société de Biologie. Un savant éminent, M. Brown-Séquard, qui, avec Flourens, Longet, Claude Bernard et Vulpian, est un des créateurs de la physiologie du système nerveux, combat avec vigueur la doctrine nouvelle. Ses premiers coups avaient porté sur les recherches physiologiques récentes. M. Charcot n'est pas un expérimentateur; il est élémentaire que pour saisir les erreurs de ses adversaires en physiologie, il faut pouvoir reproduire leurs expériences; il a refusé le combat ainsi proposé. M. Brown-Séquard alors, l'a attaqué résolûment sur le terrain de la clinique et l'a contraint de s'y défendre. A chaque séance, il apporte des observations contradictoires, puisées le plus souvent dans les ressources de la bibliographie. « C'est ainsi, dit-il, qu'il possède plus de deux cents observations où la paralysie siégeait du côté de la lésion... »

Pour M. le professeur Brown-Séquard, non-seulement la théorie des localisations cérébrales n'est pas établie, les faits anciens la combattent; non-seulement, les faits nouveaux ne prouvent rien, non-seulement c'est l'inconnu..., mais encore, il est impossible d'élever cette théorie dans l'avenir! D'après ses nombreuses recherches, une lésion quelconque peut engendrer un trouble quelconque, du même côté du corps comme du côté opposé, qu'il s'agisse de symptômes sensitifs ou de symptômes moteurs... Que l'écorce, que le centre, que les circonvolutions, que les ganglions, que la protubérance soient lésés, l'ensemble symptomatologique sera des plus variables... Aucune règle, aucune loi ne présideront à l'apparition des phénomènes... parce que toujours il peut y avoir une action de traumatisme pathologique, *à distance*.

« Si la théorie de M. Brown-Séquard était vraie, si on en tirait toutes les conséquences que la logique impose, nous disait récemment un des plus grands physiologistes contemporains, tout progrès scientifique sur les fonctions cérébrales deviendrait impossible... Nous resterions plongés, à cet égard, dans l'ignorance la plus absolue. »

En pratique, toute la question sera de savoir, comme l'a fait observer M. Charcot, dès le début, si les observations répondent aux conditions que nous indiquions plus haut : la lésion était-elle réellement localisée?... Son siége exact a-t-il été indiqué avec la précision suffisante par son auteur?... Nous n'en sommes plus, en effet, au temps où l'on s'abritait derrière l'autorité d'un nom... D'un autre côté, il faut éviter de rendre la lésion responsable de phénomènes *de diffusion*, faciles à reconnaître comme tels, et qui n'appartiennent qu'à la réaction de l'organisme contre l'*ictus* primordial. Nous voulons parler surtout des convulsions et des contractures du début, phénomènes essentiellement fuyants et vagabonds. Est-ce que la fièvre et le délire empêchent de localiser une lésion dans le foie, quand il existe des phénomènes hépatiques *prédominants et durables*? Dans le cerveau comme dans le foie, pour apprécier l'effet réel d'une lésion, il faut attendre qu'une symptomatologie déterminée soit assise.

La discussion gagnerait peut-être en précision et en rapidité, si chacun des adversaires se contentait de l'interprétation de faits récents, appréciables par tous, et si, chaque fois, la pièce pathologique, ou un bon dessin étaien soumis à la Société.

Quoi qu'il en soit, nos lecteurs seront tenus au courant de cette intéressante discussion.

La généralité des esprits scientifiques doit savoir gré à M. Brown-Séquard de l'avoir soulevée. Quand la lutte se circonscrit entre de pareils adversaires, la lumière finit par se faire tôt ou tard.

En attendant qu'elle soit terminée, pour que toutes les pièces du procès leur soient familières, nous ferons connaître à nos lecteurs les faits nouveaux sur les localisations cérébrales, qui paraîtront soit en France, soit à l'Etranger. Dès aujourd'hui, nous tenons à signaler trois observations d'origine française, et une quatrième, venant d'un médecin de Moscou. Les trois observations françaises ont été communiquées par M. Pitres, interne des hôpitaux, à la Société de Biologie, dans sa séance du 8 janvier (Voyez *Progrès Médical*, 1876, n° 4, p. 59).

L'observation du Dr Gliky, médecin à Moscou, que nous publions plus loin (p. 95), *in extenso*, en raison du grand intérêt qu'elle présente, peut ainsi se résumer. Un jeune ouvrier, âgé de 17 ans, a été atteint progressivement de convulsions cloniques dans les membres gauches, dans la moitié gauche des muscles du cou et de l'abdomen, dans les muscles de la face du même côté, et dans ceux de la langue : tantôt, dans ces divers groupes de muscles on n'observait que de simples secousses; tantôt c'étaient de véritables convulsions qui, d'abord localisées au membre supérieur, envahissaient bientôt toute la moitié du corps, de manière à constituer une véritable attaque d'épilepsie unilatérale sans perte de connaissance. Ces attaques convulsives laissaient chaque fois après leur disparition, les groupes musculaires atteints dans un état parétique très-prononcé; bientôt on constata une véritable paralysie du bras et de la jambe. Maux de tête très-violents, fixés dans la région pariétale. Le malade fut observé pendant une année entière, puis il succomba à des accidents thoraciques. — A l'autopsie, on trouva un *gliome* occupant exclusivement *la région motrice* de l'écorce cérébrale, (Voy. *fig.* 13, 14 et 15), dans l'hémisphère droit. Le soin avec lequel l'observation a été prise, et la localisation si précise de la lésion font tellement bien comprendre toute sa valeur, que tout commentaire devient inutile.

H. Duret.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 janvier 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Coudereau présente une tête de fœtus expulsée à la suite d'un avortement. Elle offre un aplatissement très-marqué d'avant en arrière, dû à l'existence de deux tumeurs dures, rénitentes, développées l'une au centre et l'autre à la périphérie du placenta.

M. Brown-Séquard étudie l'anesthésie dans les affections cérébrales. Pour lui, dans l'immense majorité des paralysies cérébrales, il existe de l'anesthésie et de l'hyperesthésie, rarement il est vrai, à un degré très-prononcé. La science compte quelques cas d'anesthésie directe. L'anesthésie est donc à tous égards comparable à la paralysie: car elle peut être directe ou indirecte et apparaître, quels que soient le siége et la nature de la lésion cérébrale.

M. Charcot se demande si, dans les exemples d'anesthésie invoqués par M. Brown-Séquard, il ne faut pas faire jouer un certain rôle à l'hystérie, et au saturnisme. Il s'élève contre l'affirmation que la plupart des paralysies cérébrales sont accompagnées d'anesthésie : on ne doit pas tenir compte de l'état de la sensibilité dans les hémiplégies passagères ou au moment de l'ictus apoplectique : mais que l'on étudie un certain nombre d'hémiplégies permanentes, à la Salpêtrière par exemple, et on se convaincra que l'anesthésie constitue l'exception.

M. Magnan étudie le rôle de la moelle dans la paralysie générale. La méningo-myélite interstitielle diffuse peut se traduire par des symptômes tout particuliers. Ce sont des attaques caractérisées par l'existence de contractures, de convulsions ou de phénomènes apoplectiques, sans perturbation des fonctions cérébrales. Dans tous les cas, il y a une notable élévation de température (de 1° à 2° en général).

M. Sanson présente à la Société un nouvel appareil destiné à étudier la respiration chez les grands animaux domestiques. Les résultats auxquels il est arrivé sont très différents des opinions généralement reçues. La quantité d'acide carbonique, éliminé indépendante de l'alimentation, est en raison directe de la température et en raison inverse de la pression atmosphérique. D'une manière générale, l'élimination de l'acide carbonique est en raison de la surface du poumon et de la tension du milieu et obéit par conséquent aux lois de la diffusion des gaz.

M. Poncet présente l'examen histologique d'un œil blessé par un grain de plomb. D'après les renseignements cliniques fournis par M. le Dr de Wecker, la vue, qui s'était maintenue bonne pendant deux ans, s'était perdue subitement en quelques jours, après une chute, dans ces derniers mois. Cet œil présentait un décollement de la rétine en champignon ; et celui-ci avait 2 pédicules : un au nerf optique l'autre à quelques millimètres. Ce dernier point était la trace d'une cicatrice de la sclérotique. Le grain de plomb était enkysté derrière la rétine, près de la région ciliaire. L'auteur décrit le pédicule, le kyste, et les lésions de la choroïde.

M. Raymond fait une communication sur les lésions osseuses dans les arthropathies tabétiques et les fractures dans l'ataxie locomotrice.

M. Charcot montre quels progrès a fait cette question depuis quelques années : autrefois tous ces faits étaient rapportés à l'arthrite sèche. Aujourd'hui, rien qu'à l'examen extérieur on peut reconnaître l'os d'un tabétique. C'est une atrophie toute spéciale dont la nature microscopique n'est pas encore connue. Du reste dans d'autres affections nerveuses, la sclérodermie par exemple, on a des lésions trophiques analogues.

M. Poncet fait remarquer que la lèpre atrophique donne lieu à un processus analogue dans les petits os : on voit ainsi les petites phalanges disparaître complétement dans le cours de la maladie.

M. Féré fait une communication *sur quelques-unes des conditions qui peuvent faire varier la situation du sillon de Rolando.* A l'état normal, la situation de ce sillon peut présenter quelques variations de peu d'importance si on tient compte des dimensions du cerveau. Ces variations peuvent s'exagérer dans des conditions particulières qu'on peut diviser en deux groupes : A. Dans le 1er groupe, il y a réduction du volume de certaines parties du cerveau. 1° Chez certains idiots, le sillon de Rolando, avancé symétriquement, trahit un arrêt de développement des lobes antérieurs. 2° Chez un sujet qui a subi depuis longtemps une amputation d'un membre supérieur, il peut exister un avancement du sillon de Rolando du côté opposé, indiquant une atrophie secondaire d'une des circonvolutions antérieures. 3° Quand il existe une lésion destructive ancienne de la convexité du cerveau, le sillon peut encore se dévier du côté de la partie détruite.—B. Dans le second groupe, la déviation tient à des dispositions spéciales du crâne. 1° S'il existe une déformation artificielle, comme celle qui est produite par le bandeau des Toulousains qui allonge le crâne en empêchant le développement de la région frontale, le sillon de Rolando peut être reculé. 2° Si la suture médio-frontale est restée ouverte jusque dans un *âge avancé*, on peut voir le sillon se rapprocher du bregma. Dans ces sortes d'explorations, le procédé des chevilles est préférable parce qu'il ne peut pas tromper et qu'il n'exige que peu de temps. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er février 1876. — Présidence de M. Chatin.

Suite de la discussion sur la leucocytose. M. Colin cherche à démontrer que tous les états leucémiques ont une commune origine, que tous sont de même essence ; qu'ils sont simplement le résultat de certaines modifications purement anatomiques et que, par conséquent, ils ne sauraient avoir par eux-mêmes des propriétés particulières de virulence et de spécificité, tout en différant les uns des autres par plusieurs points. Si ces états leucémiques se rencontrent avec une fréquence si considérable, cela tient à l'activité immense du système lymphatique et à sa prédominance d'action dans les phénomènes de la nutrition. D'après des expériences faites sur des taureaux et des vaches, auxquels il pratiquait des fistules du canal thoracique, M. Colin a pu observer que la quantité de lymphe ainsi perdue variait entre 60 et 192 grammes pour chaque kilogr. de l'animal. La quantité totale représente le 1/5 de la masse du corps ; elle est donc de beaucoup supérieure à la masse du sang. Pour expliquer qu'une telle quantité de lymphe puisse circuler ou exister dans les vaisseaux blancs sans qu'il y ait toujours leucocytose, il faut se reporter au renouvellement constant et très-rapide que le sang éprouve soit par les exhalations, soit par les sécrétions. La leucocytose physiologique par prédominance de l'appareil lymphatique n'existe donc pas, grâce à la circulation sanguine considérée comme un dérivatif compensateur. Mais chaque fois qu'il y a exagération de l'activité de ce système lymphatique, il y a leucocytose, passagère si l'activité surajoutée est transitoire, permanente si l'excitation est définitive ou prolongée.

Par exemple, sous l'influence de la digestion, il y a une leucocytose éphémère qui dure tout le temps que nécessite l'absorption des substances alimentaires par les chylifères, et qui cesse dès que l'acte digestif est terminé. Dans ce cas, la suractivité fonctionnelle est éveillée par l'action irritante qu'exercent sur les radicules lymphatiques les corps gras ou plutôt toutes les substances alimentaires absorbées. Par contact, ces substances provoquent une hypergenèse globulaire dans l'intérieur des vaisseaux lactés, en deça des ganglions, et par conséquent une leucocytose passagère. Mêmes phénomènes d'irritation et même leucocytose transitoire par l'administration des purgatifs. — Toutes les leucocytoses ont cette même origine et ne peuvent présenter entr'elles de démarcation bien tranchée. A l'état normal, et dans les inflammations, le système lymphatique fonctionne et comme appareil secréteur des leucocytes et comme appareil absorbant des matériaux employés à faire ces leucocytes, lorsqu'il subit une stimulation physiologique ou pathologique. — Le développement rapide de la leucocytose tient seulement à l'irritation ganglionnaire rapidement considérable ; c'est ce qui a lieu pour les maladies virulentes dans lesquelles la propagation inflammatoire est si prompte.

Les leucocytes produits en excès sont le point de départ de tous les phénomènes qui accompagnent la leucocytose, accroissement des ganglions, embolies, arrêts de circulation, etc., et, à ce propos, il faut bien distinguer le leucocyte physiologique, bien portant, du leucocyte malade, produit par l'irritation ganglionnaire, semblable à celui du pus. — La leucocytose morveuse n'est pas spécifique ; les éléments figurés des animaux morveux sont absolument identiques aux éléments figurés des animaux sains ; la virulence réside dans le liquide et non dans les parties solides du sang et de la lymphe.

Conclusions résumées : 1° L'état leucémique dérive de la suractivité fonctionnelle du système lymphatique ; 2° Peut-être pourrait-on déterminer par une cause stimulante l'altération ou l'agent virulents ; 3° La leucocytose se développe rapidement en raison de la masse de la lymphe constamment

en action; 4° Il n'y a pas de lésion matérielle des leucocytes capable d'expliquer la virulence; 5° Rien ne prouve que la leucocytose se développe en dehors du système lymphatique, la rate, les os, etc.; 6° Il n'y a qu'une simple différence de degré et de durée entre la leucocytose physiologique et la leucocytose pathologique; 7° Les lésions virulentes n'ont pas de caractères spéciaux; 8° Ces leucocytoses sont des états correspondants aux anémies; 9° Les troubles fonctionnels paraissent résulter des entraves apportées à la circulation par la présence des leucocytes; 10° Les lésions anatomiques de cause leucémique ne sont pas obligées; elles sont seulement consécutives à l'irritation.

M. Verneuil demande pourquoi M. Colin n'a pas fait d'expériences directes sur les animaux morveux, comme celles qu'il a faites déjà pour la septicémie et le charbon. Quelques chiffres seraient bien plus concluants que les affirmations nettes il est vrai. mais en quelques sortes théoriques apportées à la tribune de l'Académie.

M Colin n'a pu expérimenter parce que les sujets d'expériences coûtent aujourd'hui trop cher et qu'il faudrait beaucoup de bons chevaux pour arriver à une conclusion. Malgré cela il pense être dans le vrai en présentant ses conclusions.

La séance est levée à 4 heures 3/4. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 28 janvier 1876. — Présidence de M. Charcot.

Allocution de M. Charcot.

Messieurs,

L'exposé de notre situation que, conformément à nos réglements, je suis appelé à vous présenter dans la séance d'aujourd'hui, ne m'entraînera pas dans de longs développements. Laissant à M. le Trésorier et à M. l'Archiviste le soin de vous instruire, dans le détail, de tout ce qui concerne leur spécialité, j'envisagerai particulièrement le côté intellectuel. Or, dans ce domaine, je n'ai qu'à constater la continuation de ce mouvement de progression croissante, que je signalais déjà l'an passé, en pareille circonstance, et qui, d'ailleurs, paraît avoir frappé les yeux de tous, non-seulement dans l'enceinte de cette Société, mais encore en dehors d'elle.

Ce mouvement n'est pas attesté uniquement par le nombre, chaque jour plus grand, de vos présentations, par le soin minutieux avec lequel la partie anatomo-pathologique et les développements cliniques y sont traités. Il est attesté encore, et surtout à mon sens, par l'esprit qui vous dirige pour la plupart dans le choix de vos sujets d'étude. Il m'a paru manifeste que, possédés par l'ardent désir de contribuer à élever le niveau de nos connaissances, vos efforts s'attachaient désormais principalement à fournir des documents propres à être utilisés pour la solution des questions nouvellement soulevées. N'est-ce pas là un signe d'heureux présage, pour l'avenir de notre Société? Car, que ne peut-on pas attendre de ce zèle éclairé, lorsque l'on considère les matériaux immenses, les richesses inépuisables qui, chaque jour, et d'une façon si libérale, sont mis à votre disposition dans les hôpitaux de Paris, auxquels vous êtes tous attachés à des titres divers. Aussi, suis-je profondément convaincu que la collection où sont consignés tant d'importants documents, devra, plus que jamais, figurer au premier rang, dans la bibliothèque de tout médecin sincèrement animé du désir de suivre le courant, aujourd'hui si rapide, du progrès scientifique. Cette considération, par laquelle je termine, M. le Trésorier la reprendra, sans doute, pour l'envisager par le côté pratique, matériel, si je puis ainsi dire; même à ce point, elle n'est certes pas à dédaigner.

Eloges de Demarquay et Giraldès;

Par Périer, vice-président.

Parmi les collègues que nous avons eu la douleur de perdre cette année, il en est deux qui fournirent une carrière assez longue pour que le vide laissé derrière eux fût sensible non-seulement pour nous, mais encore pour les sociétés où l'on n'est admis que tardivement. Déjà l'Académie de médecine et la Société de chirurgie ont rendu hommage à la mémoire de Demarquay et à celle de Giraldès. Nous avons aussi le devoir de rappeler combien ces deux hommes si différents ont droit à notre reconnaissance pour la part considérable que chacun d'eux a laissé aux travaux de notre Société. Demarquay, né en 1814, à Longueval, petite commune du département de la Somme, appartenait à une famille de cultivateurs peu aisée. A l'âge de 15 ans, sachant à peine lire et écrire, il quitta son village pour venir tenter la fortune. Il put trouver une place de maître d'études. Cela lui permit d'acquérir à force d'intelligence et de volonté les notions indispensables à son début dans la carrière qu'il devait choisir.

A 27 ans, il était interne, et quittait les hôpitaux en 1845 avec le titre de lauréat. Cette même année, il était nommé secrétaire de notre Société à laquelle il appartenait depuis deux ans. Il devint bientôt aide, puis prosecteur de la Faculté. Grâce à ces fonctions, il se perfectionna dans l'anatomie et pendant huit années il enseigna la médecine opératoire avec le plus grand succès.

Quand il quitta cet enseignement, il était déjà chirurgien du bureau central, mais ses succès dans la pratique de ville l'éloignèrent de l'agrégation à laquelle il avait concouru avec honneur.

Cependant il profita de ses suppléances à l'hôpital Necker, à l'hôpital du Midi, à l'Hôtel-Dieu, pour faire des conférences cliniques fort suivies. En 1858, il fut nommé chirurgien de la Maison municipale de santé, dont il sut augmenter la célébrité malgré la renommée de ses prédécesseurs.

Il y continua ses conférences et attira près de lui de nombreux élèves et des médecins étrangers qui contribuèrent à étendre sa réputation déjà grande. Entraîné dans le tourbillon d'une vie dévorante, il trouvait encore du temps à consacrer à des travaux dont le nombre et la valeur lui ouvrirent les portes de l'Académie de médecine.

En 1870, la presse française organisa des ambulances dont la direction fut confiée à M. Ricord et à Demarquay. Ils déployèrent l'activité la plus infatigable et réunirent autour d'eux un faisceau de médecins et de chirurgiens auxquels ils surent communiquer leur ardeur.

Témoin quotidien de la conduite de Demarquay pendant la durée des deux siéges, je songe encore avec admiration à la manière dont il prodiguait ses forces, joignant à ses fonctions de chirurgien celles d'un administrateur émérite. Il fallait sa robuste constitution pour surmonter tant de fatigues. Toujours sur la brèche, ne se décourageant jamais, et relevant le moral de tous, il n'a reculé devant aucun danger.

Ceux qui furent à même d'apprécier tous les services qu'il rendit alors et la somme du bien qu'il a fait, savent ce que peut une initiative dédaigneuse de l'envie qui toujours cherche derrière les actions les plus louables des mobiles cachés.

Après la guerre, il reprit la vie active de praticien, mais son ambition de savant n'était pas encore satisfaite. Aspirant au titre de membre de l'Institut, il se livra à de nouvelles investigations. Mais un mal terrible devait l'empêcher d'atteindre le but désiré! Il comprit de suite la gravité de ce mal. Loin de se laisser abattre, il vit courageusement venir la mort, ne luttant contre elle que pour lui dérober l'occasion de remplir encore ses devoirs professionnels. Lorsqu'il fut terrassé, il se fit transporter à Longueval pour mourir dans le village qui l'avait vu naître.

Demarquay était un praticien et un savant. Elevé à l'école de Blandin qui fut son protecteur et son ami, il s'attacha de préférence aux recherches dont l'application à la chirurgie était immédiate. Ces recherches, il les étendit à tous les sujets. Paraissait-il un agent nouveau, une méthode nouvelle, de suite il les soumettait à l'expérimentation et publiait les résultats qu'il avait obtenus. Parcourez les comptes-rendus des sociétés savantes, feuilletez les journaux de médecine, à tout instant vous rencontrez Demarquay. Etudiez une question quelconque de chirurgie pratique vous l'y trouverez encore.

Il a publié plusieurs ouvrages didactiques. Le premier en date est son *Traité des tumeurs de l'orbite* qui parut en 1860, c'est une édition notablement agrandie de la thèse qu'il eut à soutenir au concours de l'agrégation de 1853. Cet ouvrage qu'il aurait voulu rendre plus complet renferme de précieuses observations.

Citons encore son livre sur la *Glycérine et ses applications à la médecine et à la chirurgie*, son *Traité de pneumatologie*, et d'importantes monographies dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Il accumulait sans cesse de nouveaux matériaux, aussi laisse-t-il les éléments de deux ouvrages considérables qui doivent paraître bientôt grâce aux soins d'élèves dévoués qui furent ses collaborateurs.

Comme chirurgien, ses succès furent rapides. On le comprend aisément, car il possédait au plus haut point les qualités que Celse considère comme indispensables. « Un chirurgien, » suivant l'Hippocrate latin, doit être jeune, ou, du moins, peu « avancé en âge : il faut qu'il ait la main ferme, assurée et ja- » mais tremblante, qu'il soit adroit de la gauche comme de la » droite, qu'il ait la vue claire et perçante, qu'il soit intrépide » et impitoyable, c'est-à-dire qu'il veuille la guérison de celui » qui se met entre ses mains, et que, sans être touché de ses » cris, il ne se presse pas trop et ne coupe pas moins qu'il ne » faut, mais qu'il agisse sans s'émouvoir, comme si les plaintes » du malade ne faisaient aucune impression sur lui. »

Ces qualités, disais-je, se trouvaient réunies chez Demarquay : il opérait avec promptitude et précision, l'imprévu ne semblait pas l'émouvoir, sa décision était rapide et juste. Anatomiste habile, il ne pouvait s'égarer.

Il imposait par sa taille, sa voix retentissante, son apparence athlétique, mais il rassurait par sa douceur et sa bonté.

Demarquay sut acquérir une fortune enviée, mais il ne connut pas les joies de la famille, et je l'ai entendu s'en plaindre comme du malheur de sa vie. Si, du moins, il ne laisse pas à des descendants le culte de sa mémoire, les générations qui doivent nous suivre se ressentiront encore de ses généreux bienfaits et la science conservera le souvenir de ses travaux.

Giraldès était le fils d'un consul portugais. De bonne heure il étudia la médecine et fut nommé interne en 1830, à l'âge de 20 ou 22 ans. Cette même année, il entrait à la Société anatomique, et, pendant 45 ans, il devait en être l'un des membres les plus assidus. Cependant, au début de cette carrière si pleine de promesses, se place un incident qui faillit en changer le cours. Don Miguel avait usurpé le trône de Portugal. Giraldès, alors interne de l'Hôtel-Dieu, abandonna sans hésiter des intérêts dont vous connaissez le prix, pour s'enrôler comme simple artilleur dans l'armée libérale de son pays d'origine.

Lorsque la cause pour laquelle il exposait sa vie eut enfin triomphé, il vint dans sa patrie d'adoption reprendre le cours des études qu'il chérissait. Le succès ne se fit pas attendre. Nommé prosecteur des hôpitaux avant d'avoir terminé son temps d'internat, il put se livrer entièrement aux recherches anatomiques, objet de sa prédilection. Sa thèse inaugurale *Sur l'anatomie de l'œil*, soutenue le 23 décembre 1836, nous montre déjà l'investigateur qui devait enrichir la science de découvertes utiles ; la membrane du tapis, les rapports de la rétine avec l'iris et le cristallin y sont l'objet de considérations nouvelles.

Bientôt, Giraldès entra dans la voie des concours où, lutteur intrépide, il se distingua toujours par son immense savoir. C'est ainsi qu'il obtint successivement le titre d'agrégé en chirurgie et celui de chirurgien du bureau central. Il fut moins heureux dans les concours pour la chaire d'anatomie, pour la place de chef des travaux anatomiques et pour la chaire de clinique externe, mais il suffit de citer les noms des vainqueurs, Denonvilliers, Gosselin, Nélaton, pour comprendre ce qu'il pouvait rester de gloire aux vaincus.

Giraldès eût pu réussir, mais les concours furent supprimés, et, avec eux, les chances de l'emporter de vive force. Alors, comme beaucoup d'autres, il se retira de la lice et cessa l'enseignement public auquel il s'était consacré jusque-là comme agrégé suppléant ou comme professeur libre.

Devenu chirurgien de l'hospice des Enfants assistés, il put se livrer à des recherches d'anatomie pathologique, dont les résultats furent des plus précieux pour la science et pour l'art. Enfin, il succéda à Guersant à l'hôpital des Enfants malades, et, en 1862, il inaugura un cours de clinique chirurgicale et ophthalmologique qu'il continua jusqu'à ce qu'il eut atteint la limite d'âge qui devait lui fermer la carrière hospitalière. Ses leçons ont été recueillies par ses élèves.

Parmi les services de ce genre, rendus journellement à la science par l'un de nos collègues les plus distingués, ce n'est pas un des moindres que d'avoir réuni les leçons du maître en un livre où le praticien trouvera toujours des préceptes basés sur l'observation rigoureuse, et qui restera comme un modèle de clarté et de concision.

Après avoir définitivement quitté les hôpitaux, Giraldès tourna toute son activité vers les Sociétés savantes, qu'il suivit jusqu'à son dernier jour, et personne de nous ne peut oublier qu'il succomba le vendredi 26 novembre, quelques heures après nous avoir quittés. Rien ne pouvait faire prévoir une fin si prochaine, il paraissait en parfaite santé et sa mémoire, toujours fidèle, lui avait permis de citer en séance un travail paru dans un journal de Manchester, qui n'avait vécu que six numéros.

Le soir même, à la bibliothèque de la Faculté, il fut pris brusquement d'une dyspnée extrême, on eut à peine le temps de le mettre dans une voiture et il succomba avant d'avoir atteint son domicile.

Giraldès était diversement apprécié. Tout le monde lui rendait justice comme savant, et son nom ne périra pas. Il laisse des travaux nombreux et variés, dont la Société anatomique peut revendiquer un bon nombre avec une légitime fierté. Le compte-rendu des travaux de l'année 1836, qu'il fit en qualité de secrétaire, est un des plus remarquables qui aient paru dans nos bulletins. Son mémoire sur la terminaison des bronches, (1839), fit faire un pas à cette question que l'on peut dire aujourd'hui résolue.

Ses présentations, ses rapports abondent dans notre recueil, et parmi les pièces qu'on y trouve décrites, il en est qui furent le point de départ des remarquables mémoires auxquels il dut d'être trois fois lauréat de l'Institut. Son mémoire sur l'*anatomie et la pathologie du sinus maxillaire* lui valut le prix Monthyon en 1838. Ses recherches sur les kystes de ce sinus furent également couronnées par l'Académie des sciences en 1861. Il les avait poursuivies pendant dix années consécutives. Qu'il me suffise de dire qu'elles ont permis de rayer du cadre nosologique l'hydropisie du sinus maxillaire.

Enfin, son mémoire sur les *injections de perchlorure de fer dans les artères*, résumé d'expériences entreprises à Alfort en collaboration avec M. Goubaux, a donné droit de domicile au perchlorure dans la pratique chirurgicale.

Je n'en finirais pas, Messieurs, s'il me fallait citer tous les travaux importants de Giraldès : kystes congénitaux des organes de la génération, abcès laiteux de la mamelle des nouveau-nés, périostite phlegmoneuse et tant d'autres, ils tiennent une large place dans les recueils des Sociétés savantes, dans les divers organes de la presse médicale française et même dans les journaux d'Angleterre. Notre regretté collègue était en relations suivies avec les chirurgiens les plus éminents d'outre-Manche. Ces relations, rendues plus faciles par sa situation de chirurgien du chemin de fer du Nord, l'avaient mis au courant de la littérature médicale anglaise, à ce point qu'on a osé lui reprocher de la connaître mieux que celle de notre pays ; reproche injuste, car son érudition était immense, et, je puis l'affirmer, rien de ce qui se publiait chez nous n'échappait à son attention.

Si, comme savant, Giraldès est apprécié de tous, comme critique il s'est attiré des inimitiés ardentes. C'est que sa nature franche, loyale, chevaleresque, comme le disait un de ses collègues de l'Académie, n'admettait pas les compromis.

Avec un jugement droit, une mémoire prodigieuse, et des connaissances presque illimitées, il lui devenait facile dans les œuvres d'autrui de mettre en relief le moindre défaut, et dans une question de priorité, de rétablir la chronologie avec une précision mathématique.

Souvent sa critique était faite avec une bonhomie qui dissimulait mal quelques pointes d'ironie, et leur blessure était d'autant plus ressentie qu'elle était moins attendue. Cependant, il était impossible de ne pas rendre hommage à l'honnête homme, et ceux qui l'ont vu dans l'intimité ont conservé pour lui une respectueuse amitié.

Son dévouement aux malades était sans bornes, on connaît sa conduite pendant le siége, elle lui valut la croix d'officier ;

il avait dû sa croix de chevalier à une demande spontanée des blessés confiés à ses soins après les journées de juin 1848.

Si Giraldès a été contesté comme chirurgien, c'est qu'il manquait de qualités extérieures et qu'il était atteint d'une myopie très-prononcée ; la fatalité voulut que, victime de ses recherches anatomiques, il eût un œil perforé par l'éclat d'une pointe de ciseaux. Cet accident eut pour lui des conséquences funestes en diminuant la confiance qu'il eût dû inspirer pour réussir dans la clientèle civile. Cependant, il pratiquait admirablement l'opération de la taille où le toucher joue un rôle plus important que la vue ; la modification si ingénieuse qu'il apporta à l'opération du bec-de-lièvre prouve encore ses aptitudes comme chirurgien; du reste, à défaut d'autres preuves, il suffit de lire ses leçons cliniques pour reconnaître l'homme qui a bien observé et qui pratique bien.

Il n'arriva pas à la fortune comme son rival Demarquay ; fût-il moins heureux? Je n'oserai le dire. Mais je sais que l'un et l'autre peuvent nous servir d'exemple en nous montrant une fois de plus que la condition première du succès sera toujours le travail.

Quant au reste, nous pouvons répéter avec Cicéron :

Vitam regit fortuna, non sapientia.

Le sort règle nos jours, plutôt que la sagesse.

Eloges de Le Courtois et de Lorain ; par G. HAYEM, vice-président.

Messieurs,

L'année 1875 a été cruelle pour notre société ; elle nous a ravi trois de nos membres honoraires et un de nos membres titulaires. Une voix plus autorisée que la mienne vient d'adresser à Demarquay et à Giraldès un dernier souvenir et un juste tribut d'éloges. Fidèle à nos excellentes traditions, j'accomplirai le même devoir envers LE COURTOIS et le professeur LORAIN.

Notre collègue LE COURTOIS naquit à Thaon, dans le Calvados, le 17 février 1840. Il était du nombre de ces jeunes gens d'élite qui, chaque année, viennent de la province se mêler à la vie active et militante de Paris. Désireux de faire de sérieuses études médicales, il ne tarda pas à aborder les concours des hôpitaux.

Reçu externe en 1861, il obtint, en 1863, le titre si ambitionné d'interne. Il remplit ses fonctions avec le plus grand zèle, et pendant le choléra de 1865-66, il s'empressa d'aller avec quelques collègues, porter secours à la population d'Amiens, victime d'une épidémie des plus meurtrières.

Animé d'une grande ardeur pour le travail et doué d'un esprit observateur et original, il sut profiter de sa situation d'interne pour se livrer à des recherches personnelles très-intéressantes.

C'est au sein de notre société, qui s'honore du concours précieux de tous les jeunes observateurs, qu'il vint naturellement faire l'exposition de ses premiers travaux. La plupart d'entre nous l'ont vu à l'œuvre et savent combien il se passionnait dans ses entreprises, combien il apportait de soins dans ses études. Il avait véritablement le tempérament du chercheur et, bien que sa santé fût tout à coup ébranlée en 1867 par un accident terrible, il ne s'arrêta pas dans ses efforts. Il se sentait soutenu par l'amour de la science et voulait en quelque sorte, prévoyant sans doute la brièveté de sa carrière, se hâter de se rendre utile.

Il atteignit ce but en abordant l'étude très-difficile et par suite un peu délaissée, de l'ossification du crâne.

Dès 1869, il fit à notre société ses premières communications sur ce sujet, en s'attachant surtout à nous montrer la signification et le rôle des os wormiens.

Puis, accumulant un grand nombre de pièces anatomiques qu'il eut la patience d'emprunter aussi bien aux animaux qu'à l'homme, il nous fit part, en 1870, d'aperçus tout nouveaux touchant l'embryogénie de la voûte crânienne. Les divers mémoires dont il a enrichi nos Bulletins sont remarquables autant par l'originalité des détails que par l'érudition dont ils témoignent. Aussi avez-vous récompensé notre collègue en l'appelant au poste honorable de vice-secrétaire, puis, de secrétaire de la Société.

En s'acquittant avec un soin extrême de la tâche que vous lui avez confiée, il a mérité une des premières places parmi les rédacteurs de vos Bulletins.

La nature particulière des travaux de Le Courtois le fit nommer, à peu près à la même époque, membre de la société d'anthropologie. Il fut un des membres les plus actifs de cette société nouvellement fondée et déjà si florissante, et, continuant ses recherches sur le crâne humain, il y publia diverses notes sur ce sujet et entre autres une étude très-importante sur les modifications morphologiques attribuées au rachitisme.

De tels travaux, accomplis en si peu de temps, devaient lui assurer dans un avenir rapproché, une grande notoriété parmi les anthropologistes. Malheureusement son œuvre devait rester inachevée. Obligé, malgré son penchant pour la science, de se consacrer entièrement à la clientèle, il fut bientôt victime de son dévouement pour ses malades et la mort est venue briser prématurément une carrière à peine commencée.

Tous ceux qui ont connu Le Courtois lui ont accordé l'estime qu'on doit à tout travailleur modeste et consciencieux, et notre société, pour laquelle il était si dévoué, le regrettera comme un de ses membres les plus distingués.

Messieurs, c'est avec une émotion poignante que je reporte maintenant vos pensées vers LORAIN, dont la perte subite nous a jetés, il y a quelques jours à peine, dans la plus grande consternation.

Lorain était un enfant de Paris. Né en 1827, il fit ses premières études à Lyon ; mais il ne tarda pas à revenir dans sa ville natale pour prendre part aux luttes et aux efforts de cette génération d'hommes supérieurs et laborieux devenus aujourd'hui nos maîtres.

Dès le début de ces luttes scientifiques, il s'était fait remarquer par l'originalité de son esprit, l'étendue de son intelligence vive et féconde, et il avait su acquérir, par l'aménité de son caractère, la sympathie de ses collègues. Reçu externe des hôpitaux en 1848, puis interne en 1850, il s'adonna tout entier à l'étude des malades et devint de bonne heure un clinicien de premier ordre.

C'est à cette époque qu'il prit une large part aux travaux de notre Société et qu'il donna les premières preuves de son talent comme observateur. Il comprenait la clinique d'une façon large, élevée et voyait dans l'étude des faits particuliers le moyen d'arriver à des vues synthétiques, d'une portée plus générale. Sa thèse inaugurale, soutenue en 1855, sur *la fièvre peurpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né* est un de ses plus remarquables essais de généralisation ; et, malgré la hardiesse de son titre et de sa conception, cette œuvre est empreinte de l'esprit médical le plus correct.

Lorain avait au plus haut degré l'amour de la vérité et de la science; nul n'a fait plus que lui de constants efforts pour suivre le mouvement scientifique qui caractérise notre époque et pour participer à l'accomplissement de la réforme de la médecine par la science, ou, pour employer son expression, « par les laboratoires. »

A sa sortie de l'internat, il comprend que son éducation médicale n'est pas encore complète. Fatigué de subir l'influence de la partie conjecturale de notre art, il cherche à acquérir des connaissances nouvelles; il réclame, il veut des vérités scientifiques, solidement assises, et il se met à étudier la physiologie et le microscope. Il ne voit pas de barrière, de limite infranchissables entre les phénomènes dits physiologiques et les symptômes morbides et l'observation des malades lui apparait comme une des branches particulières de la physiologie.

Nommé agrégé en 1860, puis médecin des hôpitaux en 1861, il applique à l'examen des malades confiés à ses soins, les procédés du laboratoire.

C'est la balance, les analyses chimiques, le thermomètre, les méthodes graphiques qui lui fournissent les notions les plus précieuses pour le diagnostic des maladies et la recherche de leur évolution intime.

D'une nature essentiellement artistique et prime-sautière, habile à concevoir rapidement toutes les faces d'une question ou d'un problème, Lorain ne passera jamais pour avoir cherché

à combler par la méthode l'insuffisance de ses conceptions médicales.

Mais la méthode devait triompher, chez lui, du travail trop facile de l'imaginatiou et donner mêmc à la plupart de ses écrits un certain caractère de sévérité. Ce triomphe de la méthode scientifique se reconnaît dans son important mémoire sur le choléra, publié en 1868, et dans son *Traité du pouls et de ses variations dans les maladies* (1870). Ce sont là des modèles de recherches esseutiellement cliniques faites par les procédés scientifiques et on y voit combien sout clairs, précis et inébranlables les résultats de semblables travaux.

Pendant dix ans, de 1856 à 1866, Lorain exerça les fonctions délicates et difficiles de médecin légiste et, par son talent et sa loyauté, il fit le plus grand honneur à notre profession.

Elevé daus un milieu dévoué à l'Université, doué de qualités aussi brillautes que solides, il était, eu quelque sorte, destiné à l'enseignement et depuis longtemps ses publications l'avaient désigné au choix de ses collègues lorsqu'il fut appelé en 1872 à succéder à Daremberg.

L'euseignement de l'histoire de la médecine était pour ainsi dire à créer. Il réussit dans cette entreprise au-delà de toute espérance, grâce à un talent de professeur tout à fait éminent. Sa parole, imagée, colorée, tour à tour familière et élevée, teuait sou auditoire sous le charme; avec un esprit fin, pénétrant, quelquefois un peu railleur, mais toujours indulgent et juste, il faisait aimer l'histoire de notre art et la reudait profitable en iudiquant nettement les conquêtes à accomplir daus l'avenir.

Dans le cours de sa vie laborieuse, Lorain eut le mérite de ne pas se laisser absorber par ses travaux personnels et de se préoccuper constamment de l'houneur et de la gloire de l'Université de France.

Il ne se faisait aucune illusion sur les lacunes de l'enseignement officiel; mais il avait coufiance dans notre relèvement scientifique et sut trouver les moyens de l'accomplir.

Dans ses écrits sur la réforme des études médicales par les laboratoires, et sur l'état de la médecine à l'étranger, il montra constamment le désir ardent de voir sou pays à la tête des natious studieuses qui l'eutourent, et il soutint que le priucipal remède à cette infériorité relative était la création d'établissements scieutifiques aussi complets que ceux de nos voisins !

Ces réformes si souveut réclamées et depuis si longtemps déjà sur le point d'être exécutées, il n'a pas eu la satisfaction de les voir se réaliser; mais il savait du moius qu'au sein de notre Faculté, elles trouveraient d'ardents défenseurs.

Outre sou amour du travail, Lorain avait une qualité plus rare encore et qui doit toucher d'une manière toute particulière la plupart des membres de notre Société, il aimait les travailleurs, que dis-je ? il les chérissait, et cette vive sympathie ue s'éteudait pas uniquement au cercle restreint de ses amis ou de ses élèves, elle atteignait tous ceux dont il connaissait les louables efforts.

Il aimait surtout les jeunes gens, s'appliquait avec soin à les compreudre, à les deviner et savait leur inspirer l'amour de la science, le respect de la vérité et le culte du devoir.

Dans les concours, il éprouvait les mêmes émotions que les concurreuts de mérite, il était pour eux un guide dévoué et sûr. Lorsque la lutte leur était défavorable, il savait avec un tact exquis soutenir leur courage et ranimer leurs espérances. Le jour du succès, il partageait leur joie à cœur ouvert, avec un mâle enthousiasme qui dévoilait son excessive bonté. Aussi les membres de la Société anatomique out-ils perdu en lui un maître vénéré et uu de leurs plus fermes appuis.

Sa mort a laissé parmi nous uu vide immense, irréparable, et, quand on songe qu'elle a eu lieu brusquement, au moment où il était dans toute la force de l'âge et dans la pléuitude de son talent, on éprouve un déchirement du cœur que les mots ne sauraient exprimer.

Séances d'octobre. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

23. Nœud du cordon ombilical ayant amené la mort du fœtus pendant la grossesse ; — Grossesse gémellaire ; Par R. CANIVET, interne à l'hospice Saint-Lazare.

Madame X. . , âgée de 38 ans, a déjà eu quatre enfants, et cela sans accidents d'aucuue sorte. La cinquième grossesse a évolué très-normalement jusqu'au 8e mois, à partir duquel la marche devint presque impossible à cause du développement considérable du ventre. — Néanmoins l'accouchement eut lieu à terme et l'expulsiou d'un premier fœtus mort (du sexe féminin) eut lieu après la rupture spontanée de la poche des eaux, (présentation du sommet). La quantité d'eaux parut très-normale. Peu de temps après, une nouvelle poche des eaux se rompit et malgré une présentation du siége, l'accouchement d'un enfaut vivant et bien conformé eut lieu sans accident.

Le premier enfant expulsé était mort et déjà assez macéré pour que l'épiderme se détachât du dos avec la plus grande facilité ; le ventre était rétracté, mais le fœtus ne présentait aucune lésiou appréciable. — La mensuratiou ni la pesée ne fureut faites, mais nous pouvons dire que son volume, et sa taille était à peu de choses près égale à celle du second enfant.

A 10 centimètres de l'ombilic, nous trouvâmes un nœud très-violemment serré et le cordon dont la longueur totale était de 95 centimètres entourait trois fois le cou du fœtus. — La portion du cordon comprise eutre le nœud et l'ombilic était rouge et congestiouuée, tandis qu'à partir du nœud jusqu'au placenta, sa couleur et son appareuce étaient normales. — Le nœud lui-même, très-serré, montre une coagulatiou manifeste du sang dans les vaisseaux ombilicaux à son niveau. Le calibre du cordon est peu considérable : c'est un cordon maigre. — Le placenta est normal et ne présente rien de particulier.

L'iutérêt de cette communication est dans la mort du fœtus. qui, la macération l'indique, était déjà, depuis plusieurs jours, mort dans la cavité utérine. Or, la plupart des auteurs admettent que jamais ces uœuds ne sont assez serrés pour interrompre la circulation du cordon et causer la mort du fœtus (Mauriceau, Beaudelocque, Cazeaux, Tarnier). Je u'ai trouvé qu'un seul cas analogue rapporté par Voetz, et publié dans la *Gazette des hôpitaux*, en 1842.

M. GUÉNIOT. Les nœuds du cordou ne sont pas habituellement assez serrés pour entraver la circulation et porter uue atteiute grave à l'enfant. Cela résulte de la présence d'uu enduit à la surface du cordon qui ne permet pas une strictiou complète ; en outre, les mouvements incessants de la circulatiou artérielle desserrent le nœud, pour ainsi dire. Lorsqu'on essaie de uouer le cordon d'un eufant qui vient de naître, on n'arrive à le serrer avec quelque force qu'après l'avoir débarrassé de l'enduit en question.

Dans le cas actuel, je crois que la mort du fœtus a été détermiuée autant par le fait du nœud du cordon que par suite des trois circulaires existant autour du cou.

24. Papillome de la luette ; par le docteur NEPVEU, chef de laboratoire à la Pitié.

X,... étudiant en médecine de nationalité roumaine, s'est toujours bien porté. Son père est mort de tuberculose aiguë ; sa mère est eu bonne santé ; deux de ses sœurs sont mortes en bas âge. Il y a deux ans, il fut pris d'accidents syphilitiques bien caractérisés : chancre infectant de la verge avec accideuts secondaires bien uets. Il avait de fréquentes amygdalites qu'il ne rapporte pas à la syphilis; il n'a jamais eu de plaques muqueuses.

Il y a un an environ, il s'aperçut pour la première fois, en examinaut sa gorge dans uue glace, que sa luette était tuméfiée. Il n'en souffrait pas et n'en a jamais éprouvé la moindre gêne ; la déglutition n'a jamais été gênée ; il ne toussait pas, n'avait aucune irritation de la gorge ; enfin, c'est le hasard seul qui l'a mis sur la voie.

La tumeur de la luette était formée par une excroissance étendue de la base à la pointe de l'organe sur sou côté droit ; sa largeur était d'environ 8 à 10 mm. ; elle offrait une couleur rosée, et présentait un aspect verruqueux, mamelonné, spé-

cial. M. Verneuil porta immédiatement le diagnostic d'adénome; cependant, l'extraction faite, M. Verneuil examinant la tumeur à loisir diagnostiqua un papillome.

La tumeur était limitée au côté droit de la luette; M. Verneuil l'enleva avec une pince et des ciseaux courbes.

Elle glissait parfaitement sur les parties sous-jacentes, sur le tissu musculaire de l'organe et deux coups de ciseau furent suffisants pour en achever l'extirpation complète. Il s'écoula à peine quelques gouttes de sang pendant cette opération, et la cicatrisation fut très-rapide. La luette un peu étreinte par la cicatrice est un peu moins large qu'à l'état normal; mais cette différence est à peine appréciable. La voix est normale; la déglutition et les fonctions du voile du palais s'exécutent parfaitement, la cicatrice même est invisible.

La tumeur fut plongée tout aussitôt dans l'acide picrique, puis dans la gomme et l'alcool. Des coupes fines placées dans la picrocarminate d'ammoniaque et dans le carmin, montrèrent aisément sa structure. La couche épithéliale pavimenteuse qui revêt la luette est épaissie et montre des papilles qui ont 3 ou 4 fois la largeur de cette couche; minces et grêles, elles se touchent cependant de façon à ce que par pression réciproque leurs sommets réunis affectent la forme d'une mosaïque régulière; entre quelques-unes d'entre elles, on aperçoit des sphères épithéliales ou globes épidermiques assez nets. Le derme muqueux est complétement sain, peu vasculaire, on n'y voit aucune glande.

La tumeur est donc un *papillome simple*; les excroissances ne sont ni ramifiées ni dentritiques, elles sont simples. C'est une tumeur bénigne; comme l'adénome qu'on voit assez rarement au voile du palais. La littérature médicale ne fournit guère que des exemples de cette dernière variété. Michon, Bauchet, Parmentier, Rouyer, Letenneur, ont publié des observations d'adénomes du voile du palais. Mais les tumeurs de ce genre sur la luette paraissent rares; les principaux traités d'anatomie pathologique ne signalent aucun fait de ce genre. Les tumeurs de la luette qu'on rencontre le plus fréquemment sont des hypertrophies de cet organe, ou bien encore, de simples petits polypes muqueux.

On ne trouve nulle part dans les auteurs un seul exemple de même genre; M. Verneuil seul aurait déjà eu l'occasion d'extirper un papillome de la luette, qu'il aurait présenté à la Société Anatomique il y a une dizaine d'années.

Ce fait demeure donc à peu près unique; il y aura lieu de rechercher à l'avenir, si quelques-uns des faits décrits sous enom d'adénomes, ne seraient pas de vrais papillomes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 février 1876. — Présidence de M. Houel.

M. Liset (du Mans) adresse à la Société une observation de *Kyste de la glande vulvo-vaginale* guéri par les injections de chlorure de zinc. Le traitement par la teinture d'iode n'ayant donné aucun résultat, M. Liset injecta dans le kyste 20 gouttes d'une solution de 0 50 de chloruré de zinc dans 5 grammes d'eau. Quinze jours après la tumeur était guérie, sans inflammation. — M. Després pense qu'un tube à drainage passé dans ce kyste (comme le faisait Chassaignac) aurait donné un meilleur résultat.

M. Le Fort (à propos de procès-verbal) lit des passages du mémoire de Lister sur le pansement phéniqué. Le chirurgien anglais reconnait les propriétés irritantes du phénol; il l'accuse d'augmenter beaucoup l'exsudation de la lymphe plastique et d'empêcher le développement des jeunes cellules. Aussi interpose-t il entre la plaie et l'atmosphère phéniquée, un corps isolant. Pour Lister, comme pour Guérin, la source de la pyohémie est dans les germes contenus dans l'air; aussi essaie-t-il de les tuer aux alentours de la plaie, tandis que Guérin les empêche d'y arriver. — Quant à lui, il croit à la contagion de l'infection purulente; mais on ne connait pas encore la nature du contagium.

M. Verneuil admet les propriétés irritantes de l'acide phénique pour une solution au 10e, comme celle indiquée par Lister, mais non pour celles qu'il emploie; elles sont à 2 1/2 0/0 et 5 0/0. Les mains exposées aux vapeurs de cette dernière ressentent un léger engourdissement pas très-désagréable; le toucher devient un peu obtus, mais tout cela disparait au bout d'une heure. M. Verneuil a l'habitude depuis plusieurs années de projeter tous les jours à l'aide du pulvérisateur, une certaine quantité de solutions phéniquées sur les plaies, surtout celles de la face et du sein. Non-seulement cette opération n'est pas douloureuse, mais les malades la réclament disant qu'elle fait disparaître les sensations qu'ils ressentent. L'acide phénique dilué serait donc un analgésique. Actuellement, il se sert de sa solution à 2 0/0 pour lotionner la plaie; et de la plus faible pour le pansement, suivant les préceptes de Lister. Celui-ci prétend, en employant son enveloppe isolante, empêcher la formation du pus; pour lui-même, usant de cette précaution, il en a toujours rencontré.

M. Trélat dit qu'en dehors de la contagion, qui est une condition de premier ordre pour les accidents des plaies, il y a encore mille particularités. Ce n'est donc pas seulement le pansement qui fournira le moyen d'éviter des accidents; c'est en observant des précautions bien plus complètes qu'on y arrivera. — M. Després ne croit pas à la contagion; pour lui tout dépend de la constitution médicale régnante.

M. Le Dentu communique une observation de *fracture très-rare de l'extrémité supérieure de l'humérus*. Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans qui tomba sur l'épaule. Le gonflement et l'épanchement de sang étaient si considérables que le diagnostic entre une fracture et une luxation ne put être fait. Le racourcissement était de 2 centimètres. M. Le Dentu se tint dans la réserve et se contenta d'immobiliser le bras, 15 jours après le gonflement diminua, et il put constater une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus : elle siégeait au-dessous des tubérosités. L'emploi successif de la traction continue, des moufles jusqu'à 60 kilog., ne put faire bouger le fragment inférieur. C'était donc une fracture irréductible. Les choses furent laissées en place avec l'espoir de la formation d'une pseudarthrose. Il n'en fut rien, au mois de novembre (l'accident était arrivé en août) la consolidation était complète, M. Le Dentu croit à la formation d'un cal fibreux, attendu que dans un cas identique, rapporté par Malgaigue, le fragment supérieur était en contact avec la capsule. Il ajoute que les fractures de ce genre lui paraissent irréductibles et qu'il vaut mieux agir avec prudence et douceur que tenter la réduction.

M. Panas présente un malade auquel, le 8 août dernier, il a lié la sous-clavière droite en dehors des scalènes pour une hémorrhagie intense, survenue quelques jours après une blessure grave de la région axillaire. L'opération s'est faite sans trop de difficultés, une branche du plexus brachial a dû être écartée avec un stylet. La ligature tomba le 8e jour et un phlegmon du bras survenu à la suite de la blessure, guérit très-rapidement. Peu de jours après, le membre reprit son aspect habituel, seul, un engourdissement sur le trajet du radial, persista assez longtemps. Aujourd hui le membre est presque comme avant l'accident; cependant la circonférence a diminué d'à peu près 2 centimètres. Il a pratiqué une autre fois avec succès cette ligature à l'hôpital St-Louis à la suite d'une blessure de l'axillaire pendant les tentatives de réduction de l'épaule. La malade ayant succombé à d'autres accidents, il put disséquer la pièce et constater que l'artère était obturée dans l'étendue de 2 centimètres.

MM. Tillaux et Després font quelques remarques au sujet de l'opération de M. Panas. MM. Le Dentu et Terrier ont fait chacun une ligature de l'humérale dans des cas à peu près semblables, et le succès a été complet. I. B.

Nécrologie. — Nous apprenons le décès de M. le professeur Wilhem Bœck, mort le 10 décembre 1875 à Christiania M. le dr Bœck s'était toujours fait remarquer par son zèle en faveur de la syphilisation par l'inoculation du virus chancreux, à laquelle il a soumis un nombre considérable de malades atteints de syphilis, et sur lesquelles il pratiquait jusqu'à 1,000 et 1,200 inoculations. (*Gazette hebdomadaire de médecine.*)

— M. le dr J.-Ch.-Marie Grenier, doyen honoraire de la Faculté des sciences de Besançon vient de mourir. Il était âgé de 69 ans.

— La *Revue médicale* annonce la mort de M. le Dr Mazade d'Anduze (Gard). Il était âgé de 78 ans. — M. Von Pitha vient de mourir à Vienne.

— Nous apprenons encore la mort de M. Belliard, interne en pharmacie, attaché à l'hospice de la Salpêtrière.

REVUE MÉDICALE

Zur Pathologie der Grosshirnrinde. (SUR LA PATHOLOGIE DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE. — UN CAS DE LOCALISATION. Par le Dr V. GLIKY, practischen Artze aus Moskau (1).

D. A., ouvrier, âgé de 15 ans, entra le 23 mai 1874, dans la section pour les maladies nerveuses de l'hôpital des Ouvriers, à Moscou ; il se plaignait de spasmes cloniques dans les muscles du bras gauche, qui en était atteint depuis une semaine et qui était devenu plus faible. En outre, le malade, dans cette même semaine, avait eu deux attaques de convulsions très-fortes, qui s'étaient étendues à toute la moitié gauche du corps.

Du 25 au 30 mai, on peut résumer l'observation du malade comme il suit : Il était mal développé, scrofuleux, de petite taille. De chaque côté du cou, dans l'aisselle, etc., grosses tumeurs ganglionnaires, dont quelques-unes s'étaient ulcérées. Le bras gauche, au niveau de l'articulation du coude, était ankylosé à angle droit par le fait d'une ancienne cicatrice d'ulcération scrofuleuse. La santé générale était bonne, l'appétit et les selles normales, le ventre météorisé ; l'exploration du foie et de la rate ne révélait rien d'anormal ; la miction se faisait sans difficulté, l'urine était claire et ne contenait ni sucre, ni albumine. Le volume du cœur était normal, les bruits assez purs ; 112 pulsations. On ne trouvait rien dans les poumons ; respirations 24. Pendant quelques jours, après son entrée à l'hôpital, la température fut au-dessus de la normale. (Le matin, 38°, 0, le soir, 38°, 3 — 39°.) sans que l'état général en parut troublé et, d'ailleurs, elle redescendit bientôt à 37°, 5. La sensibilité et les organes des sens étaient intacts. (Il faut en excepter cependant les yeux où existait une légère conjonctivite phlycténulaire) ; aucun trouble de la parole. Les deux pupilles étaient d'égale grandeur et moyennement dilatées. Rien d'anormal à la face ; les deux nerfs faciaux fonctionnent avec facilité : rien à noter sur la disposition et les mouvements de la langue et sur la déglutition. Le membre supérieur droit et les membres inférieurs des deux côtés ne sont pas malades ; dans le membre supérieur gauche, on observe de temps en temps des secousses cloniques dans divers groupes musculaires ; elles surviennent périodiquement lors de l'élévation de l'épaule et de la flexion des doigts de la main. Dans l'intervalle des convulsions, on peut constater un affaiblissement marqué de la force musculaire. La sensibilité de la peau est conservée partout, et celle-ci ne présente aucune lésion, si ce n'est les cicatrices des ulcérations scrofuleuses. L'action des courants galvaniques et faradiques sur les muscles du bras gauche est conservée.

En résumé, à son entrée à l'hôpital, le malade ne présentait que des symptômes névropathiques ; en particulier, des convulsions cloniques et un affaiblissement de la contraction musculaire dans le bras gauche.

Pendant quelques jours les convulsions cloniques disparurent ; on constata seulement la persistance de l'affaiblissement musculaire. Mais le 7 juin, pendant la nuit, il eut de nouveau dans le bras gauche, et, plus forte qu'auparavant, une attaque de convulsions sans perte de connaissance ; elle dura une demi-heure ; le lendemain, on observa des secousses nombreuses dans les divers groupes musculaires du membre. A la suite de cette attaque, jusqu'au 18 juin, il éprouva un violent mal de tête, qui siégeait en un point bien déterminé du pariétal droit. A partir du 8 juillet, il eut de temps en temps, soit le jour, soit la nuit, des convulsions cloniques qui se généralisèrent à toute la moitié gauche du corps, de telle sorte que non-seulement le bras, mais encore la moitié gauche du visage (secousses dans le muscle palpébro-oculaire, et dans les zygomatiques, etc.) ; le membre inférieur du même côté, les muscles gauches du cou, de l'abdomen étaient le siége de convulsions : c'était l'image fidèle d'un attaque d'épilepsie unilatérale. Pendant tout ce temps, l'intelligence était parfaitement conservée. A la suite de ces attaques, le bras gauche resta incomplètement paralysé. Entre chaque attaque, on observait des secousses dans divers groupes musculaires de la moitié gauche du corps ; le mal de tête occupait toujours le point que nous avons précédemment désigné. Le 22 juillet surviennent des vomissements (le matin, le malade vomit 5 et 6 fois) et on constate des secousses convulsives dans la langue. — Nous allons maintenant rapporter l'observation de la maladie jour par jour.

22 juillet. — Mal de tête (toujours au même point), vomissements. Puls. 88. Secousses dans le muscle orbiculaire des paupières, dans les autres muscles de la moitié gauche du visage, dans le premier et le deuxième doigt de la main gauche, dans la moitié gauche des muscles de l'abdomen, et dans la jambe du même côté. (M. tib. ant. ; gast. cn., soléaire.)

23 juillet. — Il vomit 2 fois. Pendant la nuit, secousses plus ou moins fortes dans la langue (elle pouvait être tirée hors de la bouche). Petite hémorrhagie venant d'un abcès ganglionnaire du cou. Déglutition normale. Mal de tête au niveau de la bosse frontale droite.

N. B. A ce moment, on porta le diagnostic suivant : infiltration caséeuse ou abcès dans la circonvolution centrale antérieure droite, et au voisinage de la scissure de Sylvius (1).

24 *juillet*. — Plus de vomissements. Le mal de tête diminue. Affaiblissement musculaire assez accusé du membre inférieur gauche.

25 *juillet*. — Six vomissements, mal de tête plus violent. Affaiblissement plus marqué de la jambe gauche. Secousses dans la jambe gauche. La sensibilité de la peau est partout conservée.

26 *juillet*. — Les vomissements disparaissent de nouveau. Mal de tête de moyenne intensité. Secousses dans la jambe gauche.

27 *juillet*. — Vomissements beaucoup plus violents. Pas de secousses aujourd'hui. Pouls 39. Légère parésie de la moitié gauche du visage (le sillon naso-labial est déformé, la commissure gauche est déplacée, et l'œil gauche n'est pas aussi ouvert que le droit, etc.)

Dans la suite, les secousses devinrent de plus en plus rares et, au contraire, les phénomènes parétiques augmentèrent, de telle sorte qu'on vit survenir une *paralysie presque complète* du bras gauche (en particulier des muscles de l'avant-bras et de la main) ; la jambe gauche devint aussi parétique, et des traces de parésie apparurent dans les muscles innervés par le facial. Le bras gauche maigrit considérablement. La réaction galvanique et faradique de tous les muscles parésiés était conservée et resta telle jusqu'à la mort, mais elle diminua dans les muscles paralysés suivant le degré de l'atrophie.

Dans le reste de l'histoire de la maladie, les particularités à signaler sont :

19 *septembre*. — Secousses cloniques dans la langue. — 25. Secousses dans les orteils du pied gauche. — 28. Secousses dans les muscles de la jambe gauche. — 2 octobre. Secousses dans la langue et dans la jambe gauche. — 3. Secousses dans la langue. — 4. Secousses dans la langue, dans le cou, et dans le bras gauche. — 16. Pendant quelques minutes, la tête et les yeux se convulsent à gauche (2).

17 octobre. — Mal de tête. — 18. 4 vomissements. Mal de tête. Secousses dans le bras gauche et dans la langue. — 19. Vomissements. Mal de tête. — 20. Vomissements. Mal de tête. Vertiges. — 21. Dix vomissements. Mal de tête plus violent dans la région du pariétal droit. Secousses dans la langue, etc. de moyenne intensité. — 22. Mal de tête plus faible. Pas de vomissements. Secousses dans la moitié gauche du visage. — 24. Parésie de la partie respiratoire du nerf facial, etc., etc.

Les faits dignes de remarques sont ensuite :

28 *décembre*. — Pleurésie avec exsudat à gauche. Les secousses apparurent encore de temps en temps : jusqu'à la

(1) *Deutsches Archiv für klinische Medicin*. Von docteur H. Ziemssen und Docteur F. H. Zenker. Leipzig, 10 décembre 1875, p. 463.

(1) La circonvolution centrale antérieure des Allemands répond à la circonvolution frontale ascendante, selon la nomenclature de Gratiolet, adoptée par M. Charcot. (*Note du traducteur*.)

(2) C'est la seule fois que ce fait fut constaté pendant toute la durée de la maladie.

mort, la parésie augmente, l'état général devient mauvais. A la palpation, on trouve le foie dur et hypertrophié ; ascite, diarrhée, pneumonie, etc. Mort le 3 avril 1875.

Autopsie. — Le crâne et la face externe de la dure-mère ne présentent rien d'anormal : mais quand on essaye

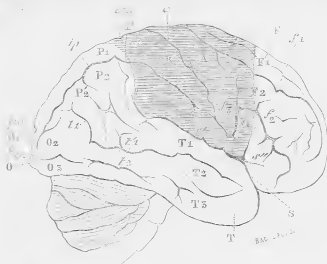


Fig. 13.

F. Lobe frontal. — P. Lobe pariétal. — O. Lobe occipital. — T. Lobe temporal. — T 1, première, T 2, deuxième, T 3, troisième circonvolution pariétale, t 1, t 2, premier et deuxième sillons pariétaux.

N. B. — Les parties lésées de l'hémisphère cérébral sont représentées par des hachures sur le schéma. — C. Sillon central — A. Circ. centrale ant. — B. Circ. cent. post. — f. 1, f. 2, F. 3. Circonvolutions frontales supérieure, moyenne et inférieure. — F 1, F 2, sillons frontal supérieur et inférieur ; f 3 sillon précentral. — ip, sillon interpariétal, *cm*, fin du sillon calloso-marginal. — *po*, Scissure pariéto-occipitale ; *o*, sillon occipital transverse ; *o* 2, sillon occipital longitudinal.

P 1, Lobule pariétal supérieur. — P. 2, Circ. supra-marginale. — P' 2, Circ. angulaire (pli courbe). — O 1, O 2, O 3, première, deuxième et troisième circonvolutions occipitales.

d'enlever la dure-mère, on reconnaît qu'elle adhère à l'écorce cérébrale au niveau du lobe pariétal de l'hémisphère droit.

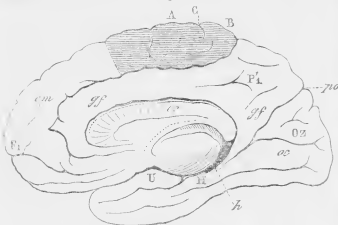


Fig. 14.

A. Circ. cent. ant. — B. Circ. cent. post. — F. 1, première circ. front. — gf. Gyrus fornicatus. — *cm*, sillon calloso-marginal. — P', Avant-coin. — OZ. Coin. — H. Gyrus Hippocampi. H. Sillon de l'hippocampe. — U. Gyrus Uncinnatus. — *po*, Scissure pariéto-occipitale. *oc*, Scissure calcarine.

L'hémisphère gauche est tout-à-fait uormal. Sur l'hémisphère droit, au point ou la dure-mère est adhérente, on constate une infiltration caséeuse, qui a détruit l'écorce cérébrale dans les régions suivantes : Au uiveau des deux circonvolutions centrales (1), de la partie voisine des trois circonvolutions frontales (suivant une ligne qu'on conduirait de l'extrémité supérieure de la branche verticale de la scissure de Sylvius, jusqu'au sillon interhémisphérique) ; en arrière, les parties détruites sont, au-dessus de la branche horizontale de la scissure de Sylvius la circonvolution pariétale supérieure et la circonvolution supra-marginale, jusqu'à une limite postérieure de la branche horizontale de la scissure de Sylvius, tracée jusqu'à l'extrémité supérieure du sillon calloso-marginal. (Fig. 13.) A la face externe du même hémisphère, la lésion occupe la face interne de la 1[er] circonvolution frontale depuis la limite des parties malades sur la face convexe, jusqu'à l'avant-coin, c'est-à-dire jusqu'au sillon calloso-marginal. (Fig. 14.) — Cette infiltration est jaunâtre, plus dure que la substance cérébrale ordinaire, et se limite très-facilement de ses parties saines. Elle pénètre à un centimètre et demi de profondeur, particulièrement dans la direction des sillons.

(1) Suivant la nomenclature de Gratiolet et de M. Charcot, ce sont : 1° la circonvolution frontale ascendante ; 2° la circonvolution pariétale ascendante.

Non-seulemeut la substance grise est infiltrée à la superficie sur la convexité des circonvolutions, mais encore dans la profondeur, au-dessous des sillons, comme le démontraient les coupes frontales, et comme on peut le voir sur la figure 15. Sur une coupe transversale la limite des circonvolutions se reconnait presqu'aussi bien qu'à la surface. La substance blanche des circonvolutions et des parties subjacentes jusqu'au centre de Vieussens est ramollie et s'en va en bouillie. L'infiltration n'est pas partout cependant de la même épaisseur ; on voit en un point spécial (voy. fig. 14, *x*, et *y*) qu'elle

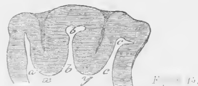


Fig. 15.

prend une forme arrondie et constitue une tumeur de la grosseur d'une cerise. Autour de cette tumeur on trouve une bouillie molle et diffluente (*fig. 15, a, b, c.*) les autres circonvolutions de l'hémisphère droit, l'insula, les ganglions, l'hémisphère gauche, en un mot tout le reste de l'encéphale est normal.

L'examen microscopique de la lésion a été fait dans le laboratoire du prof. Rindfleisch à Wurzbourg, auquel l'auteur adresse ses plus vifs remerciements ainsi qu'à son préparateur le docteur Ziégler. Ces histologistes considèrent que cette infiltration est un *gliôme*, composé de petites cellules rondes, avec une substance fondamentale fibrillaire et granuleuse. Le rapport entre les cellules et la substance fondamentale varie selon les régions de la néoplasie : la transition entre les parties complétement cellulaires, et la tumeur formée de substance fibrillaire ou granuleuse avec quelques petites cellules se faisait insensiblement. Les éléments nerveux avaient disparu dans la masse de la tumeur ; on n'en trouvait traces nulle part. H. D.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces, accompagnées d'observations nouvelles recueillies à l'hôpital Saint-Louis ; par le Dr E. Ory, ancien interne des hôpitaux. J.-B. Baillière. 1876.

Dans ce travail très consciencieux, M. Ory s'est proposé de chercher la solution du problème clinique suivant : Etant donné un malade ayant eu un chancre induré, chez lequel, surviennent des syphilides tertiaires d'une manière précoce, c'est-à-dire en dehors des règles reconnues par tous les auteurs, quelle est la cause de la précocité et de la gravité exceptionnelles des accidents ?

La malignité de la syphilis dépend-elle : de la force du virus ? du siége du chancre ? du terrain sur lequel a germé la maladie ? M. Ory ne croit pas à la force du virus, à la qualité de la graine : son scepticisme très raisonné s'appuie sur l'analyse d'observations dans lesquelles on voit un même virus, une même graine pour nous servir d'une expression familière à M. Diday) produire, ici, une syphilis bénigne et

régulière, la. faire éclore une syphilis précoce et maligne.

L'étude attentive des faits ne permet guère de donner à l'âge du virus plus d'importance qu'à sa provenance : propagées par l'accident initial ou par les accidents secondaires, les manifestations sont tantôt légères, tantôt intenses. Cette différence trouve sa raison d'être, comme nous le verrons plus loin, dans les qualités du terrain infiniment plus variables et plus changeantes que celle du virus.

Si nous partageons complètement la manière de voir de M. Ory sur le peu d'importance de la source de la syphilis, sur l'influence capitale, au contraire, qui doit être rapportée au terrain, nous serions un peu moins affirmatif sur le rôle que semble jouer le siége du chancre dans la qualité des manifestations syphilitiques.

De ce que notre collègue ait vu quelques syphilides, succédant à un chancre de l'avant-bras ou du doigt, ne devenir ni malignes ni précoces, peut-être s'avance-t-il trop quand il écrit : « Il ne faut pas attribuer à la porte d'entrée d'influence sur la gravité des manifestations ultérieures de la syphilis. » A côté de cas où la constitution débilitée, le surmenage, les mauvaises conditions hygiéniques, les souffrances et les inquiétudes du malade, expliquent d'une façon satisfaisante la malignité de la syphilis contractée d'une façon anormale, il en est d'autres dans lesquels l'importance de la porte d'entrée paraît capitale : témoins des faits de syphilis hâtivement graves de médecins et d'accoucheurs que tout le monde connait. Frappé de ces faits, on doit se garder de dénier toute importance au siége de l'accident primitif, car, si on compare les syphilis digitales aux syphilis contractées, par les voies naturelles par les médecins, on ne peut nier que la syphilis contractée classiquement évoluera plus simplement que telle syphilis contractée par le toucher : pourtant les conditions hygiéniques, les conditions d'âge, comme les terrains, semblent assez identiques. On nous accordera que la graine et les terrains étant comparables dans l'espèce, il faut demander à un troisième facteur la raison des différences symptomatiques. C'est à dessein que nous avons pris pour exemple la syphilis digitale, cas simple dans lequel l'on n'a pas à faire intervenir les difficultés et l'insuffisance d'alimentation observées dans les chancres de la langue ou de la gorge. Que la gêne de l'alimentation, que les difficultés de déglutition soient pour quelque chose dans la débilitation du sujet et préparent la gravité d'accidents futurs, personne n'y contredit, mais à cela seulement ne saurait se borner « la relation qui » peut exister entre le siége de la première manifestation et » la gravité des accidents ultimes. »

Ce ne peut être uniquement dans une influence de terrain ou de constitution que reposent les différences si grandes notées par tous les cliniciens, entre les conséquences d'un chancre de la tête ou de la verge, du sein, du doigt ou de la vulve, y a-t-il là une influence de tissu qui nous échappe, y a-t-il une influence de circulation ou d'innervation que nous ignorons. C'est infiniment probable. Quoi qu'il en soit, on doit voir, dans le siége de l'accident initial, un élément mal connu encore, mais un élément dont l'importance a, depuis longtemps et à juste titre, frappé les médecins de Saint-Louis.

L'influence du terrain, question capitale dans l'histoire de la syphilis et dont les syphiliographes paraissent avoir tenu un compte insuffisant, est étudiée par M. Ory avec le plus grand soin. Il faut lire le tableau dans lequel l'auteur a groupé ses trente observations, pour se bien pénétrer du rôle prépondérant qu'a, dans l'éclosion et la marche des syphilides, le terrain, réceptacle de la graine.

L'influence de la vie passée et actuelle du sujet contaminé apparait tout entière dans l'histoire de chaque malade dont les lésions ne sont que l'écho et la traduction de l'état de force ou de débilitation dans lequel il se trouvait au moment où la graine a germé. L'analyse des cas cliniques rassemblés par M. Ory montre que toujours et partout les terrains mauvais, par vice originel (lymphatisme, scrofule) ou acquis (maladies antérieures, privations, excès de tous genres) produisent des syphilis malignes et précoces : il y a là un rapport de cause à effet tellement net et presque constant, que le médecin ne peut s'y tromper, et que invité, par l'apparition d'accidents malins, à fouiller le terrain de son client, il le trouvera tel que l'auteur le dépeint, c'est-à-dire en état de déchéance et de misère physiologiques. Cela étant, les alcooliques se pressent nombreux dans le cortége de malades suivis par M. Ory, témoignant hautement par la malignité précoce de leurs accidents, de l'importance du terrain en pathologie.

Cette idée dominante de la thèse de M. Ory que le terrain prépare, commande et impose l'évolution de la syphilis, n'est pas seulement intéressante en tant que notion de pathologie générale, elle dirige efficacement l'intervention thérapeutique.

Sachant qu'il n'y a pas de syphilis grave par essence, de syphilis indigène ou exotique, évoluant d'une façon bénigne ou grave suivant telles ou telles causes cachées, sachant que les manifestations syphilitiques sont ce que les fait le terrain, c'est ce dernier qu'étudiera le médecin préoccupé avant tout de l'améliorer, de le transformer, afin que les fruits qu'il doit porter soient moins mauvais et moins dangereux.

Dis-moi qui tu es et je te dirai que sera ta syphilis, montre-moi tes syphilides et je te dirai qui tu es, voilà deux phrases qui pourraient donner une idée exacte et aphoristique du travail important de M. Ory.

La raison d'être des syphilides malignes étant connue, l'auteur conclut légitimement que les lésions reconnues, on devra éviter le traitement mercuriel, et s'adresser au traitement mixte. Associant le sirop de Gibert aux quinquinas et aux diverses préparations amères et toniques, suivant la pratique de Saint-Louis, le médecin fera une thérapeutique raisonnée, salutaire appropriée, non à la maladie, mais aux malades.

Telles sont les propositions générales, les considérations pratiques et les conclusions thérapeutiques auxquelles arrive M. Ory dans son étude clinique des syphilides. Ce travail mûrement pensé, facilement écrit, doit être lu par tout médecin soucieux de posséder, outre des renseignements pronostiques sérieux, des indications précises pour la curation, parfois si longue et si difficile, des syphilides malignes précoces.

L. Landouzy.

VARIA

Ecoles de plein exercice : Nantes, Marseille.

Le Président de la République française, sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, vu le décret du 14 juillet 1875 ; vu la délibération en date du 24 décembre 1875, par laquelle le Conseil municipal de la ville de Nantes se déclare prêt à faire toutes les dépenses, tant d'installation que d'entretien prescrites par le décret du 14 juillet 1875, susvisé pour les écoles de médecine et de pharmacie de plein exercice ; vu le réglement d'administration publique en date du 20 novembre 1875, Décrète :

Art. 1er. — L'école préparatoire de médecine et de pharmacie, établie à Nantes, est érigée en école de médecine et de pharmacie de plein exercice.

Art. 2. — L'enseignement à l'école de médecine et pharmacie de plein exercice de Nantes est organisé ainsi qu'il suit : Anatomie, une chaire. Physiologie, une chaire. Pathologie interne et pathologie générale, une chaire. Anatomie pathologique, une chaire. Hygiène et médecine légale, une chaire. Clinique médicale, deux chaires. Pathologie externe et médecine opératoire, une chaire. Clinique chirurgicale, deux chaires. Clinique obstétricale et Gynécologie, une chaire. Thérapeutique, une chaire. Matière médicale, une chaire. Botanique et Zoologie élémentaire, une chaire. Chimie médicale, une chaire. Physique médicale, une chaire. Pharmacie, une chaire.

Art. 3. — Les suppléants, au nombre de huit, sont répartis comme il suit : Deux pour les chaires de sciences naturelles, (Botanique et zoologie élémentaire, chimie, pharmacie). Deux pour les chaires de médecine. Deux pour les chaires de chirurgie. Un pour la chaire d'accouchements et de gynécologie. Un pour les cours d'anatomie et de physiologie.

Art. 4. — Le ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, est chargé de l'exécution du présent décret.

— Le Président de la République française, sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts ; vu le décret du 14 juillet 1874 ; vu le décret du 26 novembre 1875, érigeant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille en établissement de plein exercice et le procès-verbal dressé le 14 décembre 1875, par les délégués chargés de reconnaitre qu'il a été satisfait aux prescriptions du décret du 14 juillet 1874, sus-visé ; vu le réglement d'administration publique en date du 20 novembre 1875. Décrète :

Art. [illegible] — L'enseignement à l'école de médecine et de pharmacie de

plein exercice de Marseille est organisé ainsi qu'il suit : Anatomie, une chaire. Physiologie, une chaire. Pathologie interne et pathologie générale, une chaire. Anatomie pathologique, une chaire. Hygiène et médecine légale, une chaire. Clinique médicale, deux chaires. Pathologie externe et médecine préparatoire, une chaire. Clinique chirurgicale, deux chaires. Clinique obstétricale, une chaire. Gynécologie, une chaire. Thérapeutique, une chaire. Botanique et zoologie élémentaire, une chaire. Chimie médicale, une chaire. Physique médicale, une chaire. Pharmacie, une chaire.

Art. 2. — Les suppléants, au nombre de huit, sont répartis comme il suit : Deux pour les sciences naturelles (botanique et zoologie élémentaire, chimie, pharmacie.) Deux pour les chaires de médecine. Deux pour les chaires de chirurgie. Un pour les cours d'anatomie et de physiologie.

Art. 3. — Le ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, est chargé de l'exécution du présent décret.

Enseignement supérieur.

Le Président de la République française, sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts ; vu l'article 2 de la loi du 12 juillet 1875, portant ; « Les cours isolés dont la publicité ne sera pas restreinte aux auditeurs régulièrement inscrits resteront soumis aux prescriptions des lois sur les réunions publiques. Un règlement d'administration publique déterminera les formes et les délais des inscriptions exigées par le paragraphe précédent. » Vu l'avis du conseil d'Etat entendu, Décrète : Art. 1er. — Nul ne sera admis à suivre un cours isolé d'enseignement supérieur, ouvert dans les conditions prévues par la loi du 12 juillet 1875, si, deux jours au moins avant son admission au cours, il ne s'est fait régulièrement inscrire sur un registre spécial qui sera tenu par l'auteur du cours. Ce registre sera coté et paraphé par le recteur ou par l'inspecteur d'Académie. Il indiquera, avec mention du jour de l'inscription, les nom, prénoms, qualités et domicile de l'élève. Art. 2. — A toute réquisition de l'autorité le registre d'inscription devra être communiqué. Art. 3. — Nul ne pourra se présenter à une leçon sans être porteur de sa carte d'inscription. Le professeur devra, sous sa responsabilité, veiller à l'exécution de cette disposition. Art. 4. — Le ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, est chargé de l'exécution du présent décret. (*Officiel.*)

Faculté des Sciences.

Par arrêté en date du 25 janvier 1876, il est institué à Paris un concours pour douze places d'agrégés des facultés des sciences. Ce concours s'ouvrira le 21 août 1876 et le registre d'inscription des candidats sera clos dans chaque académie le 21 juin 1876.

Necrologie : mort de Poirier.

Nous avons le regret d'annoncer que M. Poirier (Léopold-Edouard), interne en pharmacie à l'hôpital des Enfants, rue de Sevres, est mort, le 30 janvier, d'une *angine diphthéritique* contractée dans le service de M. Bouchut. Ce jeune étudiant, âgé de vingt-quatre ans, a succombé, victime de son dévouement, à la fin de ses études ; par sa conduite et son travail, il avait su conquérir l'estime et l'affection de tous ceux qui l'ont connu. Poirier fut volontaire pendant la guerre de 1870. Il assista à vingt-deux combats où il reçut plusieurs blessures. Sa conduite lui valut d'être décoré de la médaille militaire.

6. Traitement du Muguet.

Traitement prophylactique. — Il faut veiller sur la propreté des enfants et surtout sur la nourriture. Avant quatre mois, les bouillies et les substances féculentes sont d'une digestion trop difficile. La mauvaise qualité du lait peut produire le muguet, comme l'a fort bien démontré le Dr Girard (de Marseille). Insister sur la prophylaxie : exercice, renouvellement de l'air, propreté, et surveiller la nourriture, surtout pendant l'été, saison pendant laquelle le muguet est plus fréquent.

Traitement local. — Quand l'état général est bon, il suffit de passer plusieurs fois par jour, sur les parties malades, un pinceau imbibé du collutoire suivant :

℞ Glycérine pure............. 30 gr.
Borate de soude............ 10 »

On peut remplacer le borate de soude par 5 grammes d'alun.

Quand le muguet est abondant, on se trouve bien d'ajouter à l'emploi de ce collutoire des irrigations intra-buccales avec de l'eau de Vichy pure ou coupée avec du lait, ou bien encore avec la décoction de ratanhia.

Bretonneau paraît avoir obtenu de bons résultats du calomel, associé au sucre en poudre et mis dans la bouche du malade, à la dose de 0 gr. 25 cent. trois ou quatre fois par jour :

Trousseau employait ces deux collutoires :

℞ Borate de soude.......... } āā 15 gr.
Miel rosat.............. }

Ou bien

℞ Chlorate de potasse.......... 5 gr.
Miel rosat................. 15 »

Mais si la muqueuse est rouge et sèche, il faut préférer comme excipient le sirop de ratanhia au miel rosat.

Alun..................... 5 gr.
Borax................. } āā 15 »
Miel rosat............. }

Dans les cas rebelles, on n'hésitera pas à cautériser avec le sulfate de cuivre ou le nitrate d'argent, celui-ci sous forme de crayon, ou bien en solution concentrée

Azotat d'argent............... 1 gr.
Eau distillée................. 15 »

M. Emile Vidal nettoie la muqueuse au moyen de frictions avec un linge rude, puis il enduit les parties de liqueur de Van-Swieten pure ou coupée de lait.

M. Thévenot trouve une efficacité remarquable au soufre sublimé et lavé, appliqué avec un pinceau sur les parties malades.

M. le professeur G. Sée frictionne avec un linge rude les parties qui sont le siége du muguet, puis il badigeonne avec un collutoire ainsi composé :

Glycérine.................. 40 gr.
Amidon................. } āā 50 cent.
Borax .... }

Dans le muguet vulgaire, Trousseau recommandait de faire des lotions avec des solutions boratées très-chaudes :

Borax.................... 15 gr.
Eau .... 1000 »

Ou bien avec une solution cuivreuse :

Sulfate de cuivre............ 1 à 3 gr.
Eau...................... 1000 »

Traitement général. — Il ne faut pas oublier que le muguet est le plus souvent produit par un état général et alors soutenir les forces des malades par une alimentation appropriée à leur âge, par des toniques, macération de quinquina ou macération de gentiane, quand ils sont dans le collapsus.

Contre l'entérite, on emploiera des lavements émollients ou opiacés ; on maintiendra jour et nuit des cataplasmes laudanisés sur l'abdomen.

Enfin, pour arrêter la diarrhée, on donnera la décoction blanche ou de l'eau albumineuse. (*Bull. Soc. de pharm. de Bordeaux*).

CORRESPONDANCE

Ecole de plein-exercice à Toulouse ; — Nécrologie.

Toulouse, le 2 février 1876.

Monsieur le rédacteur en chef du *Progrès médical*,

La transformation de l'Ecole secondaire de médecine de Toulouse, en école de plein exercice vient de faire un pas de plus. Le conseil municipal de notre ville dans la séance de mardi a ouvert un crédit de 100,000 francs pour l'installation de l'Ecole à la caserne de la Mission, et un second crédit de 130,000 francs pour le traitement du personnel enseignant et administratif.

Cette décision lève toutes les difficultés, car elle est conforme aux prescriptions ministérielles, aussi est-il permis d'espérer que, sous peu, Toulouse aura son école de plein exercice....

L'école de médecine de Toulouse vient de faire une perte cruelle dans la personne de M. Gaussail, professeur honoraire. L'honorable professeur était âgé de 67 ans. Les obsèques ont eu lieu vendredi dernier. M. Ribell, chirurgien des hôpitaux a prononcé l'éloge du défunt.... L. C.

NOUVELLES

Faculté des sciences de Poitiers. — M. Maillard, docteur ès sciences, est nommé professeur de mécanique rationnelle et appliquée à la Faculté des sciences de Poitiers. (*Décret.*)

Ecole de médecine de Toulouse. — M. Basset, professeur d'hygiène à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé professeur de thérapeutique et d'hygiène à ladite école.

Faculté des sciences de Grenoble. — M. Didelot, chargé des fonctions de préparateur à la Faculté des sciences de Grenoble, est nommé préparateur de chimie à ladite Faculté,

Faculté des sciences de Rennes. — M. Chasseray, professeur à l'institution libre de Sillé-le-Guillaume, est nommé préparateur de physique à la Faculté des sciences de Rennes, en remplacement de M. Barbedet, appelé à d'autres fonctions.

Ecole de pharmacie de Nancy. — M. Charles Kuss est nommé aide-préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. Strœbel, démissionnaire.

Ovation a M. le professeur Robin. Mardi dernier, à cinq heures, le grand amphithéâtre de l'école de Médecine regorgeait d'étudiants : ils venaient acclamer le nouveau sénateur Robin. A son entrée, le professeur a été accueilli par de nombreuses et bruyantes salves d'applaudissements. M. Robin a parfaitement compris que ces témoignages de sympathie ne s'adressaient pas à sa personne mais bien aux idées qu'il représente ; c'est, d'ailleurs, ce qu'il a dit à peu près dans les quelques phrases d'allocution qu'il a prononcées : ce sont celles qu'il a déjà prononcées dans des circonstances analogues. Puis il a continué l'étude du système nerveux et ...

l'amphithéâtre s'est vidé. Puisse [illegible] montrer, pour les candidats, un peu plus d'an[illegible] que le professeur [illegible] !

L'Université catholique de Lo[illegible]in. — A ceux qui mettent en doute la juste impartialité des jurys mixtes institués en Belgique pour la collation des grades, nous recommandons la statistique suivante, extraite de l'annuaire de cette Université et publiée par la *Décentralisation* du 18 janvier 1876. « Pendant la dernière session des jurys institués par la loi pour la collation des grades académiques, 479 étudiants ont subi leurs examens; 297 d'une manière satisfaisante; 141 avec distinction; 51 avec la plus grande distinction. » Ainsi aucun candidat sur 488 n'a eu à se plaindre de la sévérité de ses juges. (*Lyon médical*).

— La *Semaine, de St-Pétersbourg*, publie les détails suivants sur les dames qui exercent en Russie la profession de médecin. Pendant l'année 1875, le nombre des femmes *étudiants* s'est élevé à 171, dont 102 appartiennent à la noblesse, 17 au haut commerce, 14 au commerce de débit, 12 à des familles du clergé et 24 à divers rangs de la bourgeoisie. Dans ce chiffre, 23 sont juives, 12 arméniennes, 3 luthériennes, toutes les autres sont de l'église orthodoxe, 23 sont mariées, 53 ont reçu leurs diplômes de professeur avec de très-vives félicitations du directeur de la Faculté.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Trudeau (Jules), médecin aide-major de 2e classe, qui a succombé, le 27 décembre, à l'âge de 25 ans. Ce jeune confrère, fils d'un médecin principal ex-agrégé du Val-de-Grâce, était entré à l'école de Strasbourg en 1869, il avait été reçu docteur en 1874. Depuis cette époque, il appartenait aux hôpitaux de la division d'Alger, où il était venu pour raffermir sa santé ébranlée. (*Alger médical.*)

— Notre excellent et honorable confrère, M. le Dr Bulard, médecin en chef de l'hospice des Aliénés de Bordeaux, vient de succomber à une angine couenneuse survenue dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. D'une robuste constitution, d'une excellente santé, rien ne semblait présager que notre malheureux confrère était destiné à une fin si prématurée. Vers la fin du mois de novembre, M. Bulard fut pris d'une fièvre typhoïde aux allures assez bénignes. Au 43e jour, il était en pleine convalescence. La température et le pouls étaient devenus normaux. L'appétit se faisait sentir lorsqu'il éprouva un peu de gêne en avalant. Notre distingué confrère, M. Moussus, qui lui avait prodigué ses soins pendant la fièvre typhoïde examina le pharynx et trouva sur une amygdale une légère exsudation pseudo-membraneuse. Il essaya aussitôt d'arrêter sur place le mal qui venait de se montrer, et qui d'ailleurs ne s'accompagnait — et il en fut ainsi jusqu'au dernier jour — ni d'engorgements ganglionnaires, ni d'œdème du cou. Mais avec une rapidité et une ténacité désespérantes, la luette, les amygdales, le pharynx et le larynx furent bientôt envahis. Les soins les plus attentifs que lui donna M. Moussous, auquel s'était adjoint M. Denucé, ne purent triompher du mal. Un moment, en l'absence de bronchite pseudo-membraneuse, la question de la trachéotomie fut posée. L'état général du malade ne permit pas de tenter cette suprême et dernière ressource. D'ailleurs, M. Bulard s'est éteint, emporté par la violence du mal survenu après une maladie grave plutôt que par l'asphyxie croupale. Notre infortuné confrère a vu arriver la mort avec le plus grand sang-froid, et quelques instants avant de succomber il a adressé des remerciements à tous ceux qui l'avaient soignés plutôt en frères qu'en médecins.

MM. Garry et Déhilotte, internes des Aliénés, secondés plus tard par M. Grégory, interne de l'hôpital Saint-André, n'ont pas quitté d'une minute, ni le jour, ni la nuit, le chevet de leur maître affectionné. Ils méritent les plus vifs éloges et ont droit aux témoignages d'estime et aux sincères remerciements du corps médical. M. Bulard avait, quelques mois auparavant, perdu un jeune enfant; il laisse une veuve désolée et un petit enfant. Le corps médical de Bordeaux tout entier, qui avait pu apprécier les qualités de notre confrère, s'associe à leur juste douleur. M. Bulard était médecin en chef de l'Asile des Aliénés, membre de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, du Conseil d'hygiène et de salubrité publique de Bordeaux, président de la Société protectrice de l'enfance. Il avait travaillé avec le plus grand dévouement au développement de cette institution et contribué beaucoup à sa mise en œuvre. (*Bordeaux médical*).

Nécrologie. — L'université de Padoue vient d'être cruellement éprouvée par la mort du professeur Vincenzo Pinali. Homme d'un immense savoir, doué d'une grande finesse d'esprit et d'une remarquable rectitude de jugement, ces qualités étaient encore rehaussées par une bonté excessive. Aussi sa mort est-elle regardée comme un malheur public, non-seulement par ses disciples, mais encore par tous ceux qui l'ont approché. Ses dernières volontés contiennent un article par lequel il lègue à la ville de Padoue les fonds suffisants pour la création d'une bibliothèque de médecine, digne couronnement d'une vie si belle. (*Lo Sperimentale.*)

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Creissel et Jourdan, médecins aides-majors de première classe ; Trudeau, médecin aide-major de deuxième classe; Gay et Charpiot, médecins-élèves ; de M. de Guillin, médecin-major de première classe en non-activité; de M. Guyot médecin de deuxième classe de la marine, et de M. Amoureux, aide-pharmacien de la marine. (*Gazette des Hôp.*)

— D'après une étude du savant statisticien M. X. Heüschluig, l'Europe mettrait quatre-vingt-quinze ans pour voir sa population se doubler par l'excédant des naissances sur les décès. Voici, d'ailleurs, pour chaque Etat, le chiffre donné par M. Antony Roulliet : France, 18[illegible] ans; Allemagne (empire d'), 98, Prusse, 77, Bavière, 113; Autriche-Hongrie, [illegible]; Autriche, 180; Hongrie, 57, Belgique, 97; Danemark, 73; Espagne, 92; Grande-Bretagne (Royaume-Uni), 63; Angleterre et pays de Galles, 64; Ecosse, 53; Irlande, 74; Grèce, 94; Italie, 99; Pays-Bas, 75; Portugal, 92; Russie, 78; Suède, 88; Norvège, 51; Suisse, 324; Roumanie, 150. — Les résultats obtenus par M. Antony Roulliet portent sur 25 Etats et comprennent une période de 719 années, dont il a relevé scrupuleusement, sur les documents officiels, et la population, et les naissances et les décès.

Admission des femmes aux examens de pharmacie en Angleterre. — Sur la proposition de M. Richborne, la Société pharmaceutique de Dublin vient de décider, à l'unanimité, qu'elle admettra les femmes à subir les examens au même titre que les autres étudiants.

(*Journal de Thérap.*)

Concours. — *Hospices civils de Saint-Etienne* (*Loire*). — *Concours public pour une place de chirurgien.* — L'administration des hospices civils de Saint-Etienne fait savoir que le *lundi* 24 *avril* 1876, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour une place de chirurgien.

Conditions d'admission. — 1° Au jour fixé pour le concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs. Toutefois, cette condition n'est pas obligatoire pour ceux qui auraient fait, après une nomination au concours, pendant trois ans et à la satisfaction de l'administration, le service d'élève interne dans les hôpitaux de Paris, Lyon, Montpellier et Nancy.

2° Tout médecin étranger est admissible au concours, si, indépendamment des conditions exigées par le précédent article, il exhibe son diplôme et justifie qu'il a obtenu du gouvernement l'autorisation d'exercer la médecine en France.

3° Les candidats seront tenus de se faire inscrire, quinze jours au moins avant l'ouverture du concours, au secrétariat de l'administration des hospices de Saint-Etienne (Loire), rue Valbenoîte, n° 40, et d'y déposer leur diplôme de docteur, ainsi qu'un certificat de moralité récemment délivré par le maire de leur résidence.

Tout candidat qui se présentera en invoquant le titre d'interne sorti des hopitaux civils ci-dessus désignés, devra justifier, en outre, par pièces émanées de l'administration de cet hôpital, qu'il a été nommé interne au concours, et qu'il en a fait le service pendant trois ans au moins, à la satisfaction de ladite administration.

4° Avant de concourir, chaque candidat prendra connaissance des réglements relatifs au service médical dans les hospices civils de Saint-Etienne, et sera réputé de plein droit s'être engagé, en cas de nomination, à se conformer à tous ces réglements et à tous autres que l'administration jugerait convenable d'adopter pour le bien du service.

Les candidats pourront déposer au secrétariat leurs titres scientifiques, manuscrits ou imprimés concernant la médecine ou la chirurgie, et, s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront mis sous les yeux de MM. les jurés.

Le chirurgien qui sera nommé à la suite du concours entrera en fonctions le 1er mai 1876. Son traitement sera de mille francs par an.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Duplay, agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, commencera ses conférences de clinique chirurgicale le jeudi, 3 février, à 9 heures et les continuera tous les jeudis à la même heure. Visite des malades à 8 1/2. *Opérations* à 10 heures.

Hôpital Necker. — Service de M. Hardy. A partir du 1er février, M. Hardy remplaçant M. Bouillaud dans sa chaire de clinique médicale de la Charité, transportée à Necker, a commencé son service dans les salles Saint-Luc (hommes) et Sainte-Adélaïde (femmes). — Visite tous les jours à 9 heures. — Salle Saint-Luc (H.) : 5, insuffisance tricuspide, albuminurie ; 10, mal de Pott; 11, Hémiplégie droite, aphasie ; 17, paralysie générale. — Salle Sainte-Adélaïde (F.) : 4, phlegmatia alba dolens; 6, chloro anémie ; 7, métrite hémorrhagique ; 12, hysterie ; 14, albuminurie; 17, asystolie, insuffisance mitrale.

Service de M. Guyon (clinique chirurgicale le samedi à 9 heures). Salle Saint-Vincent (H.): 5, rétrécissement traumatique, uréthrotomie ; 19, rétrécissements multiples et calcul vésical. — Salle Saint-André, (H) : ostéosarcôme du bassin.

Service de M. Delpech. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 8; pleurésie chronique tuberculeuse; 9, rectite aiguë suppurée; 11; ulcère simple de l'estomac; 15, insuffisance aortique; 16, intoxication saturnine, albuminurie; 27, rétrécissement et insuffisance mitrale ; 30, insuffisance mitrale, albuminurie. — Salle Sainte-Anne (F.) : 1, laryngite tuberculeuse ; 8, syphilis; 9, hémiplégie alterne à la suite d'hémorrhagie cérébrale ; 18, kyste de l'ovaire; 19, pleurésie purulente enkystée.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. Jaccoud. Salle Saint-Jérôme : 1, fièvre typhoïde ; 3, rhumatisme articulaire subaigu ; 8, 10, fièvre intermittente, 13, insuffisance et rétrécissement mitral ; 15 bis, pleurésie : 19, sciatique ; 23, rougeole ; 26, hémiplégie alterne, aphasie ; 28, pleurésie droite; 32, insuffisance mitrale; — Salle Sainte-Claire : 1, métrite ; 5, em-

...isonnement par le phosphore; 7, anévrysme de l'aorte abdominale; 10, éclampsie de femmes enceintes; 3, 15 bis, fièvre typhoïde; 21, anasarque pendant le cours d'une grossesse; 18, angiocholite ...; 27 affection mitrale.

Service de M. Millard. Salle Saint-Vincent, 2, affection mitrale; ..., pneumonie droite; 6, mal de Pott dorsal; 7, rhumatisme articulaire, 11, purpura simple; 12, insuffisance mitrale, congestion pulmonaire, 16, fièvre intermittente: 28, congestion pulmonaire. — Salle Sainte-Joséphine: 1, ...-métrite; 2, 11, pneumonie; 4, rhumatisme articulaire aigu; 8, Hémiplégie gauche, embolie; 12, emphysème, affection cardiaque; 14, insuffisance mitrale; 18, eczéma généralisé, douleurs rhumatismales; 20, affection mitrale, congestion du foie; 22, pleurésie gauche.

Service de M. Siredey. Salle Saint-Augustin bis: 12, paraplégie, paralysie de la vessie, cystite ulcéreuse; 14, ..., pleurésie gauche; 16, pneumonie: 25, kyste de la rate: 28, ataxie locomotrice. — Salle Sainte-Geneviève: 2, intoxication saturnine par les mèches à briquet; 4, métrite parenchymateuse; 7, 12, grippe; 8, emphysème, bronchite aiguë généralisée; 14, albuminurie, pleurésie; 15, sacro-coxalgie; 26, rhumatisme: 33, péri-péritonite; 34, corps fibreux de l'utérus.

Service de M. Tillaux. Opération le mercredi. Salle Sainte-Jeanne; ..., hématocèle péri-utérine suppurée; 5, rectotomie pratiquée pour un rétrécissement syphilitique; 16, fracture de la colonne vertébrale; 20, cystosarcome de l'ovaire; 30, phlegmon du ligament large; ..., fistule vésico-vaginale.

Service de M. Panas. Clinique des maladies des yeux tous les jours à la salle Helmotz.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine

Couty (L.). — Entrée de l'air dans les veines; in-8° de 172 p. avec 3 pl. ...dessinées en lithographie. 4 fr.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. A. Dechambre. La 1re partie du tome X de la 2e série ... renferme entre autres les articles suivants. *Mortalité, moyenne*, par Bertillon; — *Huile de foie de Morue, moutarde*, par Delioux de Savignac. — *Morve*, par H. Bouley; — *Morve et farcin* chez l'homme, par Brouardel. — Des *Moules*, par Dechambre; — *Mouvement*, par Gavarret; — *Muguet*, par Archambault, etc. — Chaque volume 10 fr.

Mémoires et bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux 1er et 2e fasc. 1875.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille.

O... (E.) Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces accompagnées d'observations nouvelles recueillies à l'hôpital Saint-Louis. In-8° de 98 pages. 2 fr. 50.

Voisin (A.) Leçons cliniques sur les maladies mentales professées à la Salpêtrière, avec photographies, planches lithographiées et figures, intercalées dans le texte. In-8 de 196 pages, 6 fr.

Benedikt (M.). Der medicinische Unterricht der Zukunft.

Bégin (M.-A.). Du vin dans les diverses formes de l'anémie et dans la goutte atonique.

Caventano del Toro y Ruartellers. — De la sifilis ocular, su tratamiento por los fricciones mercuriales.

Desmaroux (G.). De la longévité dans la phthisie tuberculeuse. Thèse de doctorat. Paris 1875.

Davreux (M.). Contagion du choléra par les cadavres des cholériques.

Giovanni del Greco. Di eun intrumento par la dilatazione e la incisione dei ristringimenti uretrali.

Le gérant : Bourneville.

Versailles. — Imprimerie Cerf et Fils, 59, rue du Plessis.

4e ANNÉE.— N° 7 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 12 FÉVRIER 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Tumeurs du sein.

Leçon recueillie et rédigée par M. le Dr CARTAZ.

Messieurs,

Nous avons vu, depuis le commencement de l'année, un certain nombre de malades qui sont entrées dans notre service pour des tumeurs du sein de nature variée; plusieurs d'entre elles ont été opérées. Je vous en ai déjà dit un mot au moment de l'opération; mais, j'ai, aujourd'hui, une occasion toute naturelle de vous en parler d'une façon plus détaillée et en même temps de vous faire envisager cette question des tumeurs du sein à un point de vue d'ensemble.

Il y a quelques jours, nous recevions deux autres malades dont l'histoire offre un grand intérêt par la nature même de leur affection et par les caractères bien différents que les deux tumeurs nous présentent. Pour vous permettre de bien suivre la marche de la maladie dans les deux cas, je vais vous résumer séparément l'observation de chacune des malades.

Celle que je vais opérer tout à l'heure est cette jeune fille, grande, fraîche, bien constituée qui est couchée au n° 10 de la salle Sainte-Rose. Elle est âgée de 27 ans, bien réglée, n'est jamais devenue enceinte et a toujours joui d'une bonne santé; elle se dit elle-même un peu nerveuse et elle n'a pas tort, car, ainsi que vous le verrez par la suite de son histoire, nous avons relevé chez elle des troubles hystériques assez accusés. Il y a quatre ans, elle reçut sur le sein gauche un coup de parapluie; la douleur fut médiocre, mais assez persistante pour éveiller son attention; six ou sept mois après elle remarqua dans ce sein une petite tuméfaction qui se développa peu à peu en suivant une marche lente; la douleur, disons-le, avait totalement disparu à ce moment et la tumeur elle-même était à peu près indolente; dans ces derniers temps, le développement de la tumeur a été un peu plus rapide. Peut-être n'est-ce là qu'une fausse interprétation de la malade, très-tourmentée de cette affection, très-inquiète pour l'avenir; cette inquiétude entre même pour une large part dans sa détermination à se faire opérer; elle a consulté déjà plusieurs médecins; on l'a très-sagement dissuadée de se faire enlever cette tumeur. Elle a cédé quelque temps, mais de nouveau la crainte a eu le dessus, et je n'ai pu lui persuader d'attendre encore et d'essayer quelque autre méthode de traitement avant d'en venir à l'ablation; nous reviendrons du reste sur ce point dans un instant.

Quand j'ai examiné cette jeune fille, vous avez pu remarquer qu'il n'existait pas de déformation apparente: les deux seins sont à peu près identiques; le sein gauche a son mamelon bien conservé, la peau nette, sans altérations, en un mot rien de saillant à la vue. Si vous palpez la glande ou mieux, pour commencer, le sein en totalité, vous sentirez à la partie externe et inférieure du mamelon une tuméfaction dure et ferme, du volume d'un gros marron, homogène, sans adhérences à la peau et sans adhérences avec les parties profondes. On la sépare assez bien de la glande mammaire dans laquelle elle est logée, mais où elle semble assez libre comme si elle était enveloppée d'une coque isolante, cependant on ne peut affirmer cette indépendance absolue et les signes que fournit le toucher ne permettent pas de se prononcer définitivement. Ajoutez qu'il n'y a pas le moindre retentissement du côté de l'appareil ganglionnaire, qu'enfin, il n'existe que quelques élancements peu douloureux et encore ne survenant que de loin en loin.

Au n° 11 de cette même salle, vis-à-vis de cette jeune malade, vous avez vu une femme encore bien conservée, malgré son âge (63 ans) et que j'ai opérée la semaine dernière. Elle portait également une tumeur du sein gauche, petite, du volume d'un œuf, dure, résistante, mobile profondément, mais un peu adhérente à la peau de l'aréole; celle-ci n'était cependant pas ulcérée; il n'existait pas non plus d'adénite de voisinage. La marche avait été un peu différente; la malade faisait remonter le début à huit mois; elle attribuait le développement de cette tumeur à une contusion du sein. Vous ne trouverez guère de femmes, Messieurs, qui ne vous mentionnent pour des tumeurs du sein une cause de ce genre; il semble, en effet, si peu explicable qu'une tuméfaction naisse en quelque sorte spontanément; de plus, ces coups, ces chocs, ont réellement quelque fondement dans leurs récits; le sein est un organe qui fait saillie et parfois d'une façon très-notable sur le plan général du tronc et il est logique d'admettre qu'il puisse être plus facilement atteint par un froissement, par une contusion quelconque. Les malades ont donc un peu raison de parler de cette étiologie; pour vous, Messieurs, je vous laisse libres d'attribuer à cette cause la part que vous voudrez dans le développement de ces tumeurs.

Cette tumeur offrait, vous le voyez, quelques points de ressemblance avec la première; cependant, le diagnostic ne fut guère incertain et l'examen histologique, après l'ablation de la tumeur, confirma la nature sarcomateuse que j'avais annoncée. C'est qu'elle avait certains caractères sur lesquels je vais appeler votre attention et qui ne permettaient pas de doute sur sa nature.

Si vous comparez maintenant à ces deux malades, la femme du n° 6, vous verrez nettement les différences essentielles qui séparent le squirrhe des autres tumeurs du sein. La malade est pourtant une femme vigoureuse et qui accuse des antécédents de santé des plus enviables; chez elle, la tumeur a débuté il y a dix-huit mois, sans cause appréciable, dans le sein droit. La marche indolente, tout d'abord, s'est accompagnée de douleurs dans ces derniers temps. Aujourd'hui, vous trouvez une tumeur dure, très dure, ligneuse (le mot est ici très-exact), bosselée, sans ulcérations cutanées, mais très-adhérente à la peau. Encore assez mobile sur les parties profondes; de plus, notez bien ce symptôme, on trouve dans l'aisselle, du même côté, quelques ganglions peu volumineux, mais très-durs; il nous avait même semblé en rencontrer dans le creux sus-claviculaire, mais un examen plus attentif nous a fait reconnaître que cette région était indemne de tout envahissement. Malgré cela, cette femme est bien portante: elle a un teint frais, elle est bien musclée, possède encore tous ses cheveux d'un beau noir, quoiqu'elle ait cinquante ans, en un mot, sa santé générale n'a pas ressenti les atteintes de son affection mammaire.

Entre ces trois malades d'âge différent, de tumeurs de nature différente, disons-le tout de suite, quoique d'un aspect presque similaire, quels sont, Messieurs, les points de rapprochement et les points de dissemblance? Prenons, si vous le voulez bien, la première: sa tumeur est ferme, bien circonscrite, sans adhérence, sans retentissement ganglionnaire; voilà des caractères qui font penser à une tumeur bénigne. On a, en effet, beaucoup étudié les variétés de consistance; on a dit que le carcinome squirrheux avait une dureté ligneuse, que les sarcomes sont assez durs, mais qu'ils présentent parfois une mollesse relative, qui est une cause de grand embarras au début, car cette mollesse peut en imposer pour de la fluctuation. La dureté circonscrite, sans adénite, appartient à l'hypertrophie partielle de la glande mammaire, tumeur mammaire chro-

nique (A. Cooper, Warren), tumeur fibreuse (Cruveilhier), tumeur adénoïde (Velpeau), à toutes ces variétés, en un mot, de tumeurs bénignes. Nous nous restreignons déjà, en faisant rentrer notre cas dans les tumeurs bénignes ; mais tout n'est pas dit pour cela ; quelle variété avons-nous ici ?

La nomenclature des tumeurs du sein a subi des évolutions très-nombreuses ; vous venez d'en juger par les termes synonymiques de ce qu'on qualifie aujourd'hui d'*adénome*. Après soixante-dix ans de débats cliniques, après trente années de débats histologiques, la caractéristique des tumeurs du sein n'est pas encore définie. Quand on entend dire que les tumeurs bénignes sont constituées par des tumeurs glandulaires, enveloppées d'une zone fibreuse hyperplasiée, ou bien que ce sont des tumeurs développées dans les espaces interglandulaires, les divergences sont nulles ; il suffit de s'entendre sur la valeur des mots et des expressions. Mais le point sur lequel on diffère, sur lequel on discute encore, c'est l'origine même de la tumeur; où débute l'altération ? Ces divergences anatomiques se représentent en clinique ; que dis-je, Messieurs, elles en créent de nouvelles, et suivant l'interprétation adoptée, vous aurez des adénomes, de l'hypertrophie glandulaire, des fibro-adénomes, etc.

Ne croyez pas cependant, Messieurs, qu'il soit impossible de sortir de ce chaos ; il y a des caractères qui permettent de fixer assez sûrement le diagnostic. Nous pensons qu'il s'agit ici d'un *fibrome* du sein, et cette opinion s'appuie sur l'âge de la malade, la lenteur du développement, l'absence à peu près totale de douleurs, l'absence de tout retentissement ganglionnaire, l'intégrité des téguments, la mobilité et la fermeté de la tumeur. Faudrait-il dire mammite chronique, tumeur mammaire chronique, comme A. Cooper ? Sans discuter ici l'origine irritative des tumeurs, je crois que c'est bien une tumeur vraie, constituée de toutes pièces et qui ne peut être considérée comme une inflammation simple.

Cette question de diagnostic une fois établie, nous avons eu à résoudre la question de traitement ; ce n'était pas aussi simple que vous pouvez le penser au premier abord. Comme je vous le disais, la jeune fille a, en quelque sorte, guetté son sein depuis ce coup de parapluie ; elle voulait qu'on enlevât sa tumeur, on l'en a dissuadée; elle a résisté quelque temps, mais elle est revenue avec la volonté formelle, bien arrêtée, d'une opération. J'en subis un peu l'indication, car si la malade me laissait libre, on pourrait encore attendre ; la tumeur peut ne pas grossir, s'arrêter dans son évolution ; dans tous les cas, son développement est lent, il n'y a pas péril en la demeure. J'essaierais alors de la compression ; on pourrait espérer réussir. Je suis d'autant plus fondé à le croire que, dans un cas semblable, je n'ai pas voulu intervenir, il y a de cela plus de quinze ans ; la malade, qui était plus raisonnable, a gardé son sein et sa tumeur, et la tumeur n'a pas grossi. Je me souviens également d'une grosse jeune fille que j'avais dans mon service à la Pitié ; elle s'est assujettie à une compression qui a fait cesser les douleurs et diminuer le sein. Mon collègue, M. Broca, a obtenu, par ce moyen, de très-bons résultats, que vous trouverez consignés dans un Mémoire publié en 1862 dans le *Bulletin de thérapeutique* (1). On ne peut cependant pas dire, Messieurs, que nous entreprenons là une opération de complaisance ; A. Cooper, Cruveilhier, enlevaient les tumeurs de ce genre, et ce sont des noms sous l'autorité desquels on peut à bon droit s'abriter. M. Ranvier, au nom de l'histologie, vous dira que la distance entre le sarcome et le fibrome n'est pas bien grande, et ce n'est pas le cas d'appliquer le proverbe de l'abstention en cas de doute ; c'est donc une opération légitimée, mais qui, je le répète, pourrait être remise sans danger à quelques mois.

(1) Mémoire sur le traitement des adénomes et des tumeurs irritables de la mamelle par la compression (*Bulletin de thérapeutique*, tome LXII, p. 193, mars 1862).

Tout autres sont les tumeurs de notre seconde et de notre troisième malades ; si les caractères extérieurs ne dénotent aucun trouble de la santé générale, si les tumeurs elles-mêmes se présentent avec une marche et des symptômes presque analogues à ceux que je viens de vous décrire, il y a cependant quelques points qui appellent de suite l'attention et assurent le diagnostic. Chez la malade du n° 11, nous avons un *sarcome* de la mamelle, des mieux caractérisés, adhérent à la peau, mal limité au milieu de la glande, si bien que l'ablation, qui semblait devoir être très-limitée, a dû comprendre une bonne partie du sein. Grâce à cette extirpation que nous avons lieu de croire aussi complète que possible, en tenant compte de cette intégrité du système ganglionnaire, nous pouvons porter un pronostic favorable et espérer une guérison radicale. Le travail de cicatrisation a été marqué par un incident que je crois utile de vous signaler : le second jour après l'opération, la malade a été prise de frissons, de nausées; cet appareil fébrile avait pour cause une lymphangite de la partie interne de la plaie qui n'a pas dépassé le sein, mais qui a donné lieu à une légère escharre de 4 à 5 millimètres de large s'étendant sur le bord de la lèvre inférieure de l'incision. Je ne puis expliquer cette gangrène que par la minceur de la peau à ce niveau ; la tumeur avait été énucléée en faisant le moins de dégâts possible, et la peau s'est facilement sphacélée sous l'influence de la lymphangite. Quoi qu'il en soit, la malade va bientôt sortir guérie de sa plaie et, j'espère, à l'abri de toute récidive.

Mon pronostic sera loin d'être aussi favorable pour la malade que nous devons opérer en même temps que la première ; chez elle, je vous ai montré en quelques mots qu'il n'y avait pas lieu d'hésiter sur la nature de la tumeur. Vous trouvez, en effet, tous les caractères marqués du *carcinome* (variété squirrheuse) : l'âge, la marche, les adhérences de la tumeur à la peau, sa tendance à s'ulcérer à la surface cutanée, son irradiation dans l'épaisseur de la glande, l'adénite axillaire, dure, multiple. Ajoutez les douleurs spontanées et une certaine sensibilité de la tumeur à la pression, et vous aurez un tableau symptomatique assez précis et assez complet. Nous avons discuté, vous vous en souvenez, l'invasion des ganglions de la région sus et sous-claviculaire et nous avons penché pour la négative ; il faut cependant être plein de réserve à cet égard. Souvent, en effet, on ne reconnaît que dans le cours même de l'opération l'envahissement du système lymphatique; cela arrive surtout quand l'adénite est peu volumineuse et très-multipliée ; mais alors, si vous voyez de ces petits ganglions friables, blanchâtres, de nature et d'aspect véritablement cancéreux, tenez-vous sur vos gardes, car vous aurez la plupart du temps une récidive très-prompte.

Je ne pourrai pas utiliser dans ce cas une méthode d'exérèse que vous m'avez vu employer dans d'autres circonstances, pour des tumeurs du sein notamment, je veux parler de l'ablation par l'anse galvano-caustique. Ici, la tumeur est irrégulière ; elle a des sortes de prolongements radiculaires qui nous obligent à recourir à la dissection par le bistouri. Vous vous souvenez probablement d'une malade, entrée dans le courant de février et qui était couchée au n° 10 de la salle Sainte-Rose ; cette femme était atteinte de carcinome du sein, mais plus volumineux et à une période plus avancée que celui-ci; j'avais hésité à entreprendre l'ablation, car il existait une chaîne ganglionnaire qui allait du sein à l'aisselle, s'engageait sous le grand pectoral et remontait sous la clavicule ; l'âge (44 ans), la conservation de la santé générale et les insistances de la malade me portèrent à tenter l'opération. Pour éviter toute perte de sang, j'eus recours à l'anse galvano-caustique ; il me fut assez facile de pédiculiser la glande et de l'enlever en totalité.

Chez une autre malade, entrée au mois d'avril, j'eus recours à la même méthode avec un plein succès ; ce n'est pas le moment de m'étendre sur les avantages et les indications de son emploi, j'aurai l'occasion d'y revenir ; vous trouverez du reste ce sujet exposé avec assez de détails

dans une de nos récentes thèses d'agrégation. Monod. Etude comparative sur les diverses méthodes de l'exérèse, thèse, 1875.)

Pour en revenir à notre première malade, la jeune fille au fibrome, je vous disais que le diagnostic me semblait net et facile à poser ; ce n'est pas cependant qu'il ne prête matière à discussion et je dois aussi le dire, à erreur. Nous avons eu cette année l'occasion de voir un cas à peu près semblable, où l'on aurait pu, à bon droit, penser à un fibrome ; il n'en était pourtant rien. Ce fait est assez intéressant pour que je vous le rappelle en quelques mots : il s'agissait d'une jeune fille de 28 ans qui se présenta à notre consultation pour une petite tumeur du sein droit dont elle faisait remonter le début à 4 ans. A cette époque, elle s'aperçut par hasard, d'une petite grosseur, du volume d'un pois, qui progressa fort lentement jusqu'au moment où nous vîmes la malade; cette tumeur ne dépassait pas le volume d'une petite noix. Elle était située à la partie inféro-externe du sein droit, mobile sur les couches profondes, dure, sans rénitence apparente, assez égale et sans adénite de voisinage ; bref, elle présentait, à peu de chose près, les mêmes signes que je vous ai énumérés plus haut, je pensai à un petit fibrome. L'incision linéaire, destinée à l'énucléer, fit jaillir un jet de liquide clair, transparent comme de l'eau de roche, tellement caractéristique d'aspect que nous ne doutâmes pas avoir sous les yeux un kyste hydatique. Mais l'examen de la poche, pratiqué au Collège de France par M. Ranvier, ne fit reconnaître qu'un kyste séreux simple.

Vous m'excuserez, Messieurs, de vous remémorer des faits observés depuis quelques mois ; mais ces rapprochements entre des malades d'un même service me semblent très-utiles en clinique, surtout quand des affections offrent des points de ressemblance aussi intime. Ils vous mettront en garde contre des diagnostics trop hâtifs et vous permettront de songer aux tumeurs similaires ou voisines, dont les caractères différentiels sont peu tranchés.

— Je puis, aujourd'hui, Messieurs, vous donner le résultat de nos deux opérations; chez la malade au carcinome, toute la glande et les ganglions axillaires ont été enlevés ; la tumeur sectionnée immédiatement après son ablation, avait l'aspect très net du squirrhe : coupe blanc grisâtre, ferme, résistante ; l'examen histologique a du reste confirmé la nature carcinomateuse de la lésion. La malade va aussi bien que possible, sa plaie est en voie de cicatrisation et présente le meilleur aspect que l'on puisse souhaiter (1).

La seconde malade, porteur du fibrome, est également en voie de guérison ; je ne vous en parlerais pas, si elle n'avait présenté, les jours qui ont suivi l'opération, quelques phénomènes hystériques dont je vous avais prévenu en commençant. Pendant les quatre premiers jours, elle a été atteinte d'ischurie complète, nécessitant le cathétérisme trois fois par jour ; elle était de plus dans un état de surexcitation que quelques grammes de chloral suffirent à calmer. On a signalé, vous le savez, ces troubles de la miction consécutivement aux traumatismes graves, aux grandes opérations portant sur des régions éloignées des organes génito-urinaires ; ces désordres, en général, très-passagers, ont été mis sur le compte d'un acte réflexe, tenant à la surexcitation violente du système nerveux. Je suis plus disposé à les rattacher ici à de l'hystérie pure et simple, parce que déjà à deux reprises, d'après les renseignements qu'a pu obtenir M. Cartaz, elle a eu de ces rétentions d'urine, sans autre cause qu'une vive émotion. C'est du reste, au fond, à peu près la même chose ; que ce soit l'hystérie, ou une espèce de *shok* opératoire, c'est toujours un ébranlement inusité du système nerveux, qui a retenti à distance.

Je tiens à vous dire quelques mots de la tumeur que nous avons enlevée : l'opération nous a révélé deux particularités intéressantes : la première, c'est que la tumeur était entourée d'une zone celluleuse, qui la séparait nettement de la glande : la tumeur était enkystée, par conséquent énucléable ; j'avais cru devoir enlever une petite portion de la glande mammaire, et j'aurais pu me limiter exactement à la tumeur et l'enlever par une simple incision. Le second point, c'est que la tumeur, une fois sectionnée, nous a offert un aspect lobulé, arborescent, d'une couleur opaline, gris rosé ; ces différents caractères nous ont fait de suite penser à un sarcome ; la parenté qui relie dans leur génèse et leur jeunesse le fibrome et le sarcome rend le diagnostic, au début, fort difficile. Cette tumeur ressemblait au pancréas, à une coupe du cervelet, quoique moins colorée ; on y constatait un certain nombre de lobules séparés par des intervalles bien appréciables et vasculaires. Cependant M. Monod a reconnu au microscope qu'il s'agissait là d'un fibrome ; mais voici comment il faut entendre cette expression.

J'ai cherché à vous faire comprendre ce qui établissait des différences entre telle et telle doctrine ; pour les uns, le début se fera dans les culs de sac glandulaires; pour les autres, ce sera dans les espaces interglandulaires : de là, des dénominations toutes différentes. La tumeur est constituée par des bandes de fibres conjonctives, un tissu sclérosé blanchâtre, enveloppant des éléments glandulaires : c'est ce qui lui donnait à la coupe son aspect lobulé. D'après ces caractères, M. Broca le rangerait dans la classe de ses adénomes avec prédominance du stroma ; Billroth l'appellerait adéno-sarcome ; je crois qu'en tenant compte de cette prédominance du tissu conjonctif, il faut la qualifier de *fibrome*, non pas dans le sens de tumeur atrophique de l'élément glandulaire, mais parce que c'est réellement le tissu fibreux qui constitue le fond de la tumeur : aussi le terme de Cruveilhier (corps fibreux de la mamelle) était-il fort exact. Si vous voulez comprendre tous les éléments dans une seule dénomination, dites fibro-adénome.

Au point de vue du pronostic, la circonstance la plus favorable se trouve être l'enkystement de la tumeur ; le sarcome cependant a des débuts analogues ; aussi à cette période le diagnostic est-il délicat ; mais le nôtre est désormais assez assuré pour qu'on puisse garantir, presque à coup sûr, l'absence de toute récidive et partant, la guérison définitive.

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

Hospice des Enfants-Assistés. — **M. PARROT.**

Athrepsie. — Traitement (1).

IXe LEÇON.

Leçons recueillies par E. Troisier, revues par le professeur.

Messieurs,

L'athrepsie est une maladie qu'il est en notre pouvoir de faire naître, car nous pouvons toujours provoquer les accidents du début; et cela fait, il nous est aisé de la mener jusqu'à la terminaison fatale. Donnez-moi un nouveau-né aussi robuste que vous puissiez l'imaginer et j'en ferai sûrement un athrepsié, car il n'est pas un enfant qui résiste à l'action délétère des deux grandes causes que je vous ai signalées : l'influence nosocomiale et une mauvaise alimentation.

Pendant le siége de Paris (1870-1871), tous ceux qui furent amenés à l'hospice, et beaucoup étaient bien développés et robustes, succombèrent sans exception à ce mal, — en dépit des soins de toute sorte dont ils furent entourés, — parce qu'ils étaient entassés dans nos salles et que nous n'avions pas de nourrices.

Il nous est beaucoup moins facile de prévenir les accidents, et surtout de les combattre et de les arrêter. Vous n'en pouvez douter en vous rappelant tout ce qui précède. Soyez pourtant convaincus que l'hygiène et la thérapeutique, loin de rester impuissantes, vous rendront de très-grands services ; car le tableau n'est pas toujours aussi

(1) Cette malade est sortie fin décembre guérie. La malade au fibrome du sein est également rentrée chez elle guérie.

(1) Voir les nos 2 et 3.

[illegible] que je vous l'ai présentée. N'oubliez pas, en effet, que nous sommes à l'hospice des Enfants-Assistés, c'est-à-dire dans une de ces maisons où il semble que tout se réunisse pour engendrer le mal et lui imprimer une marche funeste.

Lorsque les enfants sont isolés et dans un milieu sain, comme ils se présentent habituellement dans la pratique de la ville, [illegible] est moins grave; et il est rare qu'à l'aide d'un traitement bien institué, l'on ne parvienne pas à triompher du mal.

Avant de vous dire comment il faut traiter les athrepsiés, je crois devoir vous présenter quelques considérations sommaires sur le régime alimentaire des jeunes enfants. J'aurais pu les placer à la fin de la deuxième leçon, mais comme nous puiserons dans ces règles d'hygiène plusieurs moyens thérapeutiques précieux, il m'a semblé que la meilleure place à leur donner était celle-ci.

Tout nouveau-né doit être allaité par sa mère, ou, à son défaut, par une nourrice étrangère et il ne doit prendre d'autre aliment que le lait qu'il tire du sein.

Pour bien comprendre l'importance de ce précepte, reportez-vous à ce qui a été dit de la nutrition avant et après la naissance. Rappelez-vous que pour le nouveau-né, la mamelle est l'équivalent du placenta; que le lait de la mère est presque le sang que naguere elle lui donnait (1); et que l'arracher au sein, c'est rompre tous ses liens maternels, c'est l'exposer à ces troubles digestifs, dont les conséquences sont parfois si redoutables.

Il est quelques cas pourtant où la mère ne peut pas nourrir; alors vous devez exiger qu'elle laisse à une nourrice mercenaire le soin d'allaiter. Et je vous signale ici l'une des circonstances où votre responsabilité médicale sera le plus engagée, où votre fermeté sera mise à la plus rude épreuve. La femme qui ne veut pas nourrir ne manque jamais de prétextes pour se soustraire au plus naturel des devoirs; et votre raison aura bien peu de prise sur son caprice et son égoïsme. Mais, je vous l'affirme, ce n'est pas à combattre ces mauvaises mères que vous aurez à vous [illegible] le plus; vos luttes les plus pénibles seront contre celles qui, mues par un sentiment excessif de la maternité, n'admettent pas qu'un obstacle puisse les priver de nourrir leur enfant. Rien n'empêchera ces trop bonnes mères de satisfaire ce besoin. Celles qui céderont momentanément, vaincues par l'évidence des faits, ne seront pas toujours [illegible] de leur résolution, tant est impérieuse la fonction génératrice. J'en ai vu qui, le jour surveillées, [illegible] rompre leur parole; mais qui, la nuit, abandonnées à toute l'impulsion de leur instinct, dans un élan de [illegible], arrachaient leur enfant des bras de sa nourrice, pour lui présenter leur sein souvent tari, mais d'où leur venait, par le contact de ses lèvres, la pleine satisfaction de leurs désirs.

Après vous avoir averti que tous les obstacles que vous [illegible] pratique ne sont pas du chef de la maladie, revenons à celle-ci, et voyons dans quelles circonstances vous [illegible] l'allaitement maternel.

L'obstacle peut venir de la mère ou de l'enfant. Le premier [illegible] est le plus fréquent.

[illegible] avons déjà fait allusion à propos de l'étiologie, [illegible] n'y a aucun inconvénient à y revenir. Il peut se faire que la nouvelle accouchée n'ait pas de lait, que l'apparition de celui-ci soit très-tardive, ou bien que sa quantité d'abord suffisante, diminue notablement, après six semaines, deux mois, au moment du retour des fonctions utéro-ovariennes; que ses mamelons s'excorient ou se gercent; que des abcès lui viennent aux seins; qu'elle soit anémique, débile, ou sujette à des attaques nerveuses, qu'on redoute les atteintes de la diathèse tuberculeuse; ou bien enfin, qu'il se déclare chez elle, une affection fébrile aiguë. Dans tous ces cas, vous devez donner à l'enfant une nourrice étrangère.

(1) « Le sang [illegible] aux mamelles, dit Ambroise Paré, et se convertit en lait qui n'est qu'un sang blanchi, lequel l'enfant suce et tette jour et nuit. »

D'autres fois, la mère peut allaiter; mais l'état du nouveau-né s'oppose à ce qu'elle le fasse. Supposez en effet, qu'il ne soit pas à terme ou qu'il soit atteint de faiblesse congénitale: l'eau sucrée, la décoction de gruau et toutes les autres boissons que l'on donne, en attendant le lait maternel, sont insuffisantes. Il faut *immédiatement* le lait d'une nourrice qui, seul, est capable de ranimer l'enfant et de le faire vivre. S'il a un bec-de-lièvre, une division du voile du palais, ou s'il est atteint de syphilis héréditaire, et que, dans ce dernier cas, la mère ne paraisse pas infectée, on le nourrira à la cuiller, au biberon, avec du lait d'ânesse, de chèvre ou de vache, suivant la tolérance de son tube digestif.

Lorsque vous serez obligés de choisir une nourrice pour l'enfant dont la santé vous sera confiée, je vais vous dire brièvement ce que vous devez rechercher, pour mettre de votre côté le plus de chances favorables.

La bonne nourrice est celle qui fait un beau nourrisson; c'est assez vous dire que vous ne la connaîtrez qu'à l'usage. Telle femme se présentant dans les meilleures conditions laissera péricliter un enfant qu'une autre, de beaucoup moins belle apparence, ne tardera pas à rendre prospère. toutefois, voici les garanties que vous exigerez

La nourrice aura de 25 à 35 ans; elle sera accouchée depuis 2 mois au moins, et non depuis plus de 4 ou 5 (1); elle devra présenter tous les attributs d'une bonne constitution et d'une santé actuellement bonne. Elle ne portera aucune trace d'une affection constitutionnelle ou diathésique et vous vous assurerez avec le plus grand soin qu'il n'existe aucun indice qui dénote chez elle la syphilis. Les seins, volumineux, assez fermes, mais souples et sans aucune dureté, seront mobiles sur la poitrine. Une vascularisation superficielle y marquera l'activité fonctionnelle. La palpation y fera découvrir un tissu glandulaire abondant et peu de graisse. L'aréole sera foncée; le mamelon allongé, un peu plus volumineux à son extrémité qu'à sa base, s'érigeant aisément, sans être trop sensible, couvert d'un tégument assez endurci pour être à l'abri des gerçures et des érosions. Il faut qu'en pressant le sommet du sein, on en fasse jaillir sans peine, comme d'une pomme d'arrosoir, une gerbe lactée. Le lait, d'un blanc très-légèrement bleuâtre, fluide et sans saveur bien prononcée, ne présentera, à l'examen microscopique, ni corpuscules de colostrum, ni hématies, ni leucocytes. Enfin, et ce moyen d'information est certainement le plus précieux, vous examinerez l'enfant dont la belle apparence sera le meilleur garant des qualités de la mère (2).

Lorsqu'une nourrice réunit toutes ces qualités, il y a de grandes chances pour que le nouveau-né que vous lui confierez, s'il est dans un bon état, y reste et pour qu'il recouvre la santé s'il l'avait perdue. Mais je vous le répète, vous n'en aurez la certitude qu'après l'épreuve faite (3).

Il ne faut pas pour un motif futile, pour un dérangement passager dont vous triompherez sans peine, changer une nourrice; et ce n'est, en général, qu'après un certain nombre de jours que l'on peut juger ce dont elle est capable; mais toutes les fois que vous aurez acquis la conviction que son lait n'est pas celui qu'exige l'enfant, n'hésitez pas à la remplacer par une autre, et cela, autant de fois que vous le jugerez nécessaire; car votre responsabilité y est

(1) Les femmes les plus aptes à nourrir, suivant M. Jacquemier, (*Manuel des accouchements*, T. II.), sont celles qui, âgées de 18 à 35 ans, ont un lait de 6 semaines à 4 mois. Mais il ajoute que l'on peut sans inconvénient sérieux prendre une nourrice accouchée depuis 5 ou 6 mois.

(2) On voit souvent, dit Désormeaux, des femmes dont le lait est de médiocre qualité, faire de leurs enfants de très-beaux élèves, et n'en faire que de fort chétifs des enfants étrangers qu'on leur a confiés d'après la bonne apparence de leur nourrisson.

(3) La couleur des cheveux, à laquelle semblent tenir encore un certain nombre de praticiens, n'a aucune importance. Les raisons qu'ils pourraient donner de leur préférence ne seraient pas meilleures que celles d'Ambroise Paré cherchant à justifier ce précepte : que la nourrice ne devait pas être rousse mais brunette. Il les empruntait à Sextus de Chéronée. « Ainsi, dit-il, que la terre noire est plus fertile que n'est la blanche; par semblable, la femme brunette porte toujours le lait plus substancieux. »

engagée. L'alimentation de la nourrice doit être très-réparatrice ; car si elle était insuffisante habituellement elle déterminerait la secrétion d'un lait séreux et peu récrémentitiel ; mais il importe peu que ce soient la viande où les végétaux qui y dominent.

C'est toutes les deux heures seulement que la nourrice doit présenter le sein à l'enfant durant le jour, car la nuit il est bon qu'il dorme le plus possible, et par exemple, de 8 heures du soir à 6 heures du matin, deux et trois tétées sont suffisantes. Quand il est bien portant et qu'il a dépassé deux mois, on peut se contenter de l'allaiter toutes les trois heures. Les intervalles entre les repas, seront toujours proportionnés à l'âge et croîtront à mesure que l'on introduira dans le régime des aliments autres que le lait. Toutefois, ils ne doivent pas être éloignés parce que, suivant la remarque de M. Péligot, le lait en séjournant dans les mamelles s'appauvrit (1). (*A suivre.*)

HYDROLOGIE

De l'action des alcalins sur la glycose chez les diabétiques.

Par MM. **CORNILLON** et **Henri BRETET**.

L'amélioration sensible qu'éprouvent les glycosuriques par suite de l'absorption d'une certaine quantité d'eau minérale alcaline, n'est maintenant contestée que par un très-petit nombre de médecins. Les statistiques prouvent en effet, que pendant les traitements suivis à Vichy, le sucre diminue progressivement des urines, les forces se relèvent, la soif disparaît, l'amaigrissement s'arrête. Si la maladie est récente, il finit même par disparaître entièrement, mais lorsque la cure hydriatique est terminée, il apparaît de nouveau, augmente peu à peu et arrive graduellement au chiffre qu'il avait primitivement avant le traitement minéral. — Quel est donc le rôle que jouent les alcalins dans cette décroissance et dans cette disparition de la glycose urinaire ? Favorisent-ils la transformation en eau et en acide carbonique du sucre déjà formé et contenu dans le sang, ou bien empêchent-ils, au contraire, la transformation de ce sucre ? Nous allons examiner successivement ces deux points.

Pour arriver à un résultat sérieux, on a été obligé de recourir à la chimie, et aux expériences sur les animaux. C'est à Poggiale, Lehmann et Cl. Bernard, que l'on doit les premières recherches sur cette importante question (voir *Gazette Médicale*, 1856). Citons leurs conclusions : « Nous avons démontré qu'en injectant dans la veine jugulaire d'un lapin une solution de sucre et de bicarbonate de soude, on retrouva dans les urines autant de sucre que quand l'injection se fait avec une injection sucrée seulement.

Enfin, nous avons trouvé que les carbonates alcalins n'agissent pas sur la glycose au-dessous de 95°, et qu'à cette température elle éprouve si lentement les métamorphoses, qui la convertissent en eau et en acide carbonique qu'on trouve encore beaucoup de sucre, si l'on prolonge l'ébullition. La potasse et la soude caustique elles-mêmes, ne détruisent le sucre qu'à une température élevée.

(1) Voici d'après M. Ruzet la quantité de beurre trouvée dans 100 parties de lait d'une femme de 27 ans, nourrice et accouchée depuis 11 mois :

Avant de donner le sein.	Après avoir donné le sein.
2,0	1,9
3,3	4,1
3,9	7,4
3,3	7,0

M. Milne Edwards (*Leçons sur la Physiologie et l'anatomie comparée, Paris*, 1868, T. IX, p. 158.) explique cette différence de la manière suivante : « C'est, dit-il, dans les ampoules initiales des conduits lactifères que naissent et se développent les utricules sécrétoires qui fournissent les matières grasses et les autres substances solides les plus importantes du lait, tandis que l'eau plus ou moins chargée de matières albuminoïdes et salées, y est ajoutée par les parois membraneuses des conduits galactophores, qui ne sont pas aptes à secréter les produits laiteux par excellence. Il en résulte que plus le lait fourni par les ampoules traversera rapidement cette portion excrétoire des glandes mammaires, moins il sera aqueux. »

Nous avons nous-mêmes repris en partie ces expériences, en mettant en contact du glycose et du bicarbonate de soude à des températures différentes, comprises entre 15 et 60°, avec ou sans le contact de l'air. Les résultats auxquels nous sommes arrivés n'ont fait que confirmer les connaissances déjà acquises.

Ces agents minéraux empêcheraient-ils donc la formation du sucre dans l'économie en amoindrissant l'action de la salive et du sucre pancréatique sur les matières amylacées ? C'est ce que nous allons établir. M. Fremy en arrosant un arbre, avec une solution alcaline a constaté qu'il ne donnait plus de fruits sucrés. — D'après M. Martin-Damourette, la vigne donne un raisin à peu près privé de sucre si on l'arrose avec de l'urine ou avec une solution alcaline (Brouardel, thèse d'agrégation, 1869). Aux expériences exécutées sur les végétaux ont succédé les expériences sur l'homme et sur les animaux.

M. Pavy, en 1869, remarqua qu'en mettant au contact de la salive, de la matière amylacée et une solution de potasse, la transformation glycosique ne se fait plus. Après avoir obtenu ce résultat expérimental, il chercha à déterminer si les alcalins qui rendent inerte la diastase salivaire, ont la même action sur la matière glycogène. Il injecta une solution concentrée de potasse dans la veine porte d'un chien ; aussitôt après la mort, l'analyse du foie démontre qu'il n'y a pas de glycose produite. Mais, si au lieu de faire l'expérience de suite après la mort on attend quelques instants, le sucre se produit et l'injection de potasse dans la veine porte prouve que cette solution est sans action sur le sucre formé, c'est donc sur la matière glycogène qu'il agit. Elle empêche la formation du sucre mais ne le détruit pas.

Le carbonate de soude possède la même propriété que la potasse : il empêche la formation du sucre. Voici l'expérience que M. Pavy a entreprise pour le prouver : il serra par une ligature quelques lobules du foie qui furent ainsi séparés du reste de la circulation hépatique. Il injecta une solution de bicarbonate de soude dans la veine porte ; les parties dans lesquelles l'injection pénétra ne contenaient pas de sucre, les lobules séparés par la ligature contenaient du sucre. Pour cet auteur les alcalins empêchent la formation du sucre. Les conclusions auxquelles était arrivé M. Pavy, ne furent acceptées qu'avec timidité à cause de leur hardiesse. Voici ce qu'en dit M. Brouardel (thèse d'agrégation) : si cette opinion devait être admise, il faudrait placer les alcalins, non plus parmi les médicaments destinés à détruire le sucre existant dans le sang, mais, parmi les médicaments qui empêchent l'introduction du sucre dans le sang.

Les expériences que nous publions aujourd'hui nous ont amenés à partager entièrement cette manière de voir. — Elles ont porté sur la salive humaine et sur le suc pancréatique, c'est-à-dire sur les deux agents de la digestion des matières féculentes.

Nous croyons inutile d'entrer dans le détail des expériences que nous avons exécutées avec la salive ; nous dirons que toutes ont été faites en opérant comparativement sur des quantités égales d'amidon sec, de salive et d'eau. L'un des flacons contenait seulement ces trois substances, à l'autre on ajoutait du bicarbonate de soude. — Les flacons étaient placés dans une étuve chauffée à 40°, et agités fréquemment, après un séjour plus ou moins prolongé, mais égal pour chacun des essais comparatifs ; les liquides étaient filtrés et dans chacun d'eux, le sucre dosé à l'aide de la liqueur de Fehling.

Ces nombreux dosages nous ont donné des rapports fort peu différents les uns des autres et dont la moyenne est $\frac{1}{2\ 40}$ c'est-à-dire que la quantité du sucre trouvée dans le liquide alcalin étant 1, dans le liquide neutre elle était 2 40. Les rapports extrêmes étaient $\frac{1}{2\ 43}$ et $\frac{1}{2\ 33}$.

Lorsqu'an lieu d'employer le bicarbonate de soude, nous l'avons remplacé par une solution concentrée de potasse à la dose de quelques gouttes seulement, la différence a été beaucoup plus sensible. Les liquides alcalins renfermaient

alors si peu de sucre qu'un dosage rigoureux était presqu'impossible, et nous avons dû nous borner à constater la présence de la glycose qui, du reste, n'a jamais fait défaut.

Nous arrivons à nos essais sur le sucre pancréatique. — Nous avons opéré sur du pancréas de bœuf, de mouton et de porc. Cette glande finement hachée était placée dans une capsule, avec deux fois son poids d'eau distillée : après deux heures de séjour à l'étuve, le tout était jeté sur une toile et exprimé légèrement ; le résidu était soumis à deux autres macérations, les liquides obtenus étaient ensuite divisés en deux parties égales.— Dans chaque flacon, on ajoutait des poids égaux d'amidon et dans un seul du bicarbonate de soude. Après une macération plus ou moins prolongée dans une étuve à 40°, les liquides sont filtrés, on neutralise celui qui est alcalin, à l'aide de quelques gouttes d'acide acétique, puis on les porte à l'ébullition pour coaguler les matières albuminoïdes qui, sans cette précaution gênent considérablement le dosage du sucre. Ce dosage se fait alors sans difficulté.

Les expériences que nous avons faites nous ont conduits à des résultats bien différents, selon que l'on opère sur le pancréas du bœuf ou sur celui du porc. Dans le premier cas, le rapport moyen des proportions du sucre est $\frac{1}{1\,475}$, c'est-à-dire, qu'en opérant sur le pancréas de bœuf, la quantité de sucre contenu dans le liquide bicarbonaté étant 1, elle est 1 475 dans le liquide neutre, tandis qu'avec le pancréas du porc, le rapport moyen est $\frac{1}{3\,69}$.

Avec le pancréas du mouton nous n'avons rien obtenu, l'animal soumis à l'expérience étant à jeûn depuis trop longtemps.

Des faits qui précèdent nous croyons pouvoir conclure que :

1° Les alcalins sont sans action sur la glycose déjà formée ;

2° Ils interviennent dans la production de la glycose urinaire en diminuant le pouvoir saccharifiant des liquides diastasiques, et, par conséquent, en empêchant l'introduction d'un excès de sucre dans le sang ;

3° Le bicarbonate de soude agit non-seulement sur la diastase salivaire, mais aussi sur le suc pancréatique.

4° Dans ce dernier cas, son action est beaucoup plus sensible sur le pancréas des omnivores, que sur celui des herbivores.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Les Classiques allemands.

Le médecin connaissant l'histoire de la médecine est, paraît-il, un oiseau rare en Allemagne, les professeurs la déclarent très-superflue, les jeunes gens s'imaginent, dans leur tudesque naïveté, qu'elle commence avec leurs professeurs et ceux-ci encouragent cette croyance qui les pare d'une sorte d'auréole. Bref, c'est un Allemand qui le dit, la décadence des études historiques médicales est encore plus profonde qu'en France. Cette seule supériorité qui nous restât, M. Heinrich Rohlfs, qui veut bien déplorer notre déchéance morale, politique et scientifique, est résolu à nous l'enlever. Dans cette vue quittant, après 25 ans de pratique, sa clientèle de Brême, il s'est, au commencement de 1874, mis à perpétrer en 6 volumes l'histoire de la médecine allemande.

Jusqu'ici les historiens commençaient par les temps les plus reculés ; c'est une méthode bonne pour les peuples dégénérés, mais M. Rohlfs appartenant à une race supérieure, publie d'abord son 3e volume, qui, avec le 4e, comprendra l'histoire des Classiques médicaux, chirurgicaux et obstétricaux. Sa raison pour agir ainsi, c'est qu'aujourd'hui il ne reste plus que le nom de ces grands hommes. Voici ceux dont le volume dont nous allons, sous forme de centon, infliger l'analyse à nos lecteurs, contient la biographie : Werlhof le Grand, le chevalier de Zimmermann, Wichmann le diagnostiqueur, l'archiâtre Hensler, Stieglitz le critique, Marx l'unique, Heim l'ancien, Krukenberg le clinicien. Ils se distinguent tous par une qualité spéciale, mais tous sont Classiques, par un C majuscule. M. Rohlfs insiste, en effet, sur la différence essentielle qui sépare le Classique médical du Médecin classique ; les physiologistes, les anatomistes et tous ceux qui s'occupent des sciences dites accessoires peuvent devenir classiques, il leur est défendu d'être Classiques ; M. Rohlfs leur refuse tout droit au substantif et les condamne à rester, avec les théologiens, dans les limites de l'adjectif.

Qu'est-ce donc qu'un Classique, et quelles sont les conditions à remplir pour avoir droit à ce titre aux hommages de M. Rohlfs ? — Il faut tout simplement réaliser l'harmonieuse perfection de l'esprit et de la matière, de la substance et de la forme, d'après les règles de l'esthétique. Le Classique est celui qui, à la perfection du style, à l'exactitude et à la pureté de l'expression, sait joindre l'originalité de la pensée, la profondeur du sentiment, la sagacité de l'observation, la justesse du jugement. Le Classique s'élève au-dessus de toute religion dogmatique, de toute école, ses écrits réflètent l'esprit non-seulement de son époque, mais celui de tous les siècles ; il est de tous les temps, de tous les pays : il est cosmopolite. On voit que la majuscule ne s'obtient pas à bon compte ; on gagerait pourtant que, dans le louable but de ne décourager personne, M. Rohlfs a volontairement omis la plus indispensable des conditions et nous soupçonnons fort qu'il ne servirait à rien de posséder toutes les qualités énumérées plus haut, si l'on n'est Allemand.

Chez tous les peuples, la période littéraire classique a été la résultante du parallélogramme des forces vitales nationales à leur entier épanouissement ; naturellement l'Allemagne fait exception, et ses Classiques médicaux, comme les autres, ont surgi malgré leur temps et au milieu du désordre le plus confus. Ce sont des produits de génération spontanée, dont le petit nombre surprendrait si l'on ne songeait que le médecin, avec bien d'autres qualités, doit posséder encore toutes celles du poète. Aussi peut-on affirmer que tout grand médecin, renferme un grand poète et réciproquement. Les faits le démontrent : Herder et Schiller ont d'abord étudié la médecine ; Lessing a pris des inscriptions à Wittemberg ; d'autre part, Kortüm est l'auteur d'une excellente héroï-comédie, Gunther avait un grand talent poétique et M. Rohlfs doit avoir quelque tragédie en poche. Il n'en saurait être autrement, les arts et la médecine en est un, ayant entre eux une grande affinité que la philosophie de Bacon et de Locke avait empêché de reconnaître bien que l'idée de cette affinité soit une idée innée. Heureusement Lessing est venu démontrer l'unité des arts comme Meyer, Allemand aussi, a reconnu, il y a cent ans, l'unité des sciences.

M. Rohlfs établit longuement la différence de l'art et de la science ; il dévide à ce propos un peloton d'antithèses qu'envierait Victor Hugo et vérifiant sa théorie, il devient presque lyrique : « l'art est indépendant de l'intelligence, c'est en quelque sorte l'imagination prenant un corps, la manifestation du divin dans l'homme. L'art véritable est une effluve directe de l'esprit divin, le véritable artiste est un Dieu sur

terre. » Or, la médecine est un art. Car le principe de l'art est le beau, l'harmonieux et le but ultime de la médecine est de rétablir l'harmonie dans l'organisme troublé. Les idées de sain, de bon, de beau, se tiennent comme les idées de morbide, de mauvais et de laid. Il va sans dire que de tous les arts, c'est avec la poésie que la médecine a le plus d'affinité, comme le reconnaissait Hippocrate quand il disait : On naît poète et médecin ; comme les Grecs le proclamaient en faisant Esculape fils d'Apollon.

Nous tairons les spéculations esthétiques de M. Rohlfs, n'en retenant que cette remarquable proposition : « On pourrait dire de l'art, que toutes les forces de l'esprit y sont mises en action par leur objet sous l'égide de l'imagination, tandis que pour la science sévère une activité spécifique de l'intelligence suffit. » A nos lecteurs, latins dégénérés, elle fournira une bonne occasion d'exercer leur judiciaire.

Malgré son intime affinité avec la poésie, la médecine en diffère en ce qu'elle n'est pas un art pur, mais un art scientifique ; toutes deux d'ailleurs fleurissent surtout au premier âge des peuples, ce qui explique d'une part que la médecine grecque ait atteint le plns haut point de perfection et d'autre part que les Classiques allemands ne sont apparus qu'au XVIIe siècle. Ces Classiques ont un certain nombre de traits communs, tous plus frappants les uns que les autres. Ils se distinguent d'abord par la pureté et l'originalité de leur style Ce premier caractère est d'autant plus remarquable pour certains que, M. Rohlfs l'affirme, la prose classique n'existait pas encore, n'ayant été créée que par les poètes classiques venus plus tard. On nous parle en France d'un certain Luther dont les œuvres auraient singulièrement perfectionné la langue allemande. Ce sont là des contes welches. La vérité est que Luther ne savait écrire, que Lessing et Gœthe ont inventé la prose et que, par conséquent, les Classiques médicaux versifiaient leurs œuvres en vrais fils d'Apollon.

Le second trait dominant des Classiques, c'est qu'ils s'efforçaient de suivre le principe d'Asclépiade : *tutò, citò et jucunde*. Point de longues formules, point de recettes compliquées, leur traitement clinique est aussi simple et harmonieux, que leurs écrits sont beaux et simples. Tous prennent pour modèle Hippocrate si simple dans sa thérapeutique que souvent il ne parle pas du traitement. Pour tous, la nature médicatrice est sacrée ; ils s'efforcent de la dégager des influences fâcheuses qui l'entravent et la troublent. Ils reconnaissent, les habiles gens, que dans la plupart des maladies, il doit y avoir quelque chose de surajouté, de diminué ou d'altéré, ne fût-ce que la santé ; ils ont même découvert que la force médicatrice de la nature n'allait pas jusqu'à créer du fer dans l'organisme qui en manque.

Tous les classiques avaient un cœur compatissant, aussi von Zimmermann, tout Classique qu'il est, a eu tort de comparer la médecine à la guerre ; un général peut être cruel, un médecin ne doit jamais l'être. Aussi tous les Classiques étaient-ils non-seulement de grands médecins, mais encore des hommes d'une extrême bonté. Pourtant ce caractère n'est pas aussi général que les autres, quelques Classiques font exception, mais les exceptions ne font que confirmer la règle.

Ils ne couraient ni après les honneurs ni après la fortune, tandis qu'aujourd'hui la médecine n'est qu'un moyen de gagner de l'argent ; c'est pourquoi l'Amérique où cette tendance est le plus marquée, ne produit rien de grand en médecine. Les classiques dédaignaient la réputation, les titres, les croix ; ils se contentaient de la conscience d'avoir fait leur devoir et plus que leur devoir. Aussi leur grandeur avait une base scientifique, artistique et éthique ! Et M. Rohlfs s'écrie avec amertume : Quel contraste avec les coryphées d'aujourd'hui !

Un autre caractère des classiques est leur sens historique. L'amour de l'histoire est le baromètre de la culture d'un peuple, car d'une part c'est un signe de piété, de bon cœur, de reconnaître avec gratitude les travaux de nos devanciers et d'autre part, il est impossible de comprendre le présent et de pressentir l'avenir si l'on a rompu toute communication avec le passé. Aussi l'histoire de la médecine est-elle le monopole de l'Allemagne ; les autres peuples ont de grands médecins et de grands historiens, ils n'ont pas un seul Classique médical. (Nous l'avions bien dit qu'il fallait être allemand !) C'est le signe de la supériorité de la race germaine sur la race celto-germaine. — Cependant tous les Classiques ne sont pas historiens ; leur sens historique se manifestait parfois à meilleur marché et se réduisait à un amour (platonique) de l'histoire de la médecine et de chaque maladie. Une autre variété de leur sens historique consistait à apprécier avec une égale solidité et une égale exactitude toutes les phases d'une maladie. Cette variété fait aujourd'hui défaut, comme les autres, à la médecine allemande actuelle qui ne s'intéresse qu'à une phase : la mort et l'autopsie consécutive. Cela ne fait d'ailleurs aucun tort au monopole historique de l'Allemagne.

Tous les Classiques sont conservateurs, en raison de leur sens historique. Grands ennemis de la mode, ils la combattaient comme telle d'abord, puis par patriotisme parce qu'elle est la fille spécifique de la France, comme la modestie est la vertu spécifique de l'Allemagne. Cette mode, incurable puisqu'elle a atteint même la thérapeutique, comme disait Marx l'unique, ils ne l'ont pas vaincue et si l'on en croit M. Rohlfs, il est encore de mode de médire des saignées et de la théorie de l'inflammation ; cela suffit en Allemagne pour passer grand homme du coup. Les Classiques accueillaient pourtant les progrès réels ; Marx et Krukenberg daignèrent importer en Allemagne l'auscultation, malgré son origine suspecte.

Les classiques se distinguaient par leur préférence pour la langue et les ouvrages des Anglais, tandis que leurs contemporains avaient les yeux fixés sur Paris et sur la France. Cette faiblesse est incompréhensible pour M. Rohlfs, qui à ce propos, se lance dans une comparaison ethnologique d'où il ressort d'abord que toutes les bonnes qualités des Anglais leur viennent du sang allemand, puis que la race germaine s'est conservée physiquement et moralement plus pure en Angleterre qu'en Allemagne. Il est vrai que les Anglais enragés n'en veulent pas convenir, mais les Classiques étaient là-dessus de l'avis de leur biographe, c'est pourquoi ils allaient chercher leurs modèles en Angleterre. M. Rohlfs les en loue fort, mais leur plus grand mérite à ses yeux est d'avoir paralysé l'influence mortelle de la France, dont le nom seul a le don de provoquer chez lui des accès de male rage.

Nombre d'autres traits caractéristiques sont communs aux Classiques, mais il faut savoir s'arrêter, ne point pousser à bout la patience du lecteur, et le laisser respirer avant de lui présenter quelques types de l'espèce rare des Classiques allemands.

E. T.

Conférences de clinique chirurgicale à l'hôpital St-Louis : M. S. Duplay.

Au moment où l'on s'occupe de l'enseignement de la médecine à l'étranger, pour y découvrir ce qu'il a de supérieur au nôtre, il n'est point inutile de signaler ce qui chez nous peut répondre sans désavantage à ce que l'on trouve dans les pays voisins.

Au point de vue de la chirurgie clinique générale, il est certain que les moyens d'étude et d'instruction sont nombreux et presque suffisants, à Paris du moins. Plusieurs chirurgiens des hôpitaux ont su, dès longtemps, mettre à profit ces ressources et les rendre efficaces en faisant réellement approcher les élèves du malade.

Les cliniques allemandes, que l'on vante à plus d'un titre, comportent-elles ces interrogatoires au lit du malade, auxquels, dans certains de nos services, participe un nombre assez important d'élèves, stagiaires aussi bien qu'externes ?

M. Duplay a complétement mis en pratique ce système à Saint-Antoine d'abord et plus récemment à St-Louis. Depuis cette année, toutes les observations sont dictées chaque matin, pour ainsi dire par l'élève même qui examine, et nous avons dit que cet élève est le premier venu, pourvu qu'il soit régulier et studieux. Le grand nombre de lits dont dispose la chirurgie à l'hôpital Saint-Louis recule assez loin les limites de ce procédé d'enseignement pratique, auquel, croyons-nous, on ne peut rien trouver de supérieur.

A tous les degrés d'avancement dans les études, il y a profit évident à suivre ces interrogations multipliées, car dans cette sorte de conversation au lit du malade, les élèves plus avancés trouvent à répondre lorsque certains détails en embarrassent de plus jeunes. L'activité particulière du service à la tête duquel se trouve placé M. Duplay devait l'engager à mettre plus que jamais en œuvre ce procédé dont on a pu apprécier déjà les résultats.

D'un autre côté, l'enseignement méthodique ou clinique proprement dit ne devait pas être négligé : les questions de pronostic, la discussion du traitement et l'exposition des procédés opératoires ne peuvent se traiter que sous forme de leçons. Celles-ci sont donc le complément indispensable, mais le complément aussi parfait qu'on puisse le désirer, des conférences faites dans les salles.

C'est pourquoi M. Duplay a commencé, le jeudi 3 février, une série de leçons qu'il continuera tous les jeudis, à 9 heures, après une rapide visite dans les salles et avant les opérations, qui sont immédiatement pratiquées dans le même amphithéâtre.

Le peu de fréquence de ses leçons, fait un devoir à M. Duplay de n'y traiter que les affections intéressantes et dont les salles contiennent des exemples suffisamment caractéristiques. Les affections spéciales qui ne se peuvent étudier qu'au moyen de procédés spéciaux, maladies des oreilles, des yeux, du nez, etc., sont examinées particulièrement le lundi et là encore les moyens d'instruction ne manquent pas.

Leçon du 3 février. — Diagnostic des tumeurs mélaniques et de leur généralisation.

Leçon du 10. — Diagnostic différentiel des ulcérations de la langue.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 février 1876. — Présidence de M. Parrot.

M. Lépine communique à la Société un fait clinique intéressant. Il s'agit d'une femme, atteinte de mal de Bright et plongée dans le coma, qui présentait une déviation très-nette de la tête du côté gauche avec paralysie et contracture des membres du même côté. A l'autopsie, on trouva une toute petite hémorrhagie dans l'étage moyen de la protubérance, à droite, et en outre des traces d'extravasation sanguine ancienne : les capillaires étaient très-athéromateux, mais il n'y avait pas d'anévrysmes miliaires. Ce fait peut être mis à côté des trois faits connus de lésion de la protubérance avec déviation de la face du côté opposé.

M. Brown-Séquard étudie les convulsions dans les lésions encéphaliques. Après avoir repoussé l'opinion exclusive de Lallemand, qui les rattachait toujours à la méningite, il cite un grand nombre d'observations de convulsions directes, ces phénomènes, qui, apparaissent quelque soit le siége de la lésion, échappent à toute loi : il y a des variétés infinies dans le groupement des muscles convulsés. Il en est de même pour les contractures, le tremblement, l'hémichorée, le tournoiement, pour les pertes de fonctions telles que l'aphasie et l'amaurose.

M. Brown-Séquard résume ensuite les conclusions qu'il développera ultérieurement. Pour lui, il n'existe pas de convulsions allant du centre cérébral aux muscles, mais par l'intermédiaire d'un petit nombre de fibres, la volonté est transmise aux cellules motrices et celles-ci alors président aux mouvements. Même mécanisme, en sens inverse, pour les phénomènes de sensibilité. — Une moitié de l'encéphale suffit à toutes les fonctions : mais l'éducation développe dans le lobe gauche les centres de la parole et des mouvements, tandis que le lobe droit préside surtout aux phénomènes nutritifs. Les cellules ne sont pas groupées de manière à former les centres moteurs mais irrégulièrement disséminées dans l'encéphale. C'est ce que prouve la fameuse expérience de Flourens où, en enlevant couche par couche la substance cérébrale, on ne voit disparaître les mouvements que quand tout le cerveau a été enlevé. Enfin, phénomènes d'excitation et de paralysie, convulsions et pertes de fonctions, sont dus non à la destruction des centres, mais à l'irritation à distance portant sur les conducteurs.

M. Onimus a vérifié plusieurs fois chez les animaux l'exactitude de l'expérience de Flourens. Jamais les mouvements automatiques ne se font mieux que quand le cerveau a été enlevé, seulement l'animal perd la propriété de faire à sa volonté tel ou tel mouvement.

M. Charcot fait remarquer combien il est difficile d'utiliser ces expériences pour la pathologie humaine, si différente de celle des animaux. En outre, le cerveau chez l'homme a une prééminence qui n'existe pas surtout chez les animaux inférieurs : de plus, le cerveau du singe seul, chez qui ces expériences n'ont pas été faites, peut être comparé à celui de l'homme.

M. Bourneville présente à la société des pièces et des dessins représentant des lésions trouvées à l'autopsie d'une malade du service de M. Charcot. Il s'agit d'un cas de *paralysie cérébrale infantile* (Atrophie cérébrale). La paralysie qui siégeait à gauche, se compliquait de contracture et d'accès épileptiques. Les convulsions débutaient par les membres paralysés. (L'observation sera publiée *in extenso*).

M. Charcot fait ressortir l'intérêt de cette observation au point de vue des localisations corticales. Les phénomènes épileptiques se sont produits avec les caractères qu'ils ont d'habitude dans l'hémiplégie permanente cérébrale. Souvent limités à quelques muscles, ils peuvent se généraliser et donner lieu à une attaque, mais sans avoir l'instantané de l'ictus épileptique.

M. Hughlings-Jackson a réuni des observations analogues où la lésion siégeait dans les deux tiers supérieurs des circonvolutions ascendantes et la partie avoisinante des circonvolutions frontales et pariétales. Dans le cas présent, il en est

ainsi, car la lésion porte sur les trois circouvolutions frontales et l'extrémité des circonvolutions ascendautes. Cette observation est également intéressante à un autre point de vue. Türck, en effet, a signalé l'existence des dégénérations secondaires, sans lésion des masses centrales, à la suite d'affections corticales. Un certain nombre de faits, avant celui-ci, ont permis à M. Charcot de donner plus de précision à cette localisation. Il n'a, en effet, rencontré la dégénération secondaire que quand la lésiou siége au niveau des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, et jamais quand les lésions corticales siégent soit sur le lobe sphénoïdal, soit sur la partie antérieure du lobe frontal. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 *février*. — Présidence de M. Chatin.

M. le Président annonce à l'Académie qu'elle devra se former en comité secret à 4 heures. Aussi les lectures faites à la tribune sont très-écourtées.

M. Rigaud, de Nancy, donne un aperçu succint et rapide d'un travail qu'il intitule du *Rôle des muscles dans les luxations traumatiques* et qu'il soumet à l'appréciation de l'Académie. Le professeur soutient une doctrine absolument opposée à celle qui est encore en honneur à l'école, car il cherche à déposséder les muscles de toute action dans le mécanisme des luxations. — Ce travail est divisé en trois parties dont les conclusions sont les suivantes : 1° les muscles u'interviennent jamais directement dans la production des luxations. Le sujet est toujours passif. 2° Mais les muscles exercent une influence considérable sur les déplacements consécutifs éprouvés dans leurs rapports normaux par les surfaces articulaires : ils sont alors tout puissants. 3° La réduction doit se faire par *rétrogradation*; le chirurgieu n'a pas à lutter contre les rétractions musculaires, car les muscles *ne s'opposent jamais* à la réduction.

M. Trasbot présente à l'Académie une observation et des pièces pathologiques, fort intéressautes, ayant trait à une lésion cardiaque très-rare chez les solipèdes. C'est un exemple d'endocardite chronique ayant déterminé : 1° une insuffisance mitrale, 2° uue dilatation de l'artère pulmonaire et du ventricule droit, 3° une insuffisance tricuspide. L'endocardite a pris plus spécialement la forme végétante, car la mitrale, les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire, le tricuspide, les piliers et les cordages tendineux des 2 valvules auriculo-ventriculaire sont couvertes de végétations fibreuses remarquablement nombreuses. De semblables altérations sont fréquentes et pour ainsi dire classiques chez l'homme ; mais les animaux domestiques et principalement les chevaux n'en sont jamais atteints, paraît-il : c'est donc là un fait rare et curieux que M. Trasbot a eu raison de signaler à l'attention des pathologistes. — La séance est levée à 4 heures. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 5 novembre 1875. — Présidence de M. Charcot.

1. Fièvre typhoïde. — Endocardite végétante mitrale et tricuspide. — Myocardite et péricardite. — Mort ; Par M. de Boyer, interne [1].

B..., âgée de neuf ans, est entrée le 1er octobre 1875, au n° 18 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut.

Cette enfant est malade depuis trois jours. Elle a été prise de courbature, de fièvre avec léger mal de gorge et de dysphagie ; puis on l'a amenée à l'hôpital.

Etat actuel. — L'examen de la gorge montre un peu d'érythème, mais rien de bien caractérisé. Il y a une certaine douleur à la pression sur les côtés du cou. L'enfaut nous présente une grande prostration, la langue chargée d'un enduit muqueux ; une fièvre assez vive, de la diarrhée, des douleurs dans les fosses illiaques, le ventre ballonné et pas de taches rosées abdominales. Il y a de la congestion pulmonaire. La rate et le foie sont assez gros. Rieu au cœur. Eau vineuse. Extr. quinquiua, 1 gramme. Trois affusions froides par jour.

3 octobre. — Persistance de la diarrhée. Taches rosées lenticulaires sur le ventre. Même traitement.

5. — Epistaxis. Engorgement pulmonaire très-marqué. On continue à faire des affusions à cause de l'élévation de la température, qui dépasse 40 degrés le soir.

12. — Du 5 au 12 octobre, la marche de la maladie a été régulière, mais l'adyuamie s'est prononcée. Nouvelle épistaxis. Plus de taches rosées lenticulaires. Dans la poitrine, en arrière, à droite, l'on croit entendre du frottement vers la base; rien au cœur. Aucun trouble de la sensibilité. L'examen du fond de l'œil ne révèle qu'un peu de congestion papillaire. Un peu de subdelirium, mais plutôt un état semi-comateux, d'où l'enfant ne sort qu'avec difficulté. La marche de la température est assez anormale et offre une série de rémissions matinales excessives par rapport aux températures du soir.

22. — On ouvre un petit abcès à la cuisse gauche.

23, 24, 25, 26, 27. — Température à 37 degrés. L'enfant mange, parle bien, semble entrer en convalesceuce complète ; l'état pulmonaire est bon.

28. — Au trente et unième jour de la maladie, ascension brusque de la température à 40 degrés matin et soir. On en cherche en vain la cause ; il n'y a plus de diarrhée, plus de congestion pulmonaire, plus de fièvre typhoïde ; mais on trouve le pouls petit, les battements du cœur irréguliers, sans impulsion et à peine perceptibles. Pas de matité à la région précordiale.

29. — La température est retombée. Les battements du cœur semblent éloignés. Le pouls est toujours aussi petit. Le teint est redevenu jaune cireux et l'abattement recommence.

30. — Aux battements irréguliers du cœur, à la petitesse du pouls, à la faiblesse croissante de la malade, surtout à l'absence de bruits morbides coïncidant avec un tel état grave de la circulation, nous croyons pouvoir conclure à une myocardite et porter un pronostic grave.

2 novembre. — La malade baisse de plus en plus, malgré les toniques qu'ou lui donne. Elle finit par présenter quelques symptômes d'excitation cérébrale, de l'agitation, des cris incessants, des mouvements de carphologie. La température s'abaisse et la malade meurt dans l'algidité (34° 5). Le pouls était incomptable.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. Emaciatiou considérable du sujet. Pas d'œdème. Un infarctus dans la couche cellulo-graisseuse tibiale gauche. *Poumons.* — Un peu de congestion des deux côtés, à la base de ces organes, mais pas de points indurés ou de pleurésie d'aucun côté. Ganglions bronchiques normaux. Pas de tubercules. *Cœur.* — Augmenté de volume. Il présente une *péricardite* caractérisée par l'adhérence des feuillets pariétal et viscéral avec faible épanchement purulent vers la poiute. L'organe est recouvert d'abondantes fausses membranes crémeuses de formation récente et recouvraut toute la surface extérieure du cœur. On constate une *endocardite végétante* prononcée des valvules mitrale et tricuspide. Les cavités renfermeut des *thromboses fibrineuses et anciennes*. Le tissu du cœur *est jaune muscade*, a un reflet gras, est mou, dépressible et friable. Il a subi en presque totalité la dégénérescence granulo-graisseuse, ce qu'on voit à l'examen histologique. La fibre est plus friable, se dissocie en fibrilles, cassantes, réfringentes, noirâtres sur le champ du microscope. Entre les faisceaux musculaires, il y a peu de vésicules adipeuses. Et cependant, dans la préparation, de nombreuses gouttelettes graisseuses se forment sur le champ du microscope.

Reins. — Les reins sont assez gros, tous deux sont égaux en volume et présentent l'aspect du gros rein blanc, c'est-à-dire que la substance corticale lisse, blanchâtre, est augmentée de volume par rapport aux pyramides et u'adhère pas à la capsule, dont ne la séparent ni kystes ni granulations brightiques.

Intestins. — La terminaison de l'intestin grêle présente deux ou trois plaques de Peyer ulcérées, en voie de cicatrisation, dont les bords en saillie sont bourgeonnants et ont déjà rétréci l'ulcération primitive. Au fond de la petite plaie, on voit la tunique musculaire en voie de réparation. Exulcération du

[1] Observation publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* (18 novembre 1875).

cœcum. *Foie.* — Assez gros et gras. *Rate.* — Peu volumineuse. ainsi, du reste, que les gauglions mésentériques. *Cerveau.* — Suffusiou séreuse des mailles de la pie-mère. Rien dans la substancc cérébrale. *Moelle.* — Non examinée.

Séances d'octobre 1875.— PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

26. Ostéo-sarcome des os de la jambe; — Ampatation; par MARTINET, interne.

Butt., Jules, âgé de 19 ans, entre le 12 juillet 1875, à l'hôpital dc la Pitié. Ce malade avait été vu un an auparavant par M. Verneuil; la tumcur était alors à son début et se trouvait limitée à la malléole externe. Le malade ne voulut point entrer à l'hôpital, et essaya des médicaments internes, subit des massages, etc.

Aujourd'hui, la tumeur est énorme, elle a envahi les deux os de la jambe, et remonte jusqu'à la partie supérieure de cc segment du membre inférieur. M. Verneuil diagnostique un ostéo-sarcome et pratique l'amputation de la jambe à la partie supérieure; l'opération est faitc avec la bande d'Esmarck et on applique un pansement ouaté.

60 heures environ après l'opération, il survient une hémorrhagie assez considérable. Nous enlevons le pansement ouaté et nous trouvons que l'artère poplitée, sur laquelle avait été mise la ligature, a été coupée par elle.

M. Verneuil fait, séance tenante, la ligature de la fémorale à la partie moyenne. Une gangrène de tout le lambeau externe survint. L'escharre est aujourd'hui éliminée, et la plaie se cicatrise lentement.

Comme on a pu le voir sur la tumeur, dont nous avions injecté les vaisseaux, les artères étaient excessivement dilatées; la tibiale antérieure était du volume d'une poplitée; la péronière et la tibiale postérieure étaient également très-dilatées. Il est permis de se demander si cette dilatation des vaisseaux n'a pas été la cause de la chute précoce de la ligature et de l'hémorrhagie, ou bien si les parois du vaisseau n'avaient pas été envahies par le néoplasme. Cette hémorrhagie ne pent guère s'expliquer autrement, chez un sujet jeune, de vigoureuse constitution apparente.

L'auscultation du poumon faite avec le plus grand soin n'a rien révélé d'anormal. Cet organe serait-il contre l'ordinaire indemne de généralisation? Le fait est peu probable et d'autant moins que le sarcome du poumon au début, ne donne guère de signes certains de son existence.

27. Ovarite double; par BOUVERET, interne.

Marie B..., âgée de 33 ans. La mère est morte de phthisie pulmonaire. — Réglée sans accidents à l'âge de 14 ans. La menstruation a toujours été régulière. — Mariée à 26 ans; première grossesse; accouchement à terme et sans accidents. Retour des règles trois mois après. — Un an après, deuxième grossesse; accouchement à terme. La grande faiblesse de l'accouchée rend l'accouchement impossible. — Son premier enfant meurt de méningite tuberculeuse, à l'âge de deux ans. — A cette époque (commencement de 74), début probable de phthisie pulmonaire: Amaigrissement, perte des forces, sueurs nocturnes, toux quinteuse, sèche et fréquente. — Fin de 74: la malade remarque que ses règles sont beaucoup plus abondantes que de coutume, et s'accompagnent de douleurs lombaires. En septembre et novembre de la même année, symptômes de péritonite du petit bassin à la suite d'une perte très-abondante. Mêmes accidents en décembre 74. Elle entre alors à la Pitié, dans le service de M. Gallard, qui diagnostique une phlegmasie péri-utérine, phlegmon et péritonite, dont le point de départ se trouve très-probablement dans les ovaires malades. Le toucher vaginal donnait les résultats suivants: sensation de chaleur élevée, empâtement des tissus péri-utérins, surtout a la base des ligaments; pas de tumeur distincte: peu dc mobilité de l'utérus. Col gros, mou; légère érosion autour dc l'orifice. Il y avait depuis plusieurs mois un léger écoulement leucorrhéique. Un mois plus tard le toucher donnait de nouveaux résultats: dans les culs-de-sac latéraux, sur les côtés du col et en haut, on sent deux tumeurs du volume d'une amande, lisses, se déplaçant sous le doigt, très-douloureux au toucher: ce sont les ovaires enflammés. — En mars, 75, la malade très-améliorée de son affection péri-utérine, mais présentant des signes de tuberculose pulmonaire avancée réclame son *exeat* et reste quelques mois chez elle. — En juin 75, elle rentre dans le service. Les règles n'avaient pas paru depuis la dernière métrorrhagie. Toucher vaginal: on ne sent plus qu'une tumeur à gauche, celle de droite a disparu. Symptômes thoraciques très-graves; soupçon de granulie. Mort, fin de juillet 75.

AUTOPSIE. Lésions de tuberculose ancienne aux sommets des deux poumons. Eruption granuleuse dans tout le reste de ces organes.

Péritonite dont les lésions sont d'autant plus prononcées qu'on se rapproche davantage du petit bassin; fausses membranes plus ou moins infiltrées de pus; adhérences des anses intestinales. Aucune trace de tubercule dans toute la cavité abdominale. — Sur la vessie et la face antérieure de l'utérus, simple épaississement du péritoine, mais derrière les ligaments larges: fausses membranes abondantes, épaisses, organisées, collection purulente du volume d'un œuf dans la fossette rétro-ovarienne droite. Induration phlegmoneuse réelle mais peu prononcée du tissu cellulaire des ligaments larges surtout à la base; les trois ailerons sont intimement soudés.

Parenchyme de l'*utérus* sain. Sur la muqueuse du col, plaque ardoisée et saillie des follicules. — Ovaires et trompes. Côté droit. La trompe est très-déviée: elle décrit une S allongée, sur la face postérieure de l'utérus, immobilisée dans cette situation par des fausses membranes. Epaississement de toutes les tuniques; effacement presque complet de la cavité centrale, marquée seulement par un point noir sur une coupe transversale. Soudure de toutes les franges du pavillon, dont la cavité est ainsi presque complétement effacée. Ovaire entraîné en bas et en arrière sur les côtés de l'utérus à la hauteur des insertions vaginales. Il est petit, ratatiné, dur et rugueux à la surface, d'un diamètre transversal de 2 cent. 1/2, d'une épaisseur de 4 à 5 mm. Le bord libre regarde en bas et le bord adhérent en haut et en avant. A la coupe, le tissu est dur, blanchâtre, fibreux et crie sous le scalpel. — Côté gauche. — Trompe présentant les mêmes lésions d'inflammation ancienne, mais conservant la direction à peu près normale. Le pavillon est transformé en une collection purulente du volume d'une noisette et cet abcès communique avec celui dont est creusé l'ovaire. Ovaire volumineux, plus gros qu'un œuf de poule, tendu, fluctuant. Adhérences intimes de la face antérieure avec le ligament large, de la face postérieure avec le rectum de l'extrémité externe avec la trompe. A l'incision, écoulement d'une cuillerée de pus lié, blanchâtre, sans grumeaux. La coque de la collection purulente, présente une épaisseur à peu près égale de 2 à 3 m.m. On y distingue aisément deux couches, l'une interne, blanchâtre, fibreuse et dure; l'autre, externe grisâtre et moins consistante. Pas trace de petite collection purulente communiquant ou non avec l'abcès central.

RÉFLEXIONS. Cette observation présente plusieurs points intéressants. D'abord c'est un exemple aussi complet et authentique qu'on puisse le désirer d'une maladie regardée peut-être à tort comme rare: l'ovarite; — la lésion de l'ovaire a été le point de départ très-probable de la péritonite et du phlegmon péri-utérin. Cette ovarite s'est rencontrée chez une femme tuberculeuse: depuis longtemps M. Gallard insiste sur l'influence qu'exerce la tuberculose quant au développement des phlegmasies péri-utérines, en particulier de l'ovarite.—L'inflammation de l'ovaire s'est ici terminée de deux façons différentes; à droite par atrophie scléreuse: à gauche, par suppuration. Cette atrophie mérite d'être notée avec soin; Courty la croit très-rare, il n'en connaît pas d'observation authentique: il serait même porté à en nier l'existence.

28. Tumeurs pédiculées de l'épiploon; par PORAK, interne des hôpitaux.

Il y a deux ans, pendant que j'étais de garde à l'Hôtel-Dieu, on amena à l'hôpital le cadavre d'un vieillard d'une soixantaine d'années, qui venait de mourir subitement au Bureau central d'admission des hôpitaux. J'ai trouvé à l'autopsie deux tumeurs pédiculées de l'épiploon, qui attirèrent surtout mon

attention. Dans la cavité péritonéale, il y avait un liquide transparent, citrin, peu abondant. Ces tumeurs sont assez régulièrement sphériques, coiffées par le péritoine qui leur forme un revêtement extérieur que l'on peut décoller facilement, d'un diamètre de deux centimètres et à peu près égales, implantées vers la partie moyenne de l'épiploon, suspendues chacune par un pédicule constitué par cette membrane. Ce pédicule semble se dédoubler au moment où il atteint la tumeur, mais ne pénètre pas dans son intérieur.

Ces tumeurs sont blanches, constituées de deux parties; l'une centrale, de nature graisseuse, l'autre périphérique, dense, dure, élastique. — Pas la moindre trace de transformation calcaire.

M. Pitres, qui en fit l'examen microscopique m'a remis la note suivante :

« Un de ces corps étrangers, incisé par le milieu se montre formé de deux parties distinctes. L'une centrale, molle, jaunâtre, paraît à l'œil nu constituée par un petit lobule de graisse, du volume d'un pois et forme le noyau de la masse totale. Elle est enveloppée de toutes parts par un tissu ferme, élastique, difficile à couper, d'une belle couleur blanche, translucide, qui lui forme une coque épaisse et résistante. Le noyau adipeux est en contact direct avec la coque fibroïde, mais il n'y a entre eux aucune adhérence solide, et l'on peut facilement les séparer par une faible traction. Le tissu périphérique peut lui-même être séparé en lamelles concentriques superposées de façon à se recouvrir réciproquement.

Sur des coupes minces, colorées au picro-carminate d'ammoniaque et montées dans la glycérine acidifiée, on constate que le noyau central est formé, ainsi qu'on pouvait le prévoir après l'examen macroscopique, par des îlots de cellules adipeuses.

Le tissu périphérique est constitué par des lamelles hyalines, transparentes et faiblement colorées en rose par le carmin. Dans les lignes représentées par la superposition de ces lamelles amorphes, on voit de nombreux éléments cellulaires, allongés, fusiformes et fortement granuleux. Dans les différentes préparations qui ont été étudiées, il n'a pas été possible de reconnaître distinctement les noyaux de ces cellules interlamellaires, ce qui tient probablement à l'altération de la pièce par un séjour de plusieurs mois dans l'alcool dilué.

En résumé, le corps étranger qui a été examiné est constitué, au centre, par un lobule adipeux, et à la périphérie par une coque de ce tissu conjonctif lamellaire spécial qui forme la variété de fibrome, décrite par Rindfleisch, sous le nom de *fibrome cornéen*, et par MM. Cornil et Ranvier, sous celui de *fibrome à cellules aplaties et à substance fondamentale amorphe.* »

Réflexions. Il s'agit dans ce cas de tumeurs absolument analogues, avec le plus grand nombre de celles que l'on a trouvées à l'état libre dans la cavité péritonéale. Ces tumeurs sont pédiculées et l'on comprend parfaitement comment ce pédicule, en s'étirant et s'amincissant progressivement, peut, à un moment donné, se rompre et laisser la tumeur libre dans la cavité abdominale.

Il n'existe pas une seule preuve de l'hypothèse de la formation spontanée des corps étrangers péritonéaux, tandis que les exemples analogues à celui que je présente ne sont pas rares.

Les opinions sur la nature de ces tumeurs sont partagées. Je ne m'occupe pas de l'hypothèse la plus ancienne, mettant en avant l'organisation d'un caillot. Elle est absolument jugée. Les auteurs les plus recommandables, Laennec, Béclard, Cruveilhier, Lebert, etc., admettent que ces tumeurs sont constituées par du tissu cartilagineux. Plus récemment Virchow (Traité des tumeurs, T.I), les regarde comme des lipomes dont la partie périphérique a subi une sclérose cartilaginiforme, et constituée par un tissu qui ressemble à du fibro-cartilage. Soit, si l'on se borne à un examen superficiel, si l'on ne tient compte que des caractères physiques, que de leur aspect ; mais si l'on va plus loin, si l'on en fait un examen microscopique attentif, l'on ne trouve jamais les cellules caractéristiques du cartilage. Dans les nombreuses observations rapportées par M. Vercoutre (Th. de Paris, 1873), nous n'avons pas vu signaler une seule fois ce détail. Cela nous suffit pour rejeter absolument cette opinion.

M. Robin (Société anatomique, présentation de M. Lecomte), MM. Goubaux et Robin, et d'autres auteurs ont contesté la nature fibreuse de la partie périphérique de la coque de ces tumeurs. Ils demandent s'il n'y aurait pas un aspect particulier aréolaire de la matière fondamentale, qui pourrait prêter à confusion ; si des granulations disposées régulièrement ne pourraient faire considérer les tractus d'une matière unissante transparente comme des fibres. Enfin, jamais ils n'ont vu les noyaux caractéristiques de ces fibres. Ils ne les nient pas absolument, ils avancent seulement que la substance fondamentale est abondante, que les fibres sont rares (Th. de Vercoutre).

M. Vercoutre, exagérant, généralisant, une idée émise par Shaw, et s'appuyant : 1° sur le résultat des observations précédentes ; 2° sur l'aspect feuilleté de la coque de ces tumeurs, admet la théorie suivante : il croit que ces corps résultent toujours d'une accumulation de fibrine autour de lipômes pédiculés de l'épiploon, et voilà par quel mécanisme. Ces tumeurs deviennent par l'irritation du péritoine, l'origine d'une transsudation séreuse. La fibrine qui y est contenue serait coagulée et formerait des couches concentriques autour du lobule de graisse.

Je ne puis pas admettre cette interprétation, au moins dans le cas que je présente aujourd'hui et en voilà les raisons : 1° La tumeur est recouverte par l'épiploon, donc la fibrine ne peut se déposer au-dessous d'elle ;

2° La tumeur est ronde et non ovale, la partie graisseuse est centrale sous forme de noyau, le pédicule ne se continue pas avec elle sous forme de prolongement; jamais on n'a observé une pareille disposition.

En résumé donc, dans notre cas, et dans la grande généralité des tumeurs pédiculées de l'épiploon et des corps étrangers du péritoine, ces productions sont des fibrômes emprisonnant un noyau de tissu épiploïque, faisant d'abord saillie, se pédiculisant ensuite, puis enfin s'isolant complétement.

29. Bronchite pseudo-membraneuse chronique. Tuberculose pulmonaire ; par G. Homolle.

Le 9 septembre 1872 entre à Lariboisière (dans le service de M. J. Guyot) une femme de 41 ans, pâle, maigre, paraissant beaucoup plus que son âge, et, en apparence fatiguée par une affection chronique. La respiration haletante et profonde de la malade attire l'attention sur l'appareil respiratoire et fait naître l'idée de la tuberculose pulmonaire.

Les antécédents héréditaires et personnels de la malade n'apprennent rien à ce sujet : elle a perdu père et mère, mais il ne semble pas que ni l'un ni l'autre ait succombé à la phthisie; elle-même a eu dans son enfance des adénites strumeuses du cou, et elle porte sur la région sterno-mastoïdienne du côté droit les cicatrices couturées qui en sont le vestige. Depuis, sa santé ne subit d'autre atteinte qu'une fièvre typhoïde (à 22 ans). La malade menait, depuis des années, dans la banlieue de Paris (près d'Aubervilliers) une existence passable; logée dans une chambre salubre, assez bien nourrie, elle travaillait à la couture d'une façon assidue, mais sans jamais veiller fort tard. Elle avait passé sans accidents le temps du siége et l'année dernière ; lorsqu'au mois de janvier 1872, sans cause appréciable, elle se mit à tousser. La toux d'abord sèche, ne s'accompagnait pas de suffocation, était à peine pénible; la respiration était libre. En février, l'expectoration se produit et la malade remarque dès lors dans les crachats la présence de petits filaments, qui peu à peu vont augmentant de volume. Presque chaque jour, après des efforts qui devenaient de plus en plus pénibles, la malade rejetait un tube ramifié semblable à celui que nous trouvions dans son crachoir deux jours après son entrée.

Depuis le début de cette affection, l'amaigrissement a fait de rapides progrès, les forces ont diminué progressivement, l'appétit a fini par disparaître presque complétement; à aucune époque, il ne s'est produit de diarrhée ni de vomissement. L'amaigrissement, la dyspnée qui s'accompagne parfois de véritables accès de suffocation au moment de l'expulsion de tubes

pseudo-membraneux, ont beaucoup augmenté depuis 2 mois ; et depuis un mois, la malade est obligée de demeurer au lit. Il ne s'est jamais produit d'hémoptysie. Les signes fournis par l'examen de la poitrine sont presque nuls et ne répondent pas à ce que faisait prévoir l'aspect général de la malade. La sonorité du thorax ne diffère pas en avant à droite et à gauche; en arrière, elle est normale à gauche, modifiée à droite où le son a une tonalité tympanique spéciale (son skodique). A ce niveau, la respiration s'entend à peine, tandis qu'elle est plutôt forte à droite; à la base droite existe, dans l'inspiration seulement, un froissement sec et rude. Au sommet gauche, en avant et en arrière, on entend quelques craquements fins et secs. On en entend quelques-uns aussi au sommet droit. Le pouls, modérément accéléré, est un peu petit ; le cœur ne présente aucun bruit anormal; la bouche et la gorge sont normales. Le foie n'est pas volumineux. La dyspnée est constante, mais semble augmenter vers le soir; la malade est assise sur son lit, le corps penché en avant en proie à une véritable orthopnée avec des respirations très-fréquentes et une toux quinteuse très fatigante.

11 septembre. — C'est à la suite d'un de ces accès que la malade rejette un long cylindre membraneux qui se pelotonne dans le crachoir au milieu de rares crachats opaques. Agitée dans l'eau, cette petite masse se développe en un tube blanc opaque, se subdivise plusieurs fois en branches dichotomiques qui représentent d'une façon non douteuse le moule d'une bronche avec ses rameaux successifs. Les cylindres ainsi constitués ne sont pas pleins; au centre même des branches très-étroites on reconnait la présence de bulles d'air enfermées par un réseau pseudo-membraneux qui cloisonne la cavité. Le cylindre est assez consistant pour résister à quelques tractions ; quelques-unes des extrémités plus petites présentent de légers renflements qui semblent le moule d'alvéoles distendus ; quelques branches se terminent par des filaments beaucoup moins cohérents, muqueux en apparence; le gros cylindre se continue par son extrémité libre avec une substance également molle et muqueuse d'aspect.

Examinée au microscope, la substance qui constitue ces tubes se montre formée de fibrine fibrillaire et réticulée ; la direction générale des fibrilles est celle du grand axe du tube; mais çà et là des fibrilles obliques relient les premières et forment un réseau dans les mailles duquel se montrent des leucocytes. Ceux-ci prédominent dans les parties plus molles. La fibrine est. en quelques endroits, granuleuse et des traînées de granulations fines remplacent les fibrilles du réseau. Il m'a été impossible par la dissociation à l'état frais, dans l'eau ou la solution de carmin, de reconnaître la présence de cellules en dégénérescence diphthérique que les procédés démontrent dans les fausses membranes de l'angine couenneuse.

Les jours qui suivent, la malade rejette encore de nouveaux moules membraneux, blancs et consistants comme le premier, présentant sur quelques points des stries sanglantes pâles ; l'un d'eux mesure 11 cent. de longueur.

Traitement : Baume de Copahu en capsules, 5 grammes.

Dans la nuit du 16 au 17, la dyspnée est devenue excessive ; la malade assise sur son lit, plus pâle que jamais, couverte de sueur, sans voix, dilate amplement son thorax sans y faire pénétrer la quantité d'air nécessaire à l'hématose. L'absence de bruit respiratoire est toujours le phénomène prédominant à l'auscultation ; il existe de plus au sommet droit des craquements secs ; ces craquements plus fins ressemblent à du râle crépitant au sommet gauche en avant et en arrière; à la base du même côté la respiration est remarquablement rude et sèche, c'est une sorte de froissement très-dur. Cet état grave s'améliore un peu dans la journée.

Le lendemain la malade est mieux ; elle est moins abattue, bien que la respiration soit encore pénible. On entend une sibilance faible à chaque inspiration du côté droit dans toute la hauteur. La respiration est à peu près nulle à gauche. Il n'y a pas eu d'expectoration caractéristique.

19. L'orthopnée est la même (32 respir.), la poitrine se soulève amplement, les ailes du nez se dilatent largement; et l'air ne pénètre pas, pour produire le bruit respiratoire. La malade a de nouveau expulsé un tube ramifié.

20. Beaucoup de diarrhée.

21. Mêmes phénomènes d'auscultation ; même dyspnée (47 resp.). Comme les jours précédents, le pouls est accéléré sans chaleur fébrile. L'urine n'est pas albumineuse.

22. La suffocation fait des progrès jusqu'à la mort (à 1 heure).

Autopsie. Il n'existe de lésion notable que dans l'appareil respiratoire.

La *bouche*, le *pharynx*, l'*épiglotte*, le *larynx* sont sains, et ne présentent en particulier aucun dépôt membraneux.

Poumons. Aux deux sommets existent des plaques rétractées et indurées, de la largeur d'une pièce de deux francs. Çà et là la plèvre est soulevée par des nodosités dures qui correspondent à de petits tubercules crus de la grosseur de très petits pois.

L'examen du larynx, de la trachée, et des premières divisions bronchiques ne révèle aucune lésion. Il en est de même par tout l'arbre aérien dans le poumon gauche; on ne trouve à l'intérieur des bronches dont la muqueuse est modérément hypérémiée que du mucus transparent composé des cellules cylindriques dont un grand nombre ont encore leurs cils vibratils. A droite, au point où la bronche principale se bifurque dans le lobe inférieur, on voit succéder au mucus une substance plus opaque et plus cohérente, comparable à la diphthérite coulante qu'on rencontre dans certains cas de croup laryngo-bronchique. Presque immédiatement après, la bronche est remplie par une fausse membrane opaque plus molle que les moules expectorés pendant la vie, assez peu consistante pour se rompre à peu de distance sous l'influence d'une traction. Cette fausse membrane peut être suivie dans les subdivisions bronchiques aussi loin que celles-ci peuvent être ouvertes avec les ciseaux.

Examinée au microscope, cette fausse membrane présente absolument les mêmes caractères que celles qui ont été rendues antérieurement.

Les coupes pratiquées à travers le poumon font voir, au milieu d'un parenchyme sain ou un peu hypérémié par endroits, deux sortes de lésions, des tubercules crus et des granulations. Les premiers existent surtout aux deux sommets; quelques-uns se retrouvent sous la plèvre, à la partie supérieure du lobe inférieur droit. Les granulations sont tout-à-fait confluentes sur quelques points: autour du hile du poumon gauche et dans la plus grande partie du lobe supérieur droit. Dans le lobe inférieur gauche, elles affectent la disposition en grappe. Partout ailleurs, elles sont disséminées au milieu du parenchyme.

30. Lésions osseuses dans l'ataxie locomotrice progressive; par M. Charcot.

J'ai tenu à mettre sous vos yeux ces différents os qui présentent au plus haut degré les caractères anatomiques si particuliers de l'arthropathie des ataxiques; ce sont des exemples types des lésions de ce genre. Il s'agit ici surtout d'une usure des extrémités osseuses qui disparaissent le plus souvent sans déterminer de réaction. Il se produit, à la suite de phénomènes cliniques que j'ai décrits, des luxations exagérées, si je puis ainsi dire ; l'os déplacé continue à s'éroder par suite de son contact avec l'os voisin qui se couvre quelquefois dans ces points de végétations osseuses, comme on le voit sur ces os iliaques. Ces lésions ne se confondent pas avec celles de l'arthrite sèche principalement caractérisée par la formation de stalactites osseuses au niveau des extrémités articulaires. Dans l'arthropathie des ataxiques, les os sont souvent altérés sur plusieurs points de leur étendue ; aussi peut-il survenir des fractures spontanées, ainsi que je l'ai déjà communiqué à la Société.

On m'a objecté que ces altérations osseuses étaient le résultat d'anciennes fractures articulaires non consolidées. L'histoire clinique des malades proteste contre une pareille interprétation. J'ai apporté ici, comme termes de comparaison, des pièces qui m'ont été remises par M. Jean et M. Baraduc, internes à la Salpêtrière; il s'agit de fractures du col du fémur remontant dans un cas à 10 ans, et dans l'autre à 70. L'aspect est tout autre. On ne voit point d'usure soit sur le fragment détaché, soit sur le tronçon fémoral.

Le traumatisme ne joue qu'un rôle tout-à-fait accessoire

dans la production de ces lésions osseuses chez les ataxiques; c'est à l'occasion d'un mouvement normal, comme pour s'asseoir, saisir un objet, etc., que ces luxations et ces fractures se produisent; aussi peuvent-elles être désignées, à proprement parler, sous le nom de *spontanées*. L'arthropathie débute quelquefois par un œdème occupant la totalité du membre et un épanchement articulaire qui disparaissent peu à peu; les malades peuvent encore se servir de leurs membres, malgré les déplacements des os; les mouvements spontanés ou provoqués ne déterminent pas de douleur.

Les faits d'arthropathie chez les ataxiques ne sont pas excessivement rares; j'en ai rencontré peut-être une cinquantaine d'exemples.

Les pièces que je vous présente aujourd'hui proviennent: 1° d'une femme morte à l'âge de 36 ans. L'affection remonte à 1870, époque à laquelle elle a eu des accès de douleurs fulgurantes; l'incoordination motrice s'est montrée en 1871; à la fin de cette même année, il est survenu une luxation de la hanche droite, puis trois semaines après une luxation de la hanche gauche. La malade est restée pendant seize mois dans un appareil Bonnet, immobilisation que je considère, pour le dire en passant, comme intempestive.

2° D'une femme, âgée de 55 ans, chez laquelle il se produisit, six ans après l'apparition de douleurs fulgurantes, une luxation de l'épaule gauche. Les lésions sont moins avancées sur cet humérus que sur les fémurs de la première malade; l'usure de la tête n'est que partielle.

3° D'une malade dont l'histoire a été communiquée à la Société par M. J. Voisin (*Bulletin*, 1874, p. 814.) (1).

M. Hayem. J'ai observé un ataxique chez lequel il existait une arthropathie du genou droit très-caractéristique, et qui avait eu trois fractures spontanées de la jambe du même côté. Ce malade présentait en outre au pied gauche des lésions que j'ai hésité à mettre sur le compte de l'ataxie; la peau était tuméfiée et indurée, les orteils déformés et déjetés en différents sens; des trajets fistuleux s'étaient produits au niveau des jointures par où de petits sequestres osseux étaient de temps en temps éliminés. La température de la peau était plus élevée que du côté opposé. Il s'agissait, en un mot, d'une arthrite des articulations des orteils avec ostéite chronique. Je me demande encore s'il faut considérer ces lésions comme des lésions trophiques.

M. Charcot. Il est certain que l'arthropathie des ataxiques ne s'accompagne pas habituellement de réaction locale ni de fièvre. Dans quelques cas cependant ces phénomènes peuvent exister; je citerai le malade dont M. Liouville a rapporté l'observation et que j'ai vu moi-même; chez cet ataxique, l'épaule était le siége d'une arthrite aiguë, avec gonflement, douleur, rougeur et chaleur de la peau, et fièvre; il existait en outre une éruption de zona sur cette même région. Je citerai encore le fait d'arthropathie avec suppuration très-abondante de la hanche, que M. Bourceret a communiqué dernièrement à la Société. Ces cas sont tout-à-fait exceptionnels et peuvent être considérés comme des anomalies cliniques. D'ailleurs, dans ce cas, les lésions osseuses conservent toujours, derrière ces complications, leurs caractères particuliers.

M. Houel. L'arthropathie des ataxiques diffère absolument de l'arthrite sèche, qui est une maladie *sui generis*, et elle mérite une place à part dans la nosologie; il serait même bon, pour éviter toute confusion, de la désigner par un nom spécial.

32. Muqueuse utérine expulsée sans métrorrhagie dans une grossesse extra-utérine probable; par Hutinel, interne des hôpitaux (2).

Souq... Victorine, 25 ans, couturière, entra à la Maison de Santé, service de M. Féréol, le 26 juillet 1875. Cette femme a eu deux enfants, l'un à 20 ans, l'autre à 23 ans. Après sa dernière couche, elle a été retenue au lit par une pelvi-péritonite assez sérieuse. Il y a deux mois, elle était forte et bien portante quand ses règles se supprimèrent. Sans nier la possibilité d'une grossesse, elle attribue cette suppression à une contrariété. Un mois et demi après, elle éprouvait quelques malaises, ses jambes lui semblaient lourdes: « elle se sentait gonfler », elle digérait difficilement, mais ne vomissait pas. Six jours avant son entrée à la Maison de Santé, elle fut prise brusquement, et sans cause appréciable, de douleurs vives au bas-ventre. Un repos de deux jours au lit et une potion calmante, arrêtèrent d'abord les accidents. Le surlendemain, elle voulut se remettre à l'ouvrage, mais la douleur reparut plus forte que la première fois et envahit rapidement tout l'abdomen. L'avant-veille de son entrée, le 26 juillet, les souffrances étaient encore plus vives, il y eut dans la journée plusieurs syncopes, des vomissements bilieux, verdâtres, et le ventre, très-sensible à la pression, se ballonna. La face, rose et fraiche auparavant, était devenue rapidement pâle et comme exsangue; et cependant, il n'y avait eu aucune perte de sang ni par le vagin, ni par le rectum, ni par la bouche. Le lendemain, la malade perdit par le nez environ une cuillerée de sang. Un médecin appelé dès le début, constata l'existence d'une péritonite aiguë généralisée, et donna les premiers soins.

Le 26 juillet, le teint jaune cireux, les lèvres exsangues, les gencives et les conjonctives décolorées indiquaient chez la malade une anémie profonde. Le ventre très-ballonné et développé, surtout sur les côtés, était extrêmement sensible et ne permettait pas le contact de la main. Il y avait encore quelques vomissements verdâtres. Constipation, pouls petit, fréquent, 120. Temp. élevée, 40°.

Au toucher vaginal, on constatait un peu d'empâtement et de douleur dans le cul de sac postérieur et surtout dans le cul de sac latéral droit; l'utérus était immobile; le col entr'ouvert et un peu ramolli laissait pénétrer la pulpe du doigt. Pas d'hémorrhagie. Le soir, les symptômes généraux et locaux étaient les mêmes, mais les vomissements avaient disparu.

28 *juillet*. — Le surlendemain, la malade étant un peu mieux, on trouva dans le vagin une membrane triangulaire, épaisse d'un demi centimètre, villeuse sur une de ses faces, présentant sur l'autre face, un peu mamelonnée mais lisse, des pertuis que l'on reconnaît être les orifices glandulaires d'un lambeau de muqueuse utérine, opinion que justifie l'examen au microscope. Les jours suivants la douleur et le ballonnement du ventre diminuent peu à peu, la fièvre baisse et la malade semble marcher vers la guérison.

Réflexions. — Dans cette observation, nous trouvons une péritonite très-étendue survenant brusquement chez une femme probablement enceinte; et cette péritonite est précédée par des signes très nets d'hémorrhagie interne. Bien que d'anciennes adhérences aient empêché la manifestation de la tumeur sanguine en arrière de l'utérus, l'existence d'un épanchement de sang dans le péritoine ne semble pas douteuse. Ces accidents ont été rapportés dès le début par M. Féréol à une grossesse extra-utérine probable. L'expulsion de cette muqueuse épaisse, véritable caduque dont la chute n'a été accompagnée d'aucune hémorrhagie ne peut-elle pas être regardée dans ce cas comme une confirmation du diagnostic? Bien que Velpeau ait nié la chute de la muqueuse de l'utérus dans la grossesse extra-utérine; cette chute n'a-t-elle pas été constatée quelquefois depuis, et ne peut-on pas, quand elle a lieu, lui attribuer une certaine importance pour le diagnostic?

M. Chantreuil. — L'expulsion d'une caduque peut être considérée comme un signe de grossesse extra-utérine. J'ai vu plusieurs faits de ce genre.

M. Longuet. — J'ai observé, dans le service de M. Gallard, en 1874, un grand nombre de métrorrhagies simples qui s'accompagnaient 60 fois sur 100 environ de l'expulsion de débris de muqueuse utérine. Dans sept cas de grossesse extra-utérine que nous avons vus, il n'y a pas eu d'expulsion de caduque.

33. Anévrysmes de l'iliaque primitive et de l'hypogastrique gauche. — Athérome de la veine fémorale du même côté; par A. Doleris, interne provisoire.

Jean Bogg..., âgé de 89 ans, entra, le 27 juin, à l'infirmerie de Bicêtre p[illegible]ur une chute sur la hanche gauche, qui avait

(1) Ces pièces sont déposées au Musée Dupuytren. (Voir aussi la thèse d'agrégation de Blum, 1875).

(2) Observation communiquée par M. Féréol à la *Société [illegible] des hôpitaux*.

mis le membre dans une impuissance complète. Le membre était placé dans la rotation en dehors ; on provoquait une douleur profonde quand on essayait de repousser la tête fémorale en dedans par une forte pression sur le grand trochanter. Ecchymose au niveau de la contusion. Quatre jours après son entrée, subitement, la jambe, puis la cuisse devinrent douloureuses, gonflées et tendues. La peau prit une coloration bleuâtre. La pression exercée sur le trajet de la veine fémorale ne provoquait aucune douleur ; la tension énorme des tissus empêchait d'apprécier l'état du vaisseau.

Le malade mourut dix-huit jours après son entrée, dans la cachexie.

Autopsie. Les muscles et le tissu cellulaire du bassin sont infiltrés de sang ; l'infiltration remonte jusqu'au détroit supérieur, à gauche ; à droite, elle se limite plus bas. Il existe des dilatations anévrysmales sur les artères iliaque primitive et iliaque interne gauche. Ces dilatations sont formées par la tunique externe seule ; la cavité est remplie de bouillie athéromateuse, sauf sur l'iliaque interne où nous trouvons un caillot organisé, blanc jaunâtre, de consistance gélatineuse et obturant complétement la lumière du vaisseau. L'aorte abdominale est dilatée, par places ; un kyste athéromateux de gros volume fait saillie sur la paroi interne, au niveau de sa bifurcation. L'aorte thoracique est saine. Le cœur est sain.

Les veines sont accolées aux artères, et considérablement épaissies ; la circulation y est complétement interrompue : un caillot continu, noir, adhérant solidement à la paroi interne, occupe tout le système veineux du membre inférieur et remonte jusqu'à la bifurcation de la veine cave où il se termine. En décollant le caillot dans la veine fémorale, on voit sur la paroi des plaques athéromateuses manifestes. Sur la face interne d'une valvule apparaît une sorte de grappe, saillante, dure, de coloration jaunâtre et de nature calcaire. Nous les retrouvons disposées de semblable façon en d'autres points ; tantôt disséminées en îlots, elles simulent une agglomération de grains de millet ; tantôt ces grains sont isolés et tranchent par leur coloration sur celle de la paroi ; tantôt ils reposent sur une plaque jaunâtre confondue avec la paroi même. Ces altérations se rencontrent dans toute la hauteur de la veine fémorale ; il est facile par une dissection attentive, en ayant soin de séparer l'une de l'autre la veine et l'artère, de s'assurer que les lésions athéromateuses ne procèdent point de l'artère qui, à ce niveau, est peu altérée.

Nous arrivons donc à cette interprétation de l'arrêt circulatoire du membre inférieur gauche : 1° Compression des gros troncs veineux ; 2° Végétations athéromateuses de la veine fémorale.

Quant à l'infiltration sanguine, elle ne pourrait avoir d'autre explication qu'une rupture vasculaire, produite par ulcération de la poche anévrysmale de l'hypogastrique. Nous avons, en effet, trouvé cette paroi amincie, et en un point fort limité une éraillure obturée par un bouchon calcaire. Là était probablement le point de départ de l'hémorrhagie ; de là, l'infiltration des tissus du bassin ; de là, peut-être aussi, la chute et l'impuissance du membre ?

On ne trouva point de lésions en rapport avec la contusion de la hanche.

34 Ostéite condensante du maxillaire supérieur (1) ; par L. Maunoir.

D. 62 ans, journalière, est entrée le 25 juin 1875 à l'hôpital Cochin, salle Saint-Philippe n° 4, (service de M. Bucquoy), dans un état d'asystolie avancé. Elle a succombé au bout de quatre jours et n'a pu donner que des renseignements fort incomplets sur l'affection du maxillaire supérieur qui la défigurait complétement. Le début de cette affection remonterait à une trentaine d'années. Il y aurait eu, à cette époque, une ostéo-périostite d'origine dentaire qui aurait passé à l'état chronique. La malade n'a jamais travaillé le phosphore, et a constamment exercé le métier de couturière. On ne peut retrouver dans les antécédents l'affection syphilitique ou scrofuleuse dont il ne reste d'ailleurs aucune trace actuelle. Tout ce qu'on peut savoir c'est qu'elle a toujours eu une mauvaise dentition et qu'à une époque indéterminée elle a été eu traitement à l'hôpital Beaujon où elle a refusé de subir une opération qui lui était proposée.

Actuellement elle présente une saillie considérable uniforme du corps du maxillaire supérieur. La lèvre supérieure est trop courte pour recouvrir l'arcade gengivale qui est régulièrement proéminente, lisse, enflammée chroniquement. On trouve en outre un séquestre mobile, volumineux, répondant aux alvéoles des dernières molaires supérieures du côté gauche. — Du pus est continuellement versé dans la cavité buccale. De plus, toute la moitié gauche de la joue, surtout au niveau de la branche montante du maxillaire, présente un gonflement indolore sans œdème ni rougeur de la peau, produisant une asymétrie faciale qui, jointe à la déformation du rebord alvéolaire, donne à cette malade d'ailleurs cyanosée et asphyxiante une physionomie repoussante.

A l'Autopsie, en enlevant l'os malade, on constate qu'il s'agit d'une ostéite condensante de tout le maxillaire supérieur avec oblitération presque complète des sinus, par du tissu osseux compacte. — Le séquestre qui se détache facilement est situé au niveau de la base des alvéoles des grosses et petites molaires supérieures gauches. — Il est du volume de la première phalange du pouce, irrégulier et de couleur noire. Cette nécrose enlevée, le reste de l'os ne paraît plus devoir être le siége d'aucun travail morbide. Il n'existe plus qu'une hyperostose simple généralisée du maxillaire supérieur.

Au point où existait le séquestre, on trouve une dépression profonde au fond de laquelle un orifice circulaire large de 2 ou 3 millimètres fait communiquer la fosse nasale gauche avec la partie la plus reculée du cul-de-sac gengivo-labial du même côté. — A la partie postérieure de la voûte palatine osseuse, et immédiatement accolée au devant de l'apophyse ptérygoïde gauche se voit une exostose cylindroïde verticale longue, de 2 à 3 centimètres, large de 1 centimètre, et qui dépasse en bas de près d'un centimètre, l'extrémité inférieure des ailes ptérygoïdes. — Toute la voûte palatine, très-hypertrophiée, mesure de 1 à 2 centimètres d'épaisseur. Il en est de même du rebord alvéolaire.

35. Cancer de l'œsophage ; par M. Vérette, externe des hôpitaux

Homme de 70 ans. entré le 15 juin 1875, à la Charité dans le service de M. Woillez, mort le 5 juillet. Cet homme présentait tous les signes rationnels d'un cancer de l'œsophage. Le rétrécissement produit par cette lésion. permettait difficilement le passage d'une olive de 8 à 10 millimètres de diamètre. On éprouvait en pratiquant le cathétérisme deux résistances : la première au niveau du larynx, la seconde deux ou trois centimètres plus bas. — Dans les derniers temps de son séjour à l'hôpital, le malade toussait beaucoup ; il mourut presque subitement dans un accès de dyspnée.

A l'autopsie, nous avons trouvé une ulcération cancroïdale circulaire, de 10 centimètres de diamètre, siégeant vers la partie moyenne de l'œsophage, dans le point où ce canal est coupé par la bronche gauche. Cette dernière est envahie par la production morbide qui forme une végétation dans son intérieur. — Les ganglions bronchiques n'étaient pas altérés.

36. Fracture du calcanéum ; par Ceppi, externe des hôpitaux.

Le mercredi 28 juillet, vers 11 heures du soir, une femme de 55 ans, présentant quelques signes d'aliénation mentale qui nécessitaient une surveillance rigoureuse, se voyant enfermée dans sa chambre et voulant à tout prix recouvrer sa liberté, noua à la fenêtre de l'appartement, un drap à l'aide duquel elle comptait se laisser glisser jusqu'à terre. Malgré ses précautions, cette femme fit une chute malheureuse (elle habitait le premier étage) : elle fut transportée immédiatement à l'hôpital Necker et reçue dans le service de M. Désormeaux, salle Sainte-Marie, lit n° 8.

A la visite du lendemain, on constatait, outre une plaie contuse insignifiante du genou gauche, une fracture de la portion moyenne du fémur droit et une fracture du calcanéum du même côté. Cette dernière lésion seule fera le sujet de cette observation.

(1) Pièce déposée au Musée Dupuytren.

Une plaie, occupant le côté interne de la région tarsienne, s'étendait obliquement de l'insertion du tibial antérieur jusqu'en arrière de la malléole interne. Les bords de la solution de continuité laissaient entre eux un intervalle de 3 centimètres environ, dans lequel on apercevait le calcanéum fragmenté en une multitude de petites esquilles dont quelques-unes furent extraites sans difficulté. Le doigt porté dans la plaie arrivait sur une surface articulaire que l'on aurait pu, à un examen superficiel, considérer comme la surface articulaire du tibia, mais qui n'était autre que la facette postérieure de l'astragale. L'artère tibiale postérieure elle-même n'était pas intéressée, mais une de ses branches, qui donnait à l'arrivée de la malade, avait dû être liée, séance tenante, par l'interne de garde. L'articulation calcanéo-cuboïdienne, était ouverte à sa partie supérieure, mais la tibio-tarsienne était intacte. Il y avait une tuméfaction modérée des parties molles, et l'on pouvait enfin noter d'une manière fort nette les symptômes classiques, élargissement et affaissement de la voûte du pied.

Quant à la fracture elle-même, elle est des plus compliquées. Ce qui frappe tout d'abord, c'est que les plus graves désordres portent sur la portion antéro-interne de l'os, laquelle est pour ainsi dire réduite en bouillie et absolument méconnaissable, tandis que les portions externe et postéro-inférieure ont relativement subi peu de dommages. C'est assurément aux larges surfaces d'insertion qu'elle fournit, d'un côté au tendon d'Achille, de l'autre, aux muscles court fléchisseur commun des orteils, abducteur du gros orteil et court abducteur du petit orteil, que la masse osseuse du talon doit d'avoir mieux résisté. Cependant, une portion de la moitié antérieure du calcanéum est restée en place : c'est la petite apophyse ainsi qu'une partie de la facette externe. On voit là, de la manière la plus évidente, l'influence du ligament interosseux astragalo-calcanéen, dont les fibres puissantes ont maintenu les surfaces articulaires solidement appliquées l'une contre l'autre. Il est bien possible aussi que le tendon du long fléchisseur commun, mais surtout du long fléchisseur propre du gros orteil ait contribué à fixer l'apophyse en question. Car, la séparation de celle-ci d'avec le reste de l'os s'est faite à cinq millimètres seulement au-dessous de la gouttière du dernier de ces muscles. — On aperçoit encore, dans cette portion antérieure, une lame mince, longue de 3 centimètres large de $1\frac{1}{2}$, très-mobile, retenue seulement par quelques fibres musculaires. La détermination du siége précis de ce fragment dans l'os intact me paraît difficile. Il est pourtant probable qu'il appartenait à la face inférieure.

Pour revenir à la région postérieure, on voit, dans l'espace limité par le bord interne du tendon d'Achille et l'insertion du court fléchisseur commun des orteils, un fragment important, régulièrement quadrilatère, haut et large de 2 centimètres et tenant au reste de l'os par son angle postérieur inférieur qui répond au côté interne des insertions du tendon d'Achille. L'épaisseur moyenne de ce fragment peut être évaluée à 7-8 millimètres. — Du côté opposé, immédiatement en arrière de la gaîne du long péronier latéral, une brisure verticale de 1 centimètre $\frac{1}{2}$ de hauteur, tend à déterminer la formation d'un parallèlipipède semblable et symétrique à celui que je viens de signaler à la face interne, mais la limite de la fracture n'est fixée qu'en avant et un peu en bas. Il marque ici les deux solutions de continuité horizontales qui ont formé du côté interne du pied un quadrilatère parfait.— On remarque, sur cette même face externe, une portion considérable qui était articulée avec le cuboïde et qui s'est brisée immédiatement au-dessus des tendons des péroniers latéraux: cette portion est retenue en place par les insertions de ce que j'appellerai le *pédieux interne* : car, chez la femme dont il s'agit ici, le muscle pédieux se divisait, dès son origine calcanéenne, en deux muscles bien distincts qui fournissaient chacun deux faisceaux terminaux, dont la réunion constituait les quatre tendons antérieurs du pédieux normal.— Un très-petit fragment de la portion cuboïdienne du calcanéum, retenu par des fibres du ligament annulaire, m'a paru arraché par une contraction du *pédieux externe*.

Une particularité également digne d'être signalée est la suivante : une lame verticale appartenant à la fois à la portion supérieure de la face postérieure du calcanéum et à la moitié postérieure de la face supérieure, détachée en forme de faulx sur la ligne médiane, s'est trouvée comme précipitée en avant et en bas, au centre de la masse spongieuse de l'os qu'elle élargissait à la manière d'un coin. Cette lame falciforme était divisée elle-même par une fracture verticale en deux portions, l'une antérieure, l'autre postérieure.

Malgaigne dit que la fracture concomitante des malléoles est fort rare et que celle de l'astragale n'a jamais été observée. Dans notre cas, une petite lamelle ovalaire, longue de un centimètre, large de cinq millimètres et d'une minceur extrême, détachée à deux centimètres du sommet de l'extrémité inférieure du péroné, tenait aux gaînes des péroniers latéraux.— l'astragale était légèrement endommagé sur le pourtour de sa facette postérieure, en arrière de la gouttière du long fléchisseur propre du gros orteil. Vis-à-vis de ce point, du côté externe et toujours sur la périphérie de la même facette, existait une autre éraillure. Mais ce sont là des pertes de substance tout-à-fait insignifiantes qui ne sauraient mériter le nom de fractures et qui n'infirment évidemment en rien la règle posée par le maître.

En résumé, concentration de la lésion sur le calcanéum, — destruction profonde et presque complète de la portion antéro-interne, — désordres relativement peu importants dans les portions postéro-inférieure et externe,— influence évidente du ligament interosseux, — rôle des tendons qui, très-vraisemblablement, ont empêché, ceux des muscles plantaires superficiels et tendon d'Achille, l'écrasement du talon ; celui du long fléchisseur propre du gros orteil joint au ligament interosseux, l'ablation de la petite apophyse ; ceux des péroniers latéraux, le chevauchement des fragments à la région externe ; — intégrité de l'articulation tibio-tarsienne, — tels sont les faits saillants qui me semblent ressortir de cette observation.

Une lacune regrettable existe malheureusement à l'endroit des commémoratifs. Il eût été intéressant de savoir exactement de quelle manière est tombée cette femme. On peut se demander, par exemple, si la présence d'un obstacle étroit et résistant à la fois n'a pas été pour beaucoup dans ce broiement de la région antérieure, si le choc n'a peut-être pas porté exclusivement sur cette portion de l'os. Il y aurait là matière à discussion et l'anamnèse est absolument muette à cet égard.

M. Houel. — Je ferai remarquer que l'amputation que l'on ne pratique pas d'habitude dans les cas de fracture du calcanéum par écrasement a été motivée, dans le cas particulier, par la présence de la plaie qui communiquait avec la fracture.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 février 1876. — Présidence de M. Houel.

M. Nicaise lit un rapport sur une observation de M. Th. Auger ayant pour titre : *Paralysie du rameau cutané du nerf circonflexe à la suite de luxation de l'épaule.*

M. Beaudon fait une communication sur l'*opportunité de la résection dans les cas de coxalgie osseuse.* Cette opération est pratiquée trop rarement en France et surtout trop tard; les résultats seraient bien plus favorables si l'on opérait plus tôt. Le moment convenable pour la résection est quand le chirurgien a bien constaté la lésion osseuse. Le mauvais état général et même la phthisie du malade ne doivent pas l'arrêter; au contraire, il doit se hâter de le soustraire à une cause de débilitation aussi puissante. Cette affection ne guérit jamais seule, et si on laisse marcher la maladie on sera réduit à tenter la désarticulation de la cuisse, opération très-dangereuse et qui prive le malade d'un membre. La résection des os malades, offre beaucoup plus de chances de succès; le membre est conservé avec une pseudarthrose ce qui permet la marche. M. Beaudon a opéré l'année dernière trois jeunes malades atteints de coxalgie osseuse; il a obtenu trois excellents résultats.

M. Nicaise, lit la première partie de l'observation d'une femme atteinte de calculs vésicaux. A la suite d'un accouchement laborieux, une fistule vésico-vaginale s'était produite des cautérisations successives amenèrent l'obstruction com-

plète du vagin vers le milieu : les règles s'écoulaient par l'urèthre, et les rapports sexuels étaient possibles. Deux ans après la malade éprouva des difficultés dans la miction; après dilatation de l'urèthre, M. Nicaise introduit son petit doigt dans la vessie et trouve à la partie inférieure, sur la paroi du vagin en communication avec la vessie, une concrétion calcaire qu'il détache sur les bords. Le bris du calcul tout entier fut laborieux et un petit fragment resta adhérent. Les suites de l'opération n'amenèrent aucun accident. Quatre mois après les douleurs en urinant survinrent de nouveau, la malade entra dans le service de M. Després.

M. Després communique la suite de l'observation. Les cas de calculs urinaires chez la femme sont rares, dit-il, on n'en trouve que quatre dans les mémoires de la Société de chirurgie. Après avoir dilaté l'urèthre de cette femme à l'aide de l'éponge préparée, M. Després introduisit une tenette pour saisir et entraîner le calcul; il se brisa, et, après quelques séances, il put en extraire tous les débris. La malade fut guérie en peu de jours. Il croit que le noyau de cette concrétion qu'il a brisée est un calcul du rein : cependant la malade n'a jamais souffert de coliques néphrétiques. L'orateur fait remarquer que la possibilité de formation de ces calculs doit être prévue quand on pratique l'oblitération du vagin dans les cas de fistules vésico-vaginales.

M. Labbé a opéré quatre femmes porteuses de calculs vésicaux. Deux vieilles femmes ont été très-facilement guéries. Dans les deux derniers cas, des accidents formidables de résorption purulente sont survenus et les malades ont succombé. Il avait, dans tous ces cas, appliqué le lithotriteur ou es teuettes après dilatation de l'urèthre. Il croit cette manière le procéder dangereuse; actuellement recourrait la taille vaginale plutôt qu'à ce procédé. Il croit la dilation de l'urèthre dangereuse chez la femme: un exemple l'a surtout frappé : une femme à laquelle il avait dilaté l'urèthre pour l'extraction d'un petit polype de la vessie, a succombé à la suite de résorption purulente.

MM. Nicaise et Duplay font quelques observations sur cette opération. M. Verneuil s'élève contre l'habitude qu'on a prise aujourd'hui, d'explorer pour le moindre motif, la vessie et le rectum; de graves accidents suivent souvent ces manœuvres. I. B.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Séance du mercredi 2 février 1876. Président : O. Priestley. Secrétaires: *Arthur* W. Edis et Wiltshire.

La Société obstétricale de Londres a été fondée à la fin de l'année 1858. Depuis longtemps déjà, Dublin et Edimbourg possédaient des sociétés de ce genre ; une première tentative faite à Londres, en 1825, n'avait pas été couronnée de succès, mais sous l'influence de Tyler Smith, la société actuelle fut organisée; elle tint sa première réunion générale le 16 décembre 1858, et dès le mois de janvier 1859, commença ses travaux. Cette société a pour but de favoriser les progrès de l'obstétrique, de la gynécologie et de la pédiatrique. Elle comprend des membres, honoraires et des membres correspondants. Paul Dubois et Moreau avaient été nommés membres correspondants au moment où la société fut fondée, MM. les professeurs Depaul et Pajot, possèdent aujourd'hui ce titre, le premier a été élu en 1863, le second en 1864. La Société obstétricale tient ses séances le premier mercredi de chaque mois, dans un local que les membres de notre académie envieraient. Elle possède de plus une bibliothèque obstétricale réservée à ses membres, où cependant, les médecins étrangers peuvent être admis s'ils sont présentés; cette bibliothèque possède déjà un grand nombre de volumes. Elle reçoit en outre la plupart des journaux qu'on peut aller consulter aussitôt après leur apparition. La société nomme son bureau tous les deux ans, et le président donne chaque hiver une *soirée* à laquelle il invite tous les membres. Celle que le président Priestley a donnée cette année, le 29 janvier, était fort brillante. Enfin, outre les comptes-rendus qui sont fournis par les journaux, la société publie chaque année, dans un volume de *Transactions* le compte-rendu de ses séances et un certain nombre de mémoires originaux.

Mercredi dernier après la présentation de quelques pièces anatomiques et d'un appareil destiné à faciliter l'administration du chloroforme pendant l'accouchement, le Président a donné la parole à M. Braxton Hicks. La société, à propos d'un procès récent et d'une note déposée en novembre dernier par M. Meadows devait discuter cette question : étant donné un cadavre de femme, est-il possible à l'inspection de l'utérus d'affirmer que la femme a eu ou non des enfants, affirmation qui pourrait avoir une certaine importance pour permettre de reconnaître l'identité du sujet.

La communication faite par M. Braxton Hicks comprend en réalité deux parties. Dans la première, il relate le résultat des recherches qu'il a faites sur l'utérus et qu'il serait bon, dit-il, de continuer sur d'autres organes. Prenant l'utérus frais il mesure ses différents diamètres : il fait sécher cet utérus et le mesure de nouveau ; il le plonge ensuite dans de l'eau légèrement phéniquée et le mesure une dernière fois. Les chiffres qu'il a obtenus montrent que, si la dessiccation a déterminé une diminution de volume de l'utérus, cet organe a repris ses dimensions lorsqu'on l'a laissé s'imbiber pendant un certain temps dans l'eau phéniquée. — Dans la seconde partie, M. Braxton Hicks cherche si, — étant doué un utérus, il est possible de reconnaître qu'il a été en état de gravidité. Il pense que si l'accouchement n'a pas eu lieu plus d'une année auparavant, il sera possible d'affirmer qu'il y a eu grossesse, car cet organe a conservé un aspect globuleux : mais il croit que de nouvelles recherches sont nécessaires pour décider si à une époque plus éloignée de l'accouchement ou par suite des progrès de l'âge l'utérus revient ou non à sa forme primitive. Beaucoup de causes d'erreur, du reste, peuvent exister; sans en énumérer d'autres, il suffit de citer le développement de l'organe et l'hypertrophie de ses parois lorsqu'un obstacle s'oppose à l'expulsion des sécrétions ou du flux menstruel. Il propose la nomination d'une commission qui fera des recherches plus étendues.

M. Savage pense que étant donné un utérus, si on ne possède aucun renseignement, il sera impossible de dire d'une façon affirmative s'il y a eu grossesse ou non.

M. Arthur Edis, présente un certain nombre d'utérus ayant appartenu à des femmes vierges ou à des femmes mères, et dont il a mesuré tous les diamètres externes et internes.

M. Meadows répète que, comme il l'a dit dans sa première communication, on ne peut en général formuler aucune opinion absolue.

M. Barnes dit que, pour lui, il n'existe aucun signe pathognomonique. Il pense qu'il y a un point sur lequel on n'a pas assez insisté : la forme arrondie du fond de l'utérus qui a été gravide. Lorsqu'à cette forme s'ajoutent l'augmentation du volume total de l'organe et certains caractères du col, il y a de fortes présomptions en faveur de l'existence d'une grossesse antérieure.

M. Williams signale comme fort importantes deux conditions qu'il regarde comme des signes de grossesse : 1° L'hypertrophie des parois des vaisseaux qui sont béants et tout à fait différente de l'état analogue qu'on rencontre lorsqu'il existe une tumeur fibreuse ou qu'il y a eu une autre affection; 2° on peut, pendant six mois au moins après l'accouchement constater l'existence de caillots dans les sinus utérins, fait qu'on ne retrouve dans aucune autre circonstance.

M. Snow Beck considère cette assertion comme inexacte. Il a examiné beaucoup d'utérus et dit qu'il n'a jamais vu de caillots dans les sinus. Il pense qu'il n'y a pas de signe positif qui permette d'affirmer d'une façon absolue si la femme à laquelle appartient l'utérus a eu ou non des enfants.

Une commission est nommée, composée de MM. Braxton Hicks, Meadows, Williams, Edis, Savage, Randall, Snow Beck; après avoir étudié cette question aussi complétement que possible, elle devra présenter un rapport à la Société.

École de médecine de Caen. — La distribution des prix pour l'année scolaire 1874-1875 a donné les résultats suivants : élèves en médecine, 1re année, 1er prix, M. Cartier; 2e prix, M. Droulin. — 2e année, 1er prix, M. Yvon. Mentions honorables : 1° M. Lemarignier; 2° M. Debierre.

Élèves en pharmacie : 2e année, 1er prix, M. Pigeon. Prix Le Sauvage. Concours de 1875, 1er prix, M. Brionne: 2e prix, M. Luce. Mention honorable : M. Leménicier. (*Gaz. des hôp.*)

REVUE MÉDICALE

Des épanchements chyleux ou graisseux de la plèvre et du péritoine.

Le professeur Quincke (de Berne), a publié récemment trois observations d'épanchements dans la cavité pleurale ou péritonéale qui sont remarquables par la nature du liquide assez riche en matières grasses pour prendre une apparence tout-à-fait laiteuse. Le premier fait est celui d'un homme de 50 ans entré à l'hôpital pour un hydropneumothorax du côté droit consécutif à un traumatisme produit par le passage d'une voiture sur le tronc. Le liquide extrait par deux ponctions successives et celui qu'on trouva peu après à l'autopsie avaient les caractères du lait ou du chyle tel qu'on peut l'observer chez les animaux; l'examen microscopique y faisait reconnaître d'abondantes gouttelettes de granulations de graisse et l'analyse y démontrait la présence des matières grasses dans la proportion d'un peu plus de 1 pour 1000. La nature de l'épanchement a fait admettre la rupture d'un gros tronc lymphatique ou du canal thoracique; mais l'autopsie ne permit pas de vérifier cette supposition très-vraisemblable.

Dans un second cas, un liquide analogue au précédent, mais beaucoup plus riche en graisse (1,68 p. 0/0) fut évacué par la ponction d'un épanchement ascitique. La cause de l'effusion du chyle devait être probablement cherchée dans l'obstacle que de nombreuses adhérences péritonéales anciennes apportaient au cours de ce liquide dans un certain nombre des chylifères de petit calibre et à des ruptures capillaires consécutives; tout le réseau de ces vaisseaux était énormément dilaté.

Les exemples analogues aux précédents sont rares; M. Quincke en cite 10 qu'il emprunte à divers auteurs. Dans trois observations, il s'agit d'épanchements pleuraux; dans les sept autres, le liquide laiteux était collecté dans la cavité péritonéale; la rupture du canal thoracique ou d'un gros chylifère, a pu être reconnue dans un petit nombre d'autopsies; dans d'autres, on ne trouva qu'une compression avec dilatation.

Sous ce titre d'hydropisie adipeuse ou graisseuse est rapportée une troisième observation dans laquelle il est fait mention d'un liquide ascitique laiteux; mais, dans celle-ci, la graisse au lieu d'être émulsionnée formait de véritables corps granuleux qui semblaient évidemment résulter de la dégénération d'un carcinôme primitif du péritoine. Des faits comparables ont été rapportés par *Friedreich*, par *Klebs* (Handb. der path. anat. p. 322) et par *Lücke* (*Virch. arch.* 1867). L'observation de Quincke est remarquable à un autre point de vue, c'est le développement d'un nodule cancéreux dans le tissu cellulaire sous cutané dans le point où la ponction avait été faite pour évacuer le liquide ascitique. (*Deutsch. arch. f. Klin. Med.* XVI p. 121).

Sur la digestion et l'absorption dans le gros intestin de l'homme.

Un malade qui avait déjà fourni au professeur Simon l'occasion de faire une série d'expériences sur les injections de grandes masses d'eau par l'anus jusqu'à l'origine du côlon et à la valvule iléo-cœcale, a permis au Dr Marckwald, d'Heidelberg, d'étudier les phénomènes de la digestion dans le gros intestin. C'est un homme affecté d'un anus contre nature consécutif à une opération de hernie étranglée, dans laquelle l'anse intestinale avait été trouvée gangrenée. La fistule intéresse le côlon à peu près à son origine de sorte que sur la portion d'intestin renversé au dehors, on peut reconnaître la valvule de Bauhin, le cœcum et l'orifice de l'appendice vermiforme.

Les questions étudiées par l'auteur sont les suivantes; le suc du gros intestin possède-t-il un ferment capable de faire du sucre? ce produit de sécrétion a-t-il une action digestive sur les corps albuminoïdes? se fait-il dans le gros intestin une absorption de matières alimentaires?

Le suc intestinal recueilli au moyen d'éponges ne transforme pas l'empois d'amidon en sucre; on ne trouve non plus aucune trace de glycose dans le contenu des petits sachets introduits pleins d'amidon cuit dans la fistule.

Des recherches faites sur les transformations de la fibrine, dans la cavité même du gros intestin semblent démontrer que celles-ci tiennent bien plutôt à la putréfaction qu'à une véritable digestion; on ne peut pas faire de digestion artificielle de fibrine crue ou cuite avec le suc du gros intestin. L'albumine d'œuf, dans les mêmes conditions, donne des résultats analogues. Il est probable que les expérimentateurs qui ont cru à une digestion des albuminoïdes dans le gros intestin ont été induits en erreur par ce fait que ces substances donnent un certain nombre de produits de dédoublement semblables dans le cas de putréfaction ou de vraie digestion.

Il se fait une absorption d'eau, assez lentement à la vérité, par la muqueuse du gros intestin.

Les peptones injectées en quantité notable et en solution concentrée excitent l'intestin, provoquent de la diarrhée et ne sont pas absorbées; c'est une observation qu'avaient déjà faite *Eichhorst* (Pflüger's Arch. 1871) et *Leube* (Deutsches Arch. X. P. 7).

L'absorption de l'albumine d'œuf liquide, admise par *Czerny* et *Latschenberger* (Virch. Arch. LIX), niée par *Voit* et *Bauer* (Zeitschr. f. biologie, V. P. 541) qui ne la croyaient possible qu'après addition de chlorure de sodium, n'a pu être vérifiée par Marckwald. Le sel a certainement une action irritante sur la muqueuse et provoque la diarrhée.

En somme, l'absorption ne se produit dans le gros intestin que lentement et seulement en présence de petites quantités de liquide. Le rôle physiologique du gros intestin semble donc se borner à une résorption d'eau et la sécrétion muqueuse ne sert qu'à favoriser l'expulsion des fèces. C'est assez dire que les lavements de matières nutritives peuvent tout au plus obvier temporairement à l'insuffisance de l'alimentation par la bouche et ne sauraient jamais suppléer celle-ci d'une manière complète. G. Homolle.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur l'arthrite syphilitique, par le docteur A. Dauzat. Thèse 1876.

Une des manifestations les plus rares de la syphilis est sans contredit l'arthrite. Admise par les uns, rejetée par les autres, ce n'est que dans ces derniers temps qu'elle a pu prendre place dans les cadres nosologiques, grâce, en particulier, aux travaux de M. le professeur Richet.

Cette intéressante étude a été reprise tout récemment, et c'est elle qui a fait le sujet de la thèse inaugurale de M. le docteur A. Dauzat. Rassemblant les faits isolés qui se trouvent dans la science, l'auteur a apporté lui-même aussi son contingent d'observations, observations qu'il a recueillies il y a quelques années déjà pendant son internat à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, ou qu'il a prises durant le cours de son service dans les hôpitaux de Paris. Ces faits, au nombre de 25, mettent en lumière les caractères de l'arthropathie spécifique, qui varient suivant que celle-ci apparaît à la période secondaire ou à la période tertiaire de la syphilis. Ils établissent que l'arthrite syphilitique est une arthrite *sui generis*, indépendante de toute autre diathèse scrofuleuse ou rhumatismale. Mais tandis que, dans la période secondaire, l'écorce seule, pour ainsi dire, des articulations est prise, les lésions sont plus profondes à la période tertiaire, et l'arthrite revêt alors l'apparence de la tumeur blanche débutant tantôt par la synoviale, tantôt par les épiphyses articulaires. Son pronostic, cependant, est loin d'être le même, puisqu'un traitement antisyphilitique bien administré permet d'espérer, même longtemps après le début des accidents, une guérison prompte et rapide. Devins.

VARIA

Congrès périodique international des sciences médicales 5e session. Genève 1877 (1).

Selon le vœu exprimé à Bruxelles par le dernier congrès périodique des sciences médicales, et en exécution de la décision prise par les médecins suisses réunis à Olten, la ville de Genève a été désignée comme siége de la cinquième session du congrès. Un comité d'organisation a été nommé par la

(1) Voir le n° 49, de 1875, p. 73[illegible].

Société médicale du canton de Genève, de concert avec la section scientifique de l'Institut national genevois. Ce comité est ainsi composé :

Président : M. le professeur C. Vogt. — *Vice-président :* M. le docteur Cl. Lombard. — *Secrétaire général :* M. le docteur Prevost.

Secrétaires-adjoints : MM. les docteurs D'Espine et Reverdin.

Membres : M. le prof. Mayor ; MM. les docteurs Dunant, Figuières, Julliard fils, Revilliod.

Le congrès, exclusivement scientifique, durera une semaine; il s'ouvrira le dimanche 9 septembre 1877. La langue officielle sera le français. Toutes les communications relatives, soit au congrès, soit aux questions qui pourront faire l'objet de ses délibérations, seront reçues avec reconnaissance par le Comité. Elles devront lui être adressées avant le 1er juin 1876, époque à laquelle le Comité fixera définitivement les statuts, le programme, et nommera les rapporteurs. Le congrès s'ouvrira sous les auspices du Conseil fédéral Suisse et des autorités du canton de Genève.

N. B. — Toutes les communications relatives au Congrès doivent être adressées au secrétariat-général Dr Prevost, à Genève.

Jurisprudence médicale. — Refus d'obtempérer à la réquisition du juge d'instruction.

Le refus d'un médecin d'obtempérer, dans un cas de flagrant délit, à la réquisition à lui faite par le juge d'instruction de rechercher si la mort d'un individu est le résultat d'un crime, constitue-t-il la contravention prévue par l'article 475, n° 12, du code pénal, qui punit d'amende ceux qui auront refusé de faire le service ou de prêter le secours dont ils auraient été requis dans les cas de flagrant délit? Telle est la question que la cour de cassation a tranchée par l'arrêt suivant :

« Attendu qu'il résulte d'un procès-verbal régulièrement dressé par un gendarme de la brigade de Pontarlier, que cet agent de la force publique a requis, le 9 octobre dernier, au nom du juge d'instruction de cette ville, Gindre, docteur en médecine, « d'avoir à se rendre sans délai à l'hôpital de » Pontarlier, de visiter un cadavre qui venait d'être retiré de la rivière le » Doubs, de constater s'il existait des traces de violences, de procéder à » l'autopsie et de faire toutes constatations utiles à la découverte de la » mort. » Attendu que cette réquisition était faite dans un cas de flagrant délit(?) par le juge d'instruction chargé, d'après la réquisition du ministère public, de rechercher si la mort de l'individu dont on venait de découvrir le cadavre était le résultat d'un crime, et qu'elle était conforme aux dispositions combinées des articles 32, 43, 44 et 59 du code d'instruction criminelle ;

» Que le refus du docteur Gindre d'obtempérer à cette réquisition, alors qu'il ne justifiait pas de l'impossibilité d'y obéir, constituait la contravention prévue par l'article 475, n° 12, du Code pénal ;

» Que, néanmoins, le tribunal de simple police a renvoyé Gindre de la poursuite, en décidant que cet article n'est pas applicable au cas ou un homme de l'art est requis pour apprécier la nature et les circonstances d'un crime et d'un délit, et que, d'ailleurs, il n'appartient qu'à lui seul d'apprécier la possibilité ou l'impossibilité d'obéir à la réquisition ;

» Que ce jugement a ainsi faussement interprété et appliqué, et, par suite, a violé l'article 475, n° 12, » Casse. »

Université de Moscou.

— L'Université de Moscou (Russie), vient de célébrer, pendant le mois de janvier de l'année courante, le 121e anniversaire de son existence. Il y a eu discours d'apparat, distribution de médailles, etc. Dans le compte rendu pour l'année qui vient de s'écouler (1875) et qui a été lu en séance, nous voyons que pendant cet exercice il a été créé huit bourses nouvelles, et que, outre des collections de livres, de journaux et d'échantillons scientifiques, il a été fait à l'Université un legs de 5.600 roubles, dont les intérêts serviront à venir en aide à des étudiants pauvres.

Des diplômes d'honneur ont été accordés à des savants étrangers et nationaux, et à des personnes de distinction, un entre autres, au roi de Suède Oscar II.

Le nombre des professeurs et des employés d'administration de l'Université était 142, on comptait en outre 12 agrégés (privat docenten) et 22 auxiliaires. Les étudiants ont été au nombre de 1259, pendant l'année scolaire. A ce chiffre il faut ajouter 44 auditeurs libres et 170 aides, suivant les cours de pharmacie. Le nombre des bourses a été, en 1875, de 330 parmi lesquelles on en remarque 105 provenant de la couronne et attribuées : 86 à la médecine et 19 à la pédagogie, 12 autres sont fournies par l'armée du Don, 5 par la *Duma* ou municipalité de Moscou, 114 par divers donateurs.

7. Collodion antéphélique.

Pour faire disparaître les taches du visage, on emploie habituellement une solution de bichlorure de mercure pur ou mêlé avec du cyanure de mercure. Le collodion à deux pour cent de son poids de sulfophénate de zinc a donné de bons résultats, sans faire courir les mêmes dangers que les solutions mercurielles.

Sulfophénate de zinc	1
Collodion	45
Essence de citron	1
Alcool pur	5

Le sulfophénate de zinc, réduit en poudre très-fine, est ensuite broyé avec le mélange des liquides. (*Bulletin de la Société de pharmacie.*)

8. Remède contre les engelures suppurées.

Glycérine bouillante	100 gram.
Acide salicylique	3 —

Passer sur la plaie un pinceau légèrement imbibé de la solution, puis recouvrir avec une plaque de ouate maintenue avec une toile adhésive. Si la suppuration est abondante, le pansement sera renouvelé tous les jours; dans le cas contraire tous les trois ou quatre jours. (*Bordeaux médical*).

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Chauffard a repris son cours le vendredi, 4 février, à cinq heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure. Il traitera des états des forces dans les maladies. (Voir le n° 2, page 31.)

Mortalité a Paris. — Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 3 février 1876, on a constaté 980 décès, savoir : variole, 8; — rougeole, 9; — scarlatine, 5; — fièvre typhoïde, 15; — érysipèle, 7; — bronchite aiguë, 47; — pneumonie, 82; — dyssenterie, 0; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 0; — *choléra nostras*, 0; — angine couenneuse, 11; — croup, 18; — affections puerpérales, 6; — autres affections aiguës, 231; — affections chroniques, 477, dont 184 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 49; — causes accidentelles, 15.

Londres. — Population : 3.489.428 hab. Décès du 23 au 29 janv. 1,637 savoir : variole, 0; — rougeole, 49; — scarlatine, 79; — fièvre typhoïde, 18; — érysipèle, 13; — bronchite, 270; — pneumonie, 91; — dyssentérie, 1; — diarrhée, 15; — *choléra nostras*, 11; — diphthérie, 7; — croup, 1; — coqueluche, 88.

Bureau des longitudes. — Par décret en date du 5 février 1876, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, ont été nommés, pour la présente année : Président du bureau des longitudes, M. Faye ; vice-président, M. Janssen ; secrétaire-trésorier, M. de la Roche-Poncié.

Muséum d'histoire naturelle. — Par décret en date du 5 février 1876, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, M. Delafosse (Gabriel), membre de l'institut, a été nommé professeur honoraire au muséum d'histoire naturelle et à la faculté des sciences de Paris.

Société médico-psychologique. — Cette société a constitué son bureau, pour 1875, de la manière suivante : Président, M. Dumesnil ; — vice-président, M. Billod ; — secrétaire-général, M. Motet ; — secrétaires particuliers : MM. Bouchereau et Collineau ; — trésorier, M. Voisin : — comité de publication : MM. J. Falret, Peisse, Dagonet ; — membres du conseil d'administration, adjoints au bureau : MM. Blanche, Loiseau.

Médecins sénateurs. — De nos confrères ont été nommés sénateurs : 1° M. Testelin (inamovible); 2° Bonnet (Ain) ; 3° Cazalas (Hautes-Pyrénées) ; 4° Claudot (Vosges) ; 5° Espinasse (Tarn) ; 6° Robin. A cette liste nous ajouterons un pharmacien, M. Delacroix (Eure-et-Loir).

Ecole supérieure de pharmacie de Nancy. — Nous apprenons que l'école supérieure de pharmacie de Nancy, par décret du 11 janvier, cesse d'être administrée par le doyen de la Faculté de médecine et forme un établissement distinct. L'école supérieure de pharmacie de Nancy, ancienne école supérieure de pharmacie de Strasbourg, est ainsi réorganisée et reprend son autonomie et son importance. (*Revue médicale de l'Est.*)

Faculté des sciences de Paris. — Par arrêté, en date du 7 février 1876, la chaire de minéralogie de la Faculté des sciences de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur A. Passaquay, ancien interne des hôpitaux de Lyon, chirurgien en chef de l'hospice civil et militaire de Lons-le-Saulnier, secrétaire général de la société des Médecins du Jura. Il était né à Saint-Amand en 1807. Les derniers devoirs lui ont été adressés par le docteur Bergeret, président de la société des Médecins du Jura, le docteur Challand et M. Gauthier, sous-intendant militaire. (*Lyon médical*).

— La *Gazette médicale de l'Algérie* nous annonce la mort très-regrettable de M. le dr Perron, ancien directeur du collége arabe-français, orientaliste éminent et l'un de ses plus distingués collaborateurs.

Errata. Dans l'article Clinique chirurgicale de M. le Dr Panigaud, inséré dans le dernier n°, il faut rétablir ainsi qu'il suit la 2me phrase du § commençant par « Mais je laisse... etc. » Il faut lire : « Me plaçant à un point de vue moins abstrait, je me contente de signaler à l'attention de ceux qui, dans l'avenir, feront des transfusions : *Premièrement...* » Ligne 55, lisez *d'une partie de sa résistance morbide...* »

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Beaujon. — Service de M. Matice (M. Lecorché, suppléant). Salle Saint-Jean. N° 17, tétanos spontané ; n° 29, myélite ; n° 10 angine de poitrine.

Service de M. Gubler.—Salle Saint-Louis.—N° 1, cancer de l'estomac ; n° 4, sclérose en plaques ; n° 15, rhumatisme articulaire aigu, endo-péricardite ; n° 28, granulie. — Salle Sainte-Marthe. — n° 1, paralysie glosso-pharyngée ; n° 4, chloro-anémie avec vertiges ; n° 22, insuffisance aortique.

Service de M. Dolbeau. — Opérations tous les jeudis à 9 heures. Salle Ambroise-Paré. — N° 2, fistule stercorale ; n° 34, mal de Pott ; n° 52, goître endémique. — Salle Sainte-Clotilde. N° 3, plaies de l'œil ; n° 19, phlegmon du ligament large ; n° 26, fistule vésico vaginale ; n° 34, chléloïde cicatricielle.

Service de M. Lefort. — Opérations tous les mercredis à 9 heures. Salle Sainte-Agathe. —N° 3, tumeur maligne de la joue ; n° 4, Ostéite épiphysaire des adolescents ; n° 5, fracture du calcanéum ; n° 8, imperforation du vagin ; n° 11 bis, tumeur [illegible] ; n° [illegible], calculs salivaires ; n° [illegible] kyste de l'ovaire. Opération, guérison.—Deuxième pavillon. — N° 8, morsure de cheval, fracture du radius ; n° 23, tumeur de la paroi abdominale ; n° 34, pied plat douloureux ; n° 35, épithelioma du dos.

Service de M. Moutard-Martin.—Salle Saint-François. —N° 4 phlébite du mollet ; n° [illegible], ulcère de l'estomac ; n° 6 pneumonie ; n° 19, paralysie agitante ; n° 27 fièvre typhoïde. Salle Sainte-Claire. N° 12, néphrite catarrhale avec péricardite ; n° 17, éresypèle ambulant, endocardite ; n° 19, fièvre intermittente, dyssenteric, hépatite aigue ; n° 20 coqueluche.

Service de M. Axenfeld (M. Lépine, suppléant). Salle Beaujon.—N° 1, cancer du foie ; n° 5, pneumonie ; n° 6, mal de Bright. Salle Sainte-Monique. — N° 2, pleurésie purulente ; n° 6, fièvre typhoïde ; n° 12, cancer de l'épiploon.

Hôpital Cochin. — *Médecine.* — Service de M. Bucquoy. Consultation tous les jours. — *Salle Saint-Jean* (H). N° 5, rétrécissement aortique, péritonite chronique. — 6, insuffisance mitrale, congestion pulmonaire. — 7, fièvre typhoïde. — 12, pleurésie. — 13, albuminurie. — 17, emphysème pulmonaire, congestion hépatique. — 22, pneumonie. — 24, albuminurie. — 25, rhumatisme blennorrhagique.

Salle Saint-Philippe (F.): N°s 6, sarcome du rein; — 7, saturnisme; — 8, rétrécissement avec insuffisance mitrale; — 13, anévrysme de la crosse de l'aorte.

Chirurgie. — Service de M. Desprès. Cliniques le mercredi et le samedi, à 9 heures 1/2. Consultation tous les jours. — Salle Cochin (H.): N° 3, abcès sous-périostique de l'humérus. — 4, abcès du cou. — 5, épithélioma du rectum. — 7, hypertrophie de la couche glandulaire de la lèvre inférieure. — 9, fistule lymphatique consécutive à un bubon. — 11, iritis rhumatismale. — 15, épithélioma du rectum, fistule recto-vésicale. — 21, calcul du rein, hématurie. — 25, plaie de tête, fracture double du maxillaire inférieur (suture des os), fractures multiples de côtes avec emphysème, fracture compliquée des deux os de l'avant-bras, contusion de l'abdomen avec ecchymose du scrotum. — Salle Saint-Jacques (F.): N°s 7, abcès froid de la cuisse. — 8, tumeur de la parotide. — 10, cancer du sein. — 16, fistule recto-vaginale. — 23, lupus du membre supérieur.

Hôpital Saint-Louis. Salle Sainte-Marthe (F.): — 55, fracture spontanée du fémur. — Elephantiasis. — 57, fracture de l'extrémité supérieure du tibia, récidive. — 60, abcès froid au devant de l'articulation du genou, sans communication. — 61, ostéite des deux tibias; trépanation. — 64, kyste riziforme anomal d'une gaine tendineuse à la main. 66, abcès de la paroi abdominale antérieure au devant du cœcum, sans perforation. — 68, kyste ovarique. — 72, ectropion en cours de réparation autoplastique.

Salle Saint-Augustin, n^es 12 à 70 (H.). — 12, Epispadias opéré ; 15, nécrose de l'extrémité supérieure du fémur ; 17, ostéite du fémur ; 25, fracture compliquée de jambe, amputation secondaire prochaine; 34, nécrose du sternum ; 30 et 40, abcès des parois thoraciques; 35, névralgie; 36, périarthrite sous-deltoïdienne ; 37, hypospadias opéré ; 39, morbus coxœ senilis avec tumeur liquide péri-articulaire ; 27, fracture de l'extrémité supérieure du tibia simulant un luxation; pneumonie ; 48, mal perforant ; 49, carcinome ganglionnaire du cou probablement consécutif à une affection semblable de l'œsophage; 55, double onyxis ; 59, cancroïde de la verge chez un jeune homme ; 63, tumeur eléphantiasique du nez, limitée et ressemblant à une production maligne ; 64, tubercules ulcérés de la langue et ulcération de même nature aux gencives ; 65, exostose sous-unguéale.

Hôpital temporaire. — *Médecine.* Service de M. Hayem. Salle Sainte-Hélène (H.) : 4, paralysie générale, accidents apoplectiques ; 7, cirrhose hypertrophique ; 14, paralysie syphilitique du voile du palais; 15, purpura; 20, 27, néphrites aiguës; 31, polyurie. — Salle Saint-Jean (F.) : 11, 17, 26, néphrite chronique; 18, hystérie, surdité. — Salle Saint-Louis (H.) : 5, 13, syphilis tertiaire; 8, ramollissement cérébral, aphasie, hémianesthésie; 12, myélite; 26, hémianesthésie hystérique; 25, tumeur cérébrale.

Service de M. GÉRIN-ROZE. Salle Saint-Joseph (F.) : 5, névralgie faciale ; 4, myosite du biceps ; 15, insuffisance aortique ; 16, insuffisance mitrale ; 17, hémorrhagie cérébrale, paralysie de la 3e paire. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 2, myélite circonscrite ; 15, pleurésie et péritonite tuberculeuses ; 2[illegible], albuminurie, hypertrophie cardiaque ; 26, diabète ; 27, ataxie.

Service de M. CHAUFFARD. Salle Sainte-Anne (H.) : 3, a[illegible] ; 6, intoxication saturnine ; [illegible] 17, ataxie locomotrice. — Salle Saint-François (F.) : 16, syphilis tertiaire [illegible] ion mitrale ; 21, affection organique de l'abdomen ; 23, colique hépatique ; [illegible], cancer de l'intestin et du grand épiploon.

Le gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — [illegible] CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

4e ANNÉE. — N° 8 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 19 FÉVRIER 1876.

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÉGE DE FRANCE. — M. RANVIER.

Troisième leçon (1).

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

SOMMAIRE. — Suite de l'étude des tissus généraux. — Développement du système vasculaire sanguin. — Les vaisseaux de l'aire vasculaire apparaissent sous forme d'îlots sanguins discontinus. — L'accroissement des vaisseaux déjà formés suit la même loi générale de développement que ceux de l'aire vasculaire. — Taches laiteuses du grand épiploon. — Cellules et réseaux vaso-formatifs. — Organes du mouvement. — Corrélation du système musculaire et du système nerveux. — Mouvements musculaires. — Mouvements glandulaires. — Mouvements électriques.

Messieurs,

Dans notre dernière réunion, nous avons commencé l'étude du système sanguin, et je crois vous avoir montré que son apparition dans l'organisme élevé des seuls vertébrés constitue l'un des derniers et peut-être le plus important des perfectionnements successifs qu'on observe dans la série. Je dois ajouter maintenant que ce système a sa loi particulière de développement, bien différente de celle qui préside à la formation et à l'extension des voies lymphatiques. Vous ne sauriez, sans cette dernière étude, acquérir les notions préalables qu'il est indispensable de posséder avant d'entreprendre l'analyse de tissus spéciaux et complexes, tels que le tissu musculaire et le tissu nerveux.

Ces deux derniers tissus sont, en effet, dans un rapport constant avec le système sanguin et le système lymphatique qui concourent à la formation des organes musculaires et nerveux, et qui sont nés comme eux du même feuillet moyen du blastoderme.

Vers la quarantième heure de l'incubation, le germe du poulet paraît entouré d'une auréole transparente : c'est la zone pellucide en dehors de laquelle se développent les premiers vaisseaux. Ceux-ci forment d'abord un cercle rouge, ou jaunâtre, concentrique à la zone pellucide, semé de taches arrondies ou de figure irrégulière, isolées les unes des autres et qui contiennent du sang. Wolff et Pander avaient décrit ces taches sous le nom d'*îlots sanguins;* Remak, au contraire, les croyait formées par l'accumulation du liquide sanguin dans des canaux vasculaires qui, s'étant vidés au-dessus et au-dessous de la tache jaune, restaient par suite affaissés dans les points où ils n'étaient plus turgides et devenaient de la sorte invisibles. Les observations postérieures de His ont établi la justesse de celles de Wolff et de Pander, et l'inexactitude de l'opinion de Remak. Nous savons donc actuellement, que les îlots sanguins de l'aire vasculaire du germe se développent sur place avec le sang qu'ils contiennent, qu'ils ne sont point reliés primitivement entre eux par des canaux, que leur apparition chez l'embryon est isochrone et non subséquente à celle de cet organe, et que, par conséquent, les différentes parties du système sanguin primitif se développent dans le germe, non par le bourgeonnement extensif d'une seule cavité, mais par points isolés originairement discontinus.

Ce n'est pas, du reste, seulement dans l'aire vasculaire de l'embryon que les vaisseaux sanguins apparaissent ainsi isolément par groupes. La même loi de développement subsiste, en dehors de la vie embryonnaire, chez les animaux dont les réseaux vasculaires sanguins s'accroissent par juxtaposition de réseaux nouveaux. Je me hâte de vous dire, Messieurs, que je devrai justifier cette assertion par des faits, car elle paraît complètement en désaccord avec les idées universellement acceptées, et que les observations à juste titre estimées de Golubew avaient semblé corroborer entièrement il y a quelques années. En effet, cet histologiste distingué, observant le développement des vaisseaux sanguins dans l'expansion membraneuse de la queue des têtards de la grenouille, l'avait vu s'opérer par un véritable bourgeonnement des canaux préexistants, formant d'abord un réseau plein, dont les branches, émanées des cellules de la paroi vasculaire, se creusaient ensuite peu à peu pour constituer de véritables vaisseaux perméables au sang.

Si l'on généralisait ces faits, et si de l'observation faite sur un seul objet d'étude, isolée, et qui probablement ne représente qu'un cas tout particulier du développement, on déduisait une loi générale, on pourrait conclure qu'après la naissance l'accroissement du système sanguin s'opère par une série de bourgeonnements continus entre eux et partant des premiers vaisseaux ; mais si l'on étudie cet accroissement sur des membranes minces, infiniment mieux disposées pour l'observation que la queue du têtard, comme l'épiploon du lapin encore jeune, on reconnaît bientôt qu'il existe entre le mode d'accroissement des vaisseaux après la naissance et leur mode d'apparition dans la zone vasculaire du germe, un parallélisme complet.

Vous comprendrez facilement qu'une membrane mince, et d'une telle délicatesse que, pour en séparer les deux lames accolées, il faut les faire flotter dans un liquide, constitue un objet d'étude infiniment supérieur à celles que nous fournit la queue du têtard. En effet, les vaisseaux sanguins, plongés dans cette dernière au sein d'une masse de tissu conjonctif à cellules étoilées sont mêlés aux réseaux nerveux et lymphatiques, recouverts par les couches épidermiques, et tous ces éléments divers qui composent l'expansion membraneuse sont masqués chez la larve jeune par les granulations vitellines, et chez le têtard déjà développé par l'épaisseur des couches superposées. Par contre, les réseaux vasculaires du grand épiploon du lapin sont d'une étude très facile, ils sont encore en voie d'accroissement deux mois après la naissance ; on les peut injecter facilement et reconnaître sans difficulté les points exacts où ils cessent d'être perméables.

Les réseaux vasculaires sanguins du grand épiploon se développent, en effet, d'une manière assez tardive, et la séreuse épiploïque, que l'on retrouve, ainsi que l'avait remarqué Bichat, sur les embryons des mammifères, ne revêt communément sa structure définitive et réticulée qu'après la naissance. Chez le lapin, en particulier, elle constitue pendant les premières semaines de la vie extra-utérine une membrane séreuse ordinaire, dépourvue à la fois de trous et de vaisseaux. Elle est seulement semée de distance en distance de petites taches opalescentes, irrégulièrement arrondies, étalées en surface, et ressemblant à des gouttes de lait qu'on aurait laissé tomber sur la membrane. Ces *taches laiteuses*, contenues dans l'épaisseur de l'épiploon, sont formées par l'accumulation sur un point donné d'un certain nombre de cellules semblables aux globules blancs de la lymphe et du sang. L'on pourrait, en conséquence, considérer ces points particuliers de rassemblement comme des follicules lymphatiques rudimentaires.

Ces follicules, compris dans l'épaisseur de la lame épiploïque, et constitués par l'agglomération de cellules lymphatiques, semblent destinés à élaborer la lymphe, qu'ils rejettent dans le canal lymphatique primitif, représenté par la grande séreuse péritonéale, au fur et à mesure qu'ils l'élaborent. Je vous ferai remarquer que cette opération s'exécute alors que l'épiploon n'est encore parcouru par

(1) Voir les nos 4, 5, 6.

aucun vaisseau sanguin. La membrane séreuse, dépourvue du système vasculaire de perfectionnement, suffit donc seule à la formation et à l'élaboration de la lymphe.

Mais, vers le moment même de la naissance, le système sanguin apparaît, pénètre la membrane, et son réseau vasculaire primitif continue ensuite à s'accroître. On peut alors observer dans l'épiploon la disposition des vaisseaux qui existent déjà, et le développement des nouveaux. Les taches laiteuses ou lymphatiques, fonctionnant depuis longtemps déjà et douées d'une grande activité formative, sont le siége même de ce développement qui s'opère toujours dans le voisinage des vaisseaux préexistants. Ces derniers, en effet, sont en quelque sorte entourés d'une atmosphère de taches laiteuses; les unes, immédiatement adjacentes à leurs parois, renferment des réseaux sanguins déjà perméables, ce sont les taches laiteuses vasculaires; d'autres, plus éloignées, ne sont pas encore vasculaires, mais le deviendront; d'autres, enfin, semées çà et là loin des vaisseaux dans la membrane, resteront stériles et ne seront jamais le siége du développement des nouveaux réseaux sanguins.

Si l'on examine avec un fort grossissement une tache laiteuse de la dernière variété, ou mieux encore si l'on fait l'observation avant l'apparition des vaisseaux sanguins dans l'épiploon, on reconnaît que primitivement les taches laiteuses sont formées comme je l'ai dit par l'agglomération de cellules lymphatiques juxtaposées.

Si, au contraire, on observe une tache voisine des vaisseaux sanguins, bien qu'encore non pénétrée par les bourgeons vasculaires perméables au sang, on découvre au milieu des cellules lymphatiques des éléments cellulaires ramifiés de forme absolument spéciale. On ne peut un seul instant confondre ces éléments ni avec les cellules lymphatiques arrondies et grenues qui gorgent la tache, ni avec les cellules plates, transparentes et souples du tissu conjonctif voisin, ou du revêtement endothélial de la séreuse. Comme on ne rencontre de pareilles cellules qu'au sein des tissus où se développent des vaisseaux sanguins, et qu'elles m'ont paru en corrélation directe avec la formation de ces derniers, je leur ai donné, quand j'en ai fait la découverte, le nom de cellules *vaso-formatives*. (*Fig. 16.*)

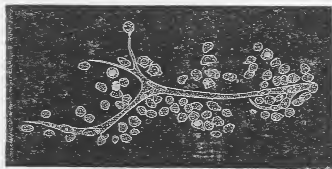


Fig. 16. — [illegible]

Ces cellules possèdent une forme typique qui les fait reconnaître au premier abord. Elles sont allongées et munies de prolongements en forme de branches. Leurs noyaux plus ou moins nombreux ressemblent à des bâtonnets analogues à ceux des cellules musculaires de la vie organique, auxquelles cependant je ne prétends nullement les comparer. Elles apparaissent au sein de la tache laiteuse avec une réfringence spéciale, comparable à celle d'un bâton de verre légèrement granuleux plongé dans une masse transparente. Les agents microchimiques ne les différencient pas moins évidemment des éléments cellulaires qui les entourent. Les cellules vaso-formatives absorbent, en effet, le carmin avec une grande énergie, et apparaissent alors au milieu de la tache laiteuse comme de longs tractus, hérissés de pointes et renfermant des noyaux allongés, irrégulièrement disséminés le long du corps de la cellule, ou placés à l'origine des points de bifurcation qu'elle présente.

Messieurs, l'origine de ces éléments cellulaires, quelque recherches que j'aie tentées à cet égard, est encore restée pour moi absolument osbcure. J'ignore donc complétement si la cellule vaso-formative est ou non un simple produit de transformation des cellules lymphatiques de la tache laiteuse ou des cellules du tissu conjonctif. Mais je puis assurer que leur existence est constante dans les taches laiteuses qui deviendront vasculaires, qu'elles s'y développent, et que leurs prolongements ramifiés s'anastomosent les uns avec les autres pour constituer, en fin de compte, au sein du follicule lymphatique embryonnaire, un réseau capilliforme plein, complétement séparé des vaisseaux déjà perméables.

Si l'on observe la lame épiploïque après injection des vaisseaux sanguins et avec un faible grossissement, on reconnaît qu'un certain nombre de taches laiteuses traversées par un réseau d'apparence capillaire, ne sont reliées par aucun tractus plein ni canaliculé aux vaisseaux sanguins en voie d'accroissement, et que, conséquemment, le réseau vaso-formatif s'est développé d'une manière isolée, complétement en dehors des vaisseaux sanguins préexistants. Je vous ferai en outre remarquer que ce réseau baigne dans la lymphe de la tache laiteuse, qui reste intermédiaire dès l'origine au système vasculaire sanguin et aux tissus.

Le réseau vaso-formatif continue ensuite à s'accroître, et à prendre de plus en plus l'aspect général d'un lacis de capillaires tout en restant toujours plein. Les noyaux d'abord disséminés sans ordre se rangent en série plus ou moins alternante, et certains d'entre eux se placent au niveau de l'éperon qui sépare les branches de bifurcation de la cellule. Ultérieurement, les vaisseaux dans lesquels circule le sang abordent la tache laiteuse destinée à devenir vasculaire; les artérioles s'abouchent avec la portion du réseau qui reçoit le courant afférent, les veinules se soudent à l'autre extrémité, et présentent toujours, au point où elles rejoignent le réseau vaso-formatif, un renflement notable, vestige de la disposition en cœcum qu'affectait leur bourgeon initial. Enfin, les cellules vaso-formatives se creusent, sous la pression du sang, et se transforment en véritables capillaires.

Les faits que je viens d'exposer justifient pleinement, je pense, l'assertion que j'ai émise au début de cette leçon, et je crois vous avoir suffisamment montré que partout, dans l'organisme, le système vasculaire sanguin apparaît au sein des organes par points discontinus, et qui ne sont reliés entre eux que plus tard pour former le vaste système de la circulation. Les voies lymphatiques, au contraire, sont produites par l'extension graduelle de la cavité séreuse primitive. On les voit préexister au système sanguin, l'entourer au moment même où il se forme, et servir aussi dès le début d'intermédiaires entre le sang et les tissus.

Vous comprendrez actuellement combien difficilement sans les notions générales qui précèdent, et sans la connaissance sommaire de la morphologie et de la signification des deux systèmes vasculaires, vous eussiez abordé l'étude des organes musculaires et nerveux. Vous savez maintenant quelle est, au point de vue de l'anatomie générale, l'importance fonctionnelle du tissu conjonctif qui les délimite, les unit et les sépare. Vous avez pris une connaissance sommaire des vaisseaux qui les nourrissent, je puis donc en aborder dès maintenant la description, indiquée au programme des cours de cette année.

Ce n'est, du reste, nullement au hasard que j'ai choisi, comme objet de nos études, les systèmes musculaires et nerveux et les organes de la sensibilité, de l'incitation motrice et du mouvement qu'ils concourent à former par leur union. Physiologiquement, en effet, les deux systèmes qui nous occupent sont étroitement unis et comme conjugués. Il serait difficile de faire l'étude complète de l'un sans aborder celle de l'autre. Il n'est pas nécessaire d'entreprendre une analyse bien laborieuse des phénomènes du mouvement pour se convaincre qu'ils ne constituent, au fond,

qu'une réaction particulière du système nerveux, sans l'existence de laquelle ce dernier serait absolument muet et resterait sans influence sur l'organisme. Il est, d'autre part, difficile de concevoir les organes du mouvement, séparés et indépendants du système nerveux, du moins chez les animaux élevés au-dessus des Amibes et des Rhizopodes; c'est-à-dire chez ceux où la différenciation des fonctions s'est effectuée par la spécialisation des organes.

Cette union étroite du système musculaire avec le système nerveux est, d'ailleurs, évidente. L'observation la plus simple montre, en effet, que le signe de la sensation perçue, c'est-à dire la seule notion appréciable de cette dernière, ne peut nous être fourni que par le mouvement. Sans l'existence des réactions motrices, la sensation serait, en effet, confinée dans le sujet qui la perçoit, et ne pourrait jamais être révélée. Elle resterait, en un mot, et, pour employer le langage de l'école, *absolument et indéfiniment subjective.*

Le mouvement musculaire, Messieurs, n'est pas seulement destiné à constituer une réaction, indicatrice de la sensation perçue par les animaux, et dont nous apprenons à calculer la signification exacte par les expériences que nous pouvons faire sur nous-mêmes, en analysant nos propres sensations, les réactions motrices auxquelles elles donnent naissance, et, en comparant, enfin, ces dernières à celles que nous provoquons artificiellement chez eux. Il est destiné, en outre et avant tout, à produire dans l'organisme un travail mécanique, dont l'effet utile est déterminé. Pour effectuer ce travail, le système névro-musculaire exécute une série d'opérations constituant des phénomènes objectifs, dont nous sommes conséquemment les témoins, et qui sont principalement de deux ordres : 1° *les mouvements musculaires* ; 2° *les mouvements glandulaires.* Le premier de ces deux termes se comprend de lui-même, le second exige d'être, à la fois, expliqué et justifié.

En anatomie générale, les organes ne doivent pas être seulement rapprochés les uns des autres lorsqu'ils possèdent une structure analogue ou identique, mais aussi quand l'on constate entre eux des similitudes suffisantes de fonctionnement. Je n'insisterai pas sur ce fait, bien connu depuis la célèbre expérience de Ludwig sur la sous-maxillaire, qu'une partie du travail d'une glande peut être facilement tranformé en travail moteur, appréciable en kilogrammètres comme celui d'un muscle. Il me suffira, je pense, pour justifier mon assertion, de vous montrer que la mise en action d'un muscle et la mise en action d'une glande, sont le résultat de phénomènes nerveux absolument parallèles et entièrement comparables.

Or, si sur un animal vivant, un lapin par exemple, nous coupons le sciatique en son milieu et que nous excitions son bout périphérique, des mouvements musculaires se produisent simultanément dans les muscles animés par les filets terminaux du nerf sectionné. Ces mouvements sont dus à l'action directe du nerf sur les muscles. Si maintenant nous excitons le bout central une série de mouvements plus ou moins adaptés s'exécute dans des muscles voisins, consécutivement à une impression sensitive, perçue par les centres, et réfléchie sur les nerfs moteurs. Ce sont là des mouvements réflexes.

Semblablement, l'excitation d'un filet nerveux particulier, la corde du tympan, détermine directement la sécrétion de la salive dans la glande sous-maxillaire. Nous retrouvons ici l'action directe du nerf sur l'organe ; d'un autre côté, les impressions gustatives recueillies par le lingual, ou même le simple souvenir de ces impressions perçues, réveillé dans le cerveau, met la glande en action et fait couler la salive. La glande sous-maxillaire est donc dans son mode de fonctionnement absolument comparable au muscle puisqu'elle peut être mise en activité comme ce dernier, soit par excitation directe, soit par voie réflexe. Au point de vue des phénomènes nerveux qui la déterminent, la sécrétion peut donc être considérée ici comme l'équivalent du mouvement musculaire. Quant au travail accompli, nous avons vu qu'il est considérable, puisque si l'on distrait du mouvement produit la portion absorbée par les actions chimiques, on peut encore s'en servir comme d'un véritable moteur mécanique pour soulever une colonne de mercure.

Certains animaux enfin, comme les torpilles, possèdent des organes particuliers soumis à l'influence directe ou réflexe du système nerveux et destinés à produire une forme particulière du mouvement, c'est-à-dire des *phénomènes électriques.* Nous devrons étudier ces organes en leur lieu, mais pour le moment nous n'y insisterons pas, et nous décrirons d'abord les muscles et les organes musculaires, qui sont de tous les agents du mouvement ceux qui fournissent à l'observateur les réactions motrices les plus nettes. Nous passerons ensuite en revue les cordons nerveux, leurs terminaisons périphériques dans les muscles et les organes électriques, les organes électriques eux-mêmes, les glandes et leurs nerfs ; nous chercherons à faire l'analyse des principaux phénomènes qui accompagnent les sécrétions glandulaires. Puis, nous étudierons les centres nerveux, élaborateurs des incitations motrices, et les ganglions que l'on doit, en anatomie générale, considérer comme des masses nerveuses périphériques analogues aux masses centrales. Nous rechercherons enfin quels sont les modes de terminaison des cordons nerveux dans les organes de la sensibilité, car nous ne devons pas oublier que le mouvement n'est que la réaction d'un organisme sensible, et que les impressions sensitives sont le point de départ de toute action musculaire, soit directe et voulue par l'animal, soit inconsciente et réflexe, mais toujours adaptée à un but déterminé, et subissant ainsi fondamentalement l'influence directrice du système nerveux.

Messieurs, la route que je me propose de parcourir avec vous est longue et semée d'obstacles. Quelles que soient les études préalables que j'aie faites des points qui doivent nous occuper, certains d'entre eux pourront nous paraître encore plus ou moins obscurs. Nous prolongerons alors notre exploration sur ces points mêmes, et conformément à la tradition séculaire du Collége de France, nous y ferons comme des haltes dans le but de chercher et de découvrir la vérité. (*A suivre.*)

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

Hospice des Enfants-Assistés. — **M. PARROT.**

IXe leçon. — **Athrepsie.** — **Traitement** (1).

Leçons recueillies par E. Troisier, revues par le professeur.

Messieurs,

Dans quelques cas exceptionnels, ces règles ne peuvent être suivies. C'est lorsque les enfants sont nés débiles ou ont été affaiblis par la maladie. Les repas seront alors très-peu copieux et l'on devra les multiplier. Fréquemment la nourrice tirera du lait de son sein, et à l'aide d'une cuiller préalablement chauffée, le fera boire à l'enfant qu'elle réveillera pour l'alimenter ; car il serait dangereux de le laisser plongé trop longtemps dans la somnolence où le met sa faiblesse; elle l'agitera même de temps en temps, pour le faire respirer, crier, pour le faire vivre.

Dans ce cas, le lait consommé restera bien au-dessous de celui que pourrait donner la nourrice ; aussi veillerez-vous très-attentivement à ce que les seins soient tétés par un autre enfant ou vidés artificiellement. Si l'on n'agissait de la sorte, la lactation diminuerait rapidement et, plus tard, serait tout à fait insuffisante (2).

(1) Voir les nos 2, 3, 4 et 7.

(2) Comme chez la femme, dit M. Jacquemier (*Manuel des accouchements*, T. II, p. 808) la quantité de lait sécrété, se met en quelque sorte en rapport avec la consommation faite, un enfant fort, d'un grand appétit, qui tette souvent, et vide complétement le sein, sans toutefois fatiguer la nourrice, porte la sécrétion au plus haut degré d'activité qu'elle peut atteindre, et reçoit le lait dans les conditions où il est plus riche en principes nutritifs ; tandis qu'un enfant peu développé, faible, laissant chaque fois qu'il prend le sein, une plus ou moins grande quantité de lait séjourner dans les mamelles, n'en prend que la partie la plus séreuse, et réduit bientôt la sécrétion dans

L'allaitement naturel doit être prolongé le plus longtemps possible, et si rien n'y met obstacle, l'enfant sera nourri d'une manière exclusive avec le lait du sein, jusqu'à 8 ou 10 mois. Mais il est un assez grand nombre de cas, où l'on doit beaucoup plus tôt y ajouter d'autres aliments. C'est surtout lorsque la mère, voulant nourrir, reste au-dessous de sa tâche. D'abord, on donne une ou deux fois dans les 24 heures du lait de chèvre ou de vache ; puis vers 5 ou 6 mois, on commence l'usage de crèmes préparées avec du lait et de la fécule de riz ou de l'arrow-root, qui, vous le savez, n'est autre chose qu'une fécule extraite des tubercules d'une amomacée (1) et débarrassée d'une huile volatile qui s'y trouve naturellement. C'est son extrême finesse qui la rend très-recommandable en pareil cas. Je préfère ces aliments à ceux que l'on prépare avec la farine de froment, ou bien encore avec le gruau d'avoine, que l'on a conseillé à cause de sa richesse en matières grasses et en principes albuminoïdes. Ces bouillies très-nourrissantes trouvent leur usage à une période plus avancée. L'on y joindra des potages gras au tapioca et des œufs frais, très-mous, que l'on fera prendre à l'aide d'une cuiller.

Au moment de l'introduction de ces éléments nouveaux dans le régime de l'enfant, vous le surveillerez très-attentivement, prêts à le remettre exclusivement au sein, s'il survenait des troubles digestifs ; et vous n'y reviendrez que plus tard.

A quelle époque devra-t-on sevrer l'enfant, c'est-à-dire lui retirer complétement le sein? Trousseau qui, avec la plupart des observateurs, regardait l'évolution des dents comme exerçant une influence considérable sur la santé et notamment sur l'état du tube digestif, attendait pour effectuer le sevrage que le travail d'évolution des canines qui est le plus laborieux, fût complétement effectué. Sans tenir compte de l'âge, il exigeait donc seize dents.

Je ne puis me ranger à cette manière de voir, et j'estime que c'est bien plutôt l'âge que l'état de la dentition qu'il faut consulter. Aussi, lorsqu'un enfant a été graduellement habitué à prendre les aliments que je vous ai précédemment indiqués, et qu'il les digère bien, je le laisse sevrer entre 12 et 15 mois.

D'ailleurs, je ne vois aucun inconvénient à suivre un second précepte de Trousseau qui conseillait de ne sevrer qu'après l'évolution complète d'une même groupe dentaire.

Après vous avoir parlé de l'*allaitement naturel*, c'est-à-dire de celui qui se fait exclusivement au sein, et de l'*allaitement mixte*, dans lequel la ration insuffisante fournie par la mère ou la nourrice est complétée par un autre lait, il me reste à vous dire quelques mots de l'*allaitement artificiel*. Vous n'y aurez recours que dans des cas extrêmes ; par exemple, lorsque le lait de la mère faisant défaut, vous ne pourrez vous procurer une nourrice ; ou bien encore, lorsque l'enfant sera syphilitique.

Il y a deux manières de le pratiquer. L'une qui ne peut être employée que dans des conditions exceptionnelles et qui partant est peu usitée, bien qu'elle soit recommandable, consiste à remplacer le sein de la femme par la tétine d'un animal, de la chèvre, par exemple, qui se prête mieux que tout autre à cette pratique. Le lait passant ainsi directement de ses réservoirs naturels dans la bouche, puis dans l'estomac de l'enfant, ne perd pas sa température normale et n'est pas altéré par le contact de l'air ou d'autres corps étrangers, conditions qui rendent sa digestion plus facile.

La seconde méthode, de beaucoup la plus usitée, consiste dans l'emploi du biberon ou d'un autre vase. Il faut considérer ce mode d'allaitement comme très-fâcheux, et c'est à son emploi qu'est due pour une part considérable la mortalité qui sévit sur les enfants des hospices, des crèches, et même sur un grand nombre de ceux que des nourrices mercenaires mal surveillées alimentent de la sorte au lieu de leur donner le sein. Cependant, je dois reconnaître que si l'usage du biberon est en général mal toléré dans les grands centres d'habitation, et surtout dans les maisons hospitalières, il donne souvent de bons résultats à la campagne, quand son administration y est très-soignée.

Le premier, et le plus grave des inconvénients de l'allaitement artificiel, vous le comprenez bien, consiste dans la substitution au lait de la femme de celui d'un animal, qui n'arrive dans l'estomac de l'enfant qu'après avoir subi une série de manipulations toujours fâcheuses. Mais ce n'est pas seulement par là que le manque de la nourrice se fait sentir. C'est elle, en effet, qui porte l'enfant, qui varie ses attitudes qui le change, qui le distrait, qui l'anime de mille façons. Or, toutes ces conditions de santé, je pourrais dire de vie, font défaut à celui que l'on élève au biberon, car dès qu'il a pris son repas, on l'installe dans son berceau où il fait des séjours beaucoup trop longs, car l'immobilité qu'il y trouve, et qui finit par lui plaire, est très-préjudiciable à sa santé.

L'usage du biberon exige certaines précautions. Il importe surtout que les repas ne soient pas trop copieux. Quand l'enfant tette, il est bien rare qu'il absorbe trop de lait, car la peine qu'il prend à le tirer est une sorte de frein à son appétit et à la fécondité du sein. Au contraire, le lait du biberon arrive sans effort dans la bouche et est pris souvent en excès. En outre, il se coagule plus facilement que le lait de femme et forme dans l'estomac une masse solide, dont la digestion très-laborieuse jette l'enfant dans l'abattement et la torpeur. Il est donc nécessaire de déterminer la quantité de lait qui peut être donnée sans inconvénient à chaque repas et de ne pas la dépasser.

Il y a deux manières d'arriver à ce résultat : l'une consiste à prendre pour base d'appréciation l'allaitement par le sein, et à fixer, d'après la quantité de lait maternel, établie par l'observation, la quantité correspondante de lait de vache, en tenant compte, bien entendu, des différences qui existent entre ces deux sortes de lait ; l'autre, dans laquelle on observe directement des enfants élevés au biberon.

La première a été le plus habituellement mise en usage. Vous n'exigerez pas que nous passions en revue tout ce qui a été dit là-dessus ; il me semble suffisant de vous indiquer les résultats les plus connus, et surtout ceux que des procédés rigoureux rendent dignes de notre confiance.

C'est par des pesées faites à l'aide d'une balance, que l'on arrive le plus sûrement à déterminer la quantité de lait que prend un enfant à la mamelle, soit à chaque tétée, soit dans les vingt-quatre heures. A Natalis Guillot l'on doit d'avoir introduit ce mode d'expérimentation dans la pratique ; et l'opinion qu'il a professée, après l'avoir mise en usage, est d'autant plus digne d'être examinée, qu'on l'a citée partout, et que plusieurs médecins la considèrent encore aujourd'hui, comme très-exacte. « Je ne crois pas exagérer, dit-il, en avançant qu'il y a des enfants qui prennent, à la fin du premier mois, 2 kilogrammes de lait par jour, et qui s'accroissent régulièrement, dans la période diurne, de plus de 50 grammes ; » et, plus loin, il ajoute « que, pour un enfant sain, la quantité de lait que doit fournir une nourrice, doit être supérieure à 1,000 grammes. »

Cette évaluation est manifestement exagérée. Pour s'en convaincre, il suffit de considérer comment opérait l'auteur que nous citons. Il disait qu'un enfant fait de 20 à 30 tétées par jour, soit, en moyenne, 25 ; et, pour savoir la quantité de lait qu'il prend dans une période diurne, il multipliait par ce chiffre 25 le poids d'une tétée, trouvé d'ailleurs très-aisément, en pratiquant deux pesées : l'une immédiatement avant la mise au sein, l'autre aussitôt après la fin du repas.

---

la proportion de ses besoins. Mais si l'enfant [illegible]-faible, soit parce qu'il est né prématurément, soit parce qu'il est [illegible], et que cet état se prolonge, ne pouvant pas entretenir une sécrétion suffisante, les mamelles sont d'abord exposées à s'enflammer, puis le lait se tarit. Il arrive assez souvent que des enfants nés dans ces conditions, après avoir perdu le lait de la mère, perdent aussi celui d'une bonne nourrice ; et à la fin, celle-ci, la première victime, est accusée par la famille et souvent par le médecin consulté tardivement d'avoir nui à l'enfant.

(1) Le *Maranta Arundinacea*.

C'est en [illegible] sorte qu'il [illegible] admettre qu'un enfant prend [illegible]

A	2 jours . . .	67 [illegible]	A	[illegible]	[illegible]
A	5 —	2,[illegible] —	A	[illegible] —	[illegible] —
A	18 — . . .	2,97[illegible] —	A	41 —	[illegible] —

On saisit sans peine ce qu'il y a de vicieux dans [illegible] procédé, — et d'où vient l'erreur commise. [illegible] de prendre le poids d'une seule tétée, [illegible] dû, comme on l'a fait depuis, les [illegible] lorsqu'elles sont très-nombreuses, [illegible] gales. Ensuite, il est impossible d'admettre [illegible] comme représentant le nombre des tétées [illegible] un très jeune enfant, en estimant, dès [illegible] cune d'elles à 27 grammes. Comme nous [illegible] à l'heure, ces chiffres sont beaucoup [illegible] ceci dit, il faut savoir gré au médecin [illegible] connaître, d'avoir préconisé une méthode qui, [illegible] par ses successeurs, les a conduits à des résultats d'une remarquable exactitude. [illegible]

MALADIES DES YEUX

ECOLE PRATIQUE. — COURS DE M. LE Dr **E. LANDOLT.**

Du diagnostic des maladies des yeux.

IIe LEÇON. — Examen extérieur des yeux.

Leçon recueillie par M. A. CHARPENTIER.

Messieurs,

Dans l'exploration des yeux, comme dans toute autre exploration médicale, nous devons suivre une *méthode systématique*. Cela est absolument nécessaire si on veut ne rien négliger et arriver sûrement à son but.

Aussi diviserons-nous notre examen en examen *objectif* et examen *subjectif*, le premier ayant pour but de nous faire connaître l'état de l'œil au repos, le second tendant à déterminer l'état fonctionnel de la vision.

L'examen objectif comprend [illegible] d'abord une inspection générale et à distance, dans laquelle on notera tout ce qu'on peut observer sans toucher aux yeux du malade. Puis on observera d'une façon plus détaillée toutes les parties qui, dans l'organe visuel, sont accessibles à l'œil nu : paupières, voies lacrymales, conjonctive, cornée, sclérotique, iris et partie antérieure du corps vitré. On complètera cette exploration par la détermination de la tension oculaire.

C'est alors que viendra l'examen subjectif, dans lequel on passera en revue les diverses fonctions de l'œil : mouvements des yeux, acuité visuelle, perception [illegible], limites du champ visuel, périphérie de la rétine.

En dernier lieu, l'examen de l'œil à l'ophthalmoscope et à l'éclairage oblique nous donnera l'état [illegible] de l'œil et des milieux dioptriques et achèvera de [illegible] seigner sur la réfraction.

L'ophthalmoscopie ferait encore partie de l'examen objectif; mais après cette exploration, l'œil se trouve plus ou moins ébloui, ce qui ne manquerait pas de troubler l'examen fonctionnel. Du reste, l'exploration ophthalmoscopique exigeant une chambre obscure, il est plus [illegible] d'abord tout ce qui est possible à la lumière [illegible]. Enfin, les renseignements tirés de l'examen [illegible] très-utiles pour l'interprétation de l'image ophthalmoscopique. Toutes ces raisons expliquent que nous [illegible] l'ophthalmoscope pour la fin de notre examen.

Abordons donc d'abord l'*examen objectif* [illegible].

La première chose qui doit nous préoccuper, [illegible] *général* de la personne examinée. [illegible] une partie indépendante du reste du corps, [illegible] l'ophthalmologie n'est une branche isolée [illegible] médecine.

Quand vous aurez affaire à une affection [illegible] vous donc bien de vous occuper tout d'abord [illegible] ment de l'œil malade; [illegible] d'ensemble sur le sujet.

[illegible] fournira souvent l'explication [illegible] auriez, sans cela, [illegible] pourra vous donner [illegible] d'assurance vis-à-vis [illegible] la direction du traitement.

[illegible] *[illegible] du crâne* est [illegible] conformation de [illegible] qui influe le plus [illegible] donc déjà de [illegible] ts sérieux sur [illegible]

[illegible] dans la plupart [illegible] de l'œil en [illegible] contraire, produite, [illegible] axe longitudinal [illegible] sont généralement [illegible] hypermétropes.

[illegible] dans l'aspect [illegible] surtout dans la [illegible] presque à coup sûr [illegible]

[illegible] caractères opposés.

En Suisse, où la myopie, héréditaire ou acquise, est [illegible] de conformation [illegible] de réfraction :

Dans le premier, [illegible] dans son diamètre antéro-postérieur [illegible], le nez et la partie [illegible] les yeux sortent presque [illegible] arrive quelquefois [illegible] suite de ce fait, les [illegible] J'ai vu par exemple [illegible] mouvements des yeux [illegible] la projection [illegible] même ailleurs [illegible]

[illegible] est plutôt [illegible] il est droit [illegible], le nez [illegible] dans une cavité [illegible] très saillants.

[illegible] moitié de la figure [illegible] *anisométropie* [illegible] l'autre hypermétrope.

[illegible] peuvent produire [illegible] dioptrique, [illegible] ne œil ont [illegible]

[illegible] dont la [illegible] sens vertical, [illegible] la ligne qui [illegible] est déjetée [illegible] correspondant [illegible] surtout par [illegible]

[illegible] développée [illegible] zygomatique, [illegible] d'un côté [illegible]

[illegible] presque [illegible] réfraction [illegible] l'œil est [illegible]

[illegible] d'être [illegible] suite d'un [illegible] d'une [illegible] de [illegible] est généralement [illegible] irrégulière. [illegible] qui est la

base du traitement du catarrhe du sac lacrymal, pénètre alors très-difficilement, et cette circonstance oppose au traitement un obstacle sérieux.

Cet examen général de la face du malade vous donnera encore de précieux renseignements sur la direction qu'il faut imprimer à la sonde. Si, par exemple, les parties osseuses correspondant au sac lacrymal ont pris part au refoulement de la racine du nez, ou si, sans cause morbide, l'orbite supérieur est très-proéminent, vous devez donner à la sonde une forte courbure, et, en l'enfonçant, ne pas seulement presser dans le sens vertical, mais faire basculer en même temps son extrémité libre vers le rebord supérieur de l'orbite, afin de diriger en avant l'extrémité inférieure.

Je vous fais incidemment cette observation parce que vous en éprouverez très-souvent l'utilité dans la pratique.

Quand le malade vous parle, ne négligez jamais de jeter un coup d'œil sur ses dents. Vous savez, par exemple, que les *dents d'Hutchinson*, cunéiformes et à bords échancrés, indiquent presque sans exception, l'existence de la syphilis héréditaire. D'autre part, des dents crénelées, striées horizontalement, font penser au rachitisme, qui s'accompagne souvent de cataracte zonulaire. (Horner.)

Si la forme du crâne est importante à observer chez nos malades, l'*examen de la peau* n'est pas moins utile.

Certaines affections cutanées, le pityriasis et l'eczéma, par exemple, peuvent affecter les paupières tout aussi bien que le reste du corps. On les traite par les mêmes moyens, mais avec plus d'insistance et de sollicitude, à cause des suites fâcheuses qu'elles entraîneraient dans une région si délicate : le gonflement de la paupière suffit déjà par lui-même pour gêner la vision, mais songez aux troubles graves que peut produire une direction vicieuse des cils, à la suite de l'inflammation persistante du bord des paupières.

Il est bon de dire en passant que le mode de traitement qui réussit le mieux dans ces cas consiste dans l'application de la pommade suivante.

Précipité jaune de mercure.	20 centigrammes
Glycéré d'amidon.......	15 grammes.

Après avoir ramolli les parties malades et enlevé les croûtes ou les pellicules qui les couvrent, on applique cette pommade et on la laisse en place pendant 20 minutes seulement.

D'autres affections de la peau, sans attaquer directement les paupières, n'en donnent pas moins des indices précieux pour le diagnostic de différentes maladies oculaires.

Si vous trouvez, par exemple, sur un malade, des traces d'une *éruption syphilitique* et que vous constatiez en même temps l'existence d'une iritis, soyez certains que cette dernière affection est de nature spécifique, et qu'en dehors du traitement local ordinaire (atropine et obscurité elle exige un traitement général approprié.

N'oublions pas les rapports qui relient souvent l'eczéma à la choroïdite disséminée, cette affection que Horner a pu appeler à juste titre l'eczéma de la choroïde.

Une éruption ou des cicatrices de nature *herpétique*, caractérisées par leur siége unilatéral et correspondant à la distribution d'un nerf, nous aident souvent à reconnaître une kératite herpétique, confondue bien des fois avec la simple kératite phlycténulaire. Ces deux affections, d'apparence analogue, se distinguent pourtant en ce que la première, outre sa distribution limitée, amène l'anesthésie de la cornée, oppose au traitement une grande résistance, et laisse après elle des cicatrices persistantes : la seconde, au contraire, cède rapidement à l'insufflation de calomel sur la cornée.

Vous pourrez aussi reconnaître à la teinte spéciale de la peau, cette forme d'iritis très-chonique qui accompagne souvent la leucémie, et dont le danger est de produire des exsudations ponctuées sur la membrane de Descemet et des tumeurs jaunâtres sur l'iris. Vous vous rappelez ce que je vous ai dit à ce sujet dans notre première conférence.

Vous voyez par tous ces exemples combien est utile ce regard d'ensemble jeté tout d'abord sur le malade, et qui vous donne déjà la clef d'une foule de maladies oculaires.

Celui qui néglige ces indices, si peu marqués qu'ils soient, se prive volontairement d'une partie des éléments du diagnostic. C'est ensuite que vous procéderez spécialement à l'examen des yeux.

Ici encore, ne vous perdez jamais d'abord dans les détails, et commencez par un examen général. Ce que vous devez faire avant tout, c'est observer *les deux yeux* à la fois en les comparant l'un et l'autre. Beaucoup de lésions, et des plus graves, échappent à ceux qui, négligeant cette comparaison, se bornent à examiner l'œil qui paraît malade ou tout au plus ne regardent qu'un œil à la fois.

Il suffit quelquefois d'une légère divergence d'un œil, ou d'une inégalité de dilatation des deux pupilles pour mettre sur la voie d'une affection encéphalique.

Des tumeurs de l'orbite ou du cerveau produisent souvent un déplacement latéral ou une exophthalmie assez peu prononcés pour passer inaperçus sans un examen comparatif des deux yeux.

Des différences d'ouverture des fentes palpébrales ne vous échapperont pas facilement; mais prenez toujours soin de déterminer alors si vous avez affaire à un ptosis de l'un des deux yeux ou à un excès d'écartement des paupières de l'autre œil. S'il y a ptosis d'un côté, la paupière supérieure de ce côté ne se relèvera pas complétement, tandis que de l'autre œil, elle jouira de toute l'étendue de ses mouvements; dans les cas extrêmes d'écartement des paupières, l'œil malade ne pourra pas se fermer complétement, et alors, cachant involontairement sa cornée sous la paupière supérieure, il se dirigera en haut.

Ce phénomène s'observe facilement dans les cas où la paupière supérieure est rétractée par des brides cicatricielles. On peut du reste le produire rien qu'en tenant quelque temps la paupière supérieure relevée : alors, quand le muscle orbiculaire se contracte, on voit l'œil se porter en haut à la recherche de celle-ci.

Ne négligez jamais de faire l'examen du sac lacrymal. Pour cela vous devez exercer sur lui une légère pression de bas en haut ; vous verrez alors, s'il y a du catarrhe, sourdre par les points lacrymaux un liquide plus ou moins purulent. Il arrive souvent que des ulcères de la cornée persistent indéfiniment sans autre cause que le contact, longtemps continué, de cette matière irritante qu'on n'avait pas soupçonnée jusqu'alors. (*A suivre*.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

La leucocytose devant l'Académie de médecine.

Il existe en pathologie vétérinaire certaines maladies virulentes, transmissibles de l'animal à l'animal ou de l'animal à l'homme, qui ont la funeste propriété d'être contagieuses à toutes leurs périodes d'activité, même à leur période latente initiale, alors que n'ont pas encore paru les manifestations symptomatiques afférentes à l'état d'entité morbide confirmée. De ces maladies, les principales sont la rage, le charbon, le farcin, la morve. Il est évident que, tant au point de vue thérapeutique qu'au point de vue économique, il y aurait un immense avantage à pouvoir faire sûrement et exactement le diagnostic de ces affections dès leur début: d'une part, parce que le traitement dirigé contre elles serait d'autant plus efficace qu'à l'action propre du médicament viendrait s'ajouter la résistance à l'empoisonnement d'un organisme non encore profondément atteint ; et, d'autre part, parce que bien des épidémies désastreuses pourraient être prévenues par la suppression méthodique et opportune des foyers de contagion.

C'est ce que M. Colin, professeur de physiologie à l'école d'Alfort, a tenté de faire au moins pour la morve. Examinant, à l'aide d'un procédé spécial (Voir le *Progrès*

médical, 1876, nº 2, page 26), le sang de chevaux morveux, il a remarqué que la quantité des leucocytes y était toujours très-augmentée, qu'il existait dans ce sang, concurremment avec l'augmentation des leucocytes, une transformation morphologique spéciale des éléments blancs, et enfin que la lymphe elle-même subissait des modifications chimiques facilement appréciables. Rassemblant en un tout l'ensemble de ces changements pathologiques, il l'a désigné sous le nom de leucocytose morveuse. Or, cette leucocytose, dit M. Colin, tout en suivant une certaine progression en rapport avec l'âge de la maladie, précède toujours l'apparition des signes classiques de la morve, jetage, glandage, etc. ; elle est donc un signe excellent de l'affection morveuse au début.

Soutenu par M. Bouley, qui appuya sur l'importance de la découverte faite par son collègue, au point de vue économique et aussi pathologique, M. Colin se vit attaqué par M. Raynal qui, tout en formulant des vœux pour que la conclusion soumise à l'appréciation de l'Académie fût démontrée comme parfaitement acceptable, fit remarquer combien il était difficile de donner des bases solides à une théorie scientifique en se fondant sur l'état des liquides nourriciers du cheval, chez lequel le travail, l'exercice, la fatigue, l'habitation, l'alimentation font varier d'une façon extraordinaire la composition chimique du sang, tellement qu'il a été jusqu'ici presqu'impossible d'en établir un type parfait. Puis, MM. Gubler, Chauffard, Blot, Verneuil, à l'aide des données fournies par la pathologie humaine, objectèrent qu'une foule d'états morbides s'accompagnant de leucocytose, cette lésion n'est pas univoque et par conséquent ne peut pas être *pathognomonique* d'un processus contagieux.

Pour répondre à ces objections, M. Colin, transportant le débat sur un terrain plus large, développa ses idées sur la leucocytose, considérée à un point de vue général. Adversaire déclaré des théories anglo-allemandes, actuellement adoptées par les médecins français, il fait table rase de tout ce qui a été dit et écrit sur la physiologie du système lymphatique. Pour lui, ni la rate, ni les follicules clos de l'intestin, de la glande thyroïde, du thymus, des muqueuses, ni la moelle des os, ne font partie du système lymphatique : et ce système ne comprend que deux ordres d'organes, les vaisseaux lymphatiques et les ganglions lymphatiques. Pour lui, les leucocytes naissent de tous les points de *son* système lymphatique, des vaisseaux comme des ganglions et principalement de ces derniers. Pour lui, l'importance du système lymphatique dans les phénomènes de la vie est capitale, malgré l'opinion de Magendie et de ses admirateurs modernes.

Partant de ces données, M. Colin ajoute que les différentes formes de leucocytose admises par les auteurs français et étrangers, formes liénale, intestinale, cutanée, myélogène, n'existent pas. Seule, la leucocytose ganglionnaire ou lymphatique proprement dite existe, car seuls les vaisseaux et les ganglions lymphatiques ont la propriété de fabriquer des leucocytes. Mais, si la leucocytose est une, au point de vue pathogénique, elle varie dans ses caractères avec l'intensité de l'irritation fonctionnelle qui lui a donné naissance, par exemple, l'irritation est passagère (alimentation), la leucocytose est passagère ; quand l'irritation est permanente (processus morbides divers), la production exagérée des leucocytes est permanente.

C'est pour cela que dans la morve qui s'accompagne toujours d'une irritation ganglionnaire (glandage), il doit y avoir toujours leucocytose ; et aussi que la morve, avant de se traduire au-dehors par l'apparition de la glande spécifique qui demande un certain temps pour se transformer et se développer, peut être appréciable par la leucocytose dès que le ganglion commence à être seulement irrité.

Certes, M. Colin a beau jeu en affirmant aussi carrément ses idées sur l'anatomie et la physiologie générales et en cherchant à ruiner les théories actuellement en honneur ; car il faut bien avouer que nos connaissances sur les organes dits lymphoïdes se réduisent à bien peu de chose. Oui, nous ignorons presque complétement si la rate procrée les globules blancs ou détruit les globules rouges ; si les follicules de l'intestin communiquent ou non avec le système lymphatique ; nous ne connaissons pas les usages du corps thyroïde et du thymus ; et les phénomènes annoncés par Bizzozero et Neumann ne sont point encore considérés comme suffisamment démontrés pour faire admettre la moelle des os au rang d'organe lymphatique. Mais, là où M. Colin semble bien téméraire, c'est quand il vient opposer aux travaux de pathologistes et de cliniciens tels que Bennett, Virchow, Leudet, Mosler, Freidreich, Trousseau, Potain, Feltz, Ranvier, Béhier, et tant d'autres, non pas des faits démonstratifs, des preuves inéluctables, tangibles, positives, mais bien de simples affirmations, plus ou moins théoriques. Dans cette occasion, M. Colin, que l'on pourrait surnommer l'expérimentateur, a pour ainsi dire failli à son nom et à ses œuvres souvent si remarquablement scientifiques.

Comme circonstance atténuante, il faut dire que M. Colin paraît supporter très-difficilement cette idée qu'en médecine la physiologie n'ait pas la préséance sur la clinique. Cela devrait être, en effet; cela serait plus philosophique et plus rationnel: malheureusement cela n'est pas et M. Colin doit en prendre son parti.

La clinique aura-t-elle l'honneur de nous conduire à la connaissance complète de la physiologie du système lymphatique, comme la pathologie cérébrale semble nous conduire à la connaissance des fonctions du cerveau ? C'est ce que la discussion académique, actuellement pendante, nous apprendra peut-être bientôt. Maurice LONGUET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 février 1876.—PRÉSIDENCE de M. DUMONTPALLIER.

M. LÉPINE communique à la Société les résultats de ses recherches sur les globules rouges chez le nouveau-né. Les numérations ont été faites avec le compte-globules de M. Hayem. Le jour de la naissance, il y a augmentation considérable du nombre des globules, cinq cent mille dans une observation. Le deuxième jour, chute brusque qui se continue jusqu'au huitième et fait tomber le nombre des globules d'un million environ. Il existe un rapport inverse très-exact entre le poids de l'enfant et le nombre de ses globules : l'augmentation du premier jour et la diminution des jours suivants s'expliquent dès lors aisément. Les maladies de la nourrice et du nouveau-né modifient profondément le nombre de globules, mais toujours d'après la même loi.

M. PIERRET communique à la Société les résultats des recherches qu'il poursuit depuis six ans, sous la direction de M. Charcot, sur l'anatomie pathologique et la symptomatogie de l'ataxie locomotrice. Il démontre, que si la grosse

racine du trijumeau doit être considérée comme représentant les racines sensitives de la face, elle joue aussi, par rapport aux nerfs moteurs de la face et des yeux, le même rôle qu'une racine postérieure spinale vis-à-vis de la racine antérieure correspondante. Le nerf trijumeau doit donc jouer un rôle considérable dans la production des phénomènes morbides que l'on observe du côté de la face chez les ataxiques. Ces symptômes sont nombreux et variés, mais leur interprétation, ne se peut faire qu'à la suite de l'étude attentive des origines centrales du nerf trijumeau.

M. Pierret décrit avec soin ces origines, et les compare à la corne postérieure de la moelle épinière. Il montre que le *caput cornu posterioris spinal* est loin de remplir, vis-à-vis des racines sensitives spinales, le même rôle que le tubercule cendré de Rolando vis-à-vis des fibres descendantes du trijumeau. Insistant sur ce fait, que le nerf trijumeau est le seul nerf de sensibilité générale dont on connaisse les origines ganglionnaires, il fait voir qu'il faut absolument trouver dans la moelle des cellules nerveuses auxquelles aboutisse au moins un certain nombre de fibres nerveuses sensitives. D'un autre côté, à l'aide d'arguments tirés de l'anatomie normale et de la pathologie, M. Pierret fait voir que les fibres sensitives ne s'arrêtent pas dans les cornes antérieures.

Il pense trouver les ganglions sensitifs cherchés dans les colonnes vésiculaires de Clarke pour les fibres émanant des renflements lombaire et dorsal, et dans le ganglion rectiforme pour les fibres des racines postérieures cervicales. Il établit, en outre, un parallèle et une assimilation entre la colonne vésiculaire de Clarke, le restiforme, le tubercule cendré de Rolando et le locus cœruleus. Toutes ces accumulations de cellules constitueraient, suivant M. Pierret, une chaîne de ganglions sensitifs échelonnés les uns au-dessus des autres, reliés entre eux, et émettant des fibres qui, pour la plupart, se placeraient dans la partie interne des cordons latéraux (*Externe des pyramides*) en partie du même côté, en partie du côté opposé, pour remonter ensuite jusqu'à l'encéphale.

M. Pitres communique un cas d'atrophie musculaire consécutive à une sclérose descendante, observé dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière. Il s'agit d'une femme de 79 ans, qui était hémiplégique du côté gauche depuis plusieurs années. Les membres paralysés étaient le siége d une forte contracture secondaire. De plus, on remarquait une atrophie très-marquée des interosseux, de l'éminence thénar, des muscles de l'avant-bras et du deltoïde du côté gauche.

A l'autopsie, on trouva dans l'hémisphère droit un ancien foyer hémorrhagique du volume d'une amande, siégeant à la partie antérieure du noyau lenticulaire, et ayant détruit une grande partie des fibres de la capsule interne. De ce foyer partait une dégénération secondaire, que l'on pouvait suivre dans le pédoncule cérébral et la pyramide antérieure du côté droit et dans toute l'étendue du cordon latéral gauche de la moelle. Les muscles de l'éminence thénar gauche, les interosseux, le deltoïde, étaient minces, jaunâtres, et réduits à l'état de lamelles fibro-graisseuses. — Les muscles de l'avant-bras et du bras gauche étaient simplement un peu plus pâles et plus grêles que ceux du côté opposé.

Sur les coupes de la moelle, pratiquées après durcissement dans l'acide chromique dilué, on trouve un îlot de sclérose fasciculée siégeant, comme c'est la règle, à la partie postérieure du cordon latéral gauche. De plus, sur les coupes provenant de la partie supérieure du renflement cervico-brachial, on put constater une sclérose de la corne antérieure gauche, avec destruction presque complète des cellules nerveuses de cette corne. Dans tous les autres points de la moelle, la substance grise était parfaitement saine.

M. Charcot fait ressortir l'intérêt de cette observation. L'hémiplégie permanente avec contracture s'explique par la sclérose du cordon latéral : l'existence d'une atrophie musculaire faisait prévoir et l'autopsie a montré une lésion des cornes antérieures de la moelle.

L'atrophie musculaire dans l'hémorrhagie cérébrale est due à la coïncidence très-rare de deux lésions qui n'ont pas de rapports. Du reste, M. Charcot a fait connaître un cas d'atrophie musculaire dans le cours de l'ataxie locomotrice. Il n'y a dans ces faits rien de comparable aux deux maladies aujourd'hui nettement définies, où l'atrophie musculaire et la lésion des cornes antérieures jouent un rôle capital : l'une est l'atrophie musculaire progressive, type Duchenne-Aran, caractérisée par l'altération chronique des cornes antérieures de la substance grise : l'autre est la sclérose latérale amyotrophique caractérisée anatomiquement par la combinaison de la lésion des cornes antérieures avec une sclérose symétrique et primitive des faisceaux latéraux.

M. Dusaussay présente à la Société le cerveau d'une femme morte dans le service de M. le Dr Millard. Voici son histoire : 9 décembre attaque d'apoplexie ; du 12 au 15 décembre contracture des membres, à partir de cette époque aphasie et hémiplégie jusqu'à la mort. A l'autopsie, on trouva un foyer hémorrhagique au niveau des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes au voisinage du lobule paracentral.

M. Charcot fait voir que ce fait confirme les idées qu'il a récemment exposées. Le clinicien, en raison de la contracture précoce, ne pouvait, au point de vue de la localisation de la lésion, qu'hésiter entre deux hypothèses : foyer hémorrhagique soit dans les masses centrales, avec irruption du sang dans le ventricule ou sous l'épendyme, soit dans les régions motrices de l'écorce. C'est, on le voit, cette dernière hypothèse qui doit être exacte. C'est dans ces cas, du reste, que se montre l'épilepsie partielle, décrite par Hughlings Jackson, phénomène qui, d'ailleurs, peut passer inaperçu.

M. Déjérine a eu l'occasion de voir dans le service de M. Rigal à Saint-Louis un paralytique général, présenter dans les derniers jours de sa vie une éruption bulleuse de la face externe des jambes et dorsale de l'avant-bras. Il a examiné les nerfs au niveau des parties de la peau atteintes : leur altération était très-nette et ressemblait à celle qu'on observe après section d'un nerf, dix ou quinze jours après cette opération.

M. Hanot signale un ouvrage anglais récent où l'état des nerfs dans la paralysie générale est étudié et où sont signalées des lésions analogues.

M. Charcot regrette que l'examen des nerfs n'ait pas été fait au niveau des parties de la peau restées saines. Il est permis de douter que les lésions des nerfs aient un rapport avec l'apparition du pemphigus.

M. Conty a fait des expériences sur la durée de l'excitabilité des nerfs périphériques et de la contractilité musculaire après la mort par les anesthésiques. Elle est toujours plus grande que lorsque la mort a lieu par tout autre mécanisme : ces résultats, surtout prononcés pour le chloral, établissent une analogie entre les anesthésiques et l'oxyde de carbone dont l'action est identique. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 février. — Présidence de M. Chatin.

M. le Président annonce à l'Académie la mort de l'un de ses membres les plus illustres, M. le professeur Andral, et propose de lever la séance dès que l'élection d'un membre associé libre sera faite. La proposition est acceptée.

Election d'un membre associé libre : Votants, 73 ; majorité 37. Ont obtenu : 1er tour de scrutin : M. Bertillon, 26 voix ; M. Chéreau 25; M. Briau 16 ; M. Fordoz 1, ; bulletins blancs 5. — Au 2e tour : M. Chéreau, 40 voix; — M. Bertillon 28 ; M. Briau 1 ; bulletins blancs, 4. En conséquence, M. Chéreau est proclamé membre associé libre. — La séance est levée à 4 heures. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 5 novembre 1875. — Présidence de M. Charcot.

Cancer du sein propagé au sternum ; par Féré, externe à la Salpêtrière.

Cette pièce a été recueillie dans le service de M. Charcot, sur une femme de 73 ans. La maladie avait commencé il y a cinq ans par le sein droit, sous forme de tubercules cutanés, qui, en peu de mois, étaient devenus assez confluents pour

ne former qu'une plaque bosselée. Peu à peu, la dégénérescence avait gagné la plus grande partie du tégument de la face antérieure du thorax, avait gagné en profondeur, et avait commencé à s'ulcérer il y a dix-huit mois.

L'ulcération avait détruit toute la mamelle droite, remontait en haut jusqu'à la clavicule, s'étendait latéralement jusque dans le creux de l'aisselle où les muscles étaient à nu, et où on voyait deux ganglions volumineux réduits en putrilage; en bas la destruction allait jusqu'à la huitième côte; enfin elle dépassait d'environ 3 centimètres la ligne médiane et une traînée ulcéreuse de 4 à 5 centimètres de large, allait jusqu'à l'aisselle gauche en passant au-dessus du mamelon gauche intact. Autour de cette vaste ulcération, recouverte de détritus gangrèneux, on voyait encore un grand nombre de tubercules squirrheux durs, dont le volume variait de celui d'un pois à celui d'une noisette.

Lorsque la paroi antérieure du thorax eut été détachée, on put constater que le sternum était flexible; on pouvait ramener la poignée contre la pointe en avant comme en arrière et il reprenait ensuite sa forme, comme un morceau de caoutchouc. Une section sur la ligne médiane montre que la pièce supérieure seule est restée osseuse; tout le reste du sternum est transformé en un tissu lardacé tout-à-fait semblable au tissu squirrheux qui le recouvre et présente la même structure. (L'examen microscopique en a été fait). La dégénérescence comprend toute la largeur de l'os et s'arrête à l'extrémité des cartilages costaux qui ne sont pas atteints.

La plèvre droite est couverte de granulations miliaires, surtout confluentes sur le feuillet pariétal antérieur et sur le feuillet draphragmatique. Rien de semblable dans les autres séreuses. Pas de propagation au rachis. Utérus sain.

Caduque menstruelle; par Féré, externe.

Cet utérus appartenait à une femme de 38 ans, ayant eu trois enfants à terme. — Elle était de bonne santé habituelle, un peu obèse; sa menstruation était régulière, et jamais à ses époques elle n'avait interrompu son travail de laveuse. Elle est morte subitement, pendant son travail, au quatrième jour de ses règles, à la suite d'un repas copieux composé surtout de moules.

L'Autopsie n'a révélé que des lésions insignifiantes de l'estomac énormément distendu par les derniers ingesta à peine digérés. — Rien dans le cerveau, dans le bulbe, ni dans les viscères.

Le volume de l'utérus est augmenté; le diamètre longitudinal a 8 centimètres; le diamètre transversal 5; l'antéro-postérieur 0,035. Son tissu est mou, et la pression fait suinter sur la surface de la coupe un liquide sanguinolent. La cavité du corps est lisse, uniformément rosée et luisante; elle ne contient pas de caillots ni de sang liquide. Mais sur le fond, dans le voisinage de l'orifice de la trompe gauche, on voit adhérer à la paroi par un pédicule épais et court, sans qu'il soit possible de la détacher sans déchirure, une masse du volume d'une amande, d'une couleur framboisée avec quelques points plus sombres et flottant dans la cavité utérine. Sa partie inférieure est déchiquetée, et en insinuant le bec d'une sonde entre les lambeaux, on le voit pénétrer dans l'intérieur de la masse qui est constituée par un véritable sac dont la cavité a à peu près la forme et les dimensions d'une cavité utérine dans la période intermenstruelle, et paraissant formée par la muqueuse utérine détachée tout d'une pièce.

L'altération rapide de cette membrane après l'autopsie n'a pas permis d'en faire l'examen histologique.

M. Budin. Il eût été intéressant, à cause de la rareté des observations de ce genre, de rechercher dans ce cas, si l'opinion de M. Williams (*Obstetrical Journal* 1875) est exacte. M. Williams prétend que la muqueuse utérine toute entière tombe à chaque période menstruelle.

Séances d'octobre 1875. — Présidence de M. Charcot.

Sarcome encéphaloïde volumineux du mollet propagé au médiastin et au poumon par les veines et les lymphatiques; par M. Tapret, interne.

T... Marie, âgée de 34 ans, entrée le 11 mai 1875, à l'Hôtel-Dieu (service de M. Oulmont), se plaint de tousser beaucoup depuis plusieurs mois et accuse une douleur vive dans la jambe droite au niveau même d'une tuméfaction *d'apparence inflammatoire* qui occupe tout le mollet. — Tous ses parents directs sont morts tuberculeux. Elle a été réglée à quinze ans. Elle n'a pas eu d'enfant.

Elle tomba malade pour la première fois en décembre 1874, et entra à la Charité pour une bronchite probablement tuberculeuse.

La tuméfaction douloureuse de la jambe droite dont elle se plaignait déjà à cette époque fut considérée comme une périostite circonscrite subaiguë.

Envoyée au Vésinet, elle ne put marcher et revint chez elle La toux persista et devint quinteuse; cependant les accès restaient très-éloignés et peu violents.

Elle entre dans le service quelque temps après. Cette femme, assez vigoureusement constituée, a conservé son embonpoint. Il n'existe sur le corps aucune trace de syphilis. Du côté de la poitrine, on ne remarque aucune déformation; les mouvements respiratoires sont seulement un peu précipités. Au sommet du poumon droit, on constate de la submatité et de la résistance au doigt. Des craquements humides assez nombreux existent dans toute l'étendue de la fosse sus-épineuse. Aucune modification de la sonorité et du murmure vésiculaire n'est appréciable dans le reste de la poitrine. Les bruits du cœur sont normaux. Le pouls est semblable à droite et à gauche et varie de 70 à 78.

La toux est assez fréquente; l'expectoration ne présente rien de caractéristique.

A la jambe droite, le mollet est tuméfié, dur, résistant. On ne constate ni bosselures, ni points ramollis. Sur la face interne du tibia, vers la partie moyenne de la jambe, existe une petite éminence au sommet de laquelle la peau est rosée, tendue et comme amincie; on perçoit à ce niveau une sorte de fausse fluctuation. La douleur est continue et lancinante; la pression s'exagère considérablement et provoque des irradiations douloureuses diffuses du côté du pied. (Cataplasme de fécule.)

Quinze jours après, l'état de la malade s'est sensiblement aggravé. La toux est plus fréquente; la respiration paraît plus gênée et la tuméfaction douloureuse de la jambe a encore augmenté. En effet, la peau est fortement tendue, lisse et rougeâtre; des veines nombreuses commencent à se dessiner à sa surface et un peu d'œdème péri-malléolaire est facilement appréciable. M. Alph. Guérin appelé en consultation éloigne, comme M. Oulmont, l'idée de périostite et croit à l'existence d'une tumeur sarcomateuse ou syphilitique dans la masse musculaire du mollet. (Sirop de Gibert. Iodure de potassium.)

Le 15 juin, la malade éprouve une certaine difficulté pour avaler les substances solides. La respiration est manifestement de plus en plus embarrassée, elle est irrégulière, présente comme des pauses par intervalles assez rapprochés.

La tumeur du mollet est toujours aussi volumineuse. La peau qui la recouvre est d'un rouge violacé. Les veines sont de plus en plus apparentes; l'œdème a augmenté et les douleurs sont parfois intolérables. — A une exacerbation subite, succède souvent un engourdissement avec fourmillement et picotement pénibles: alors la malade « ne sent plus son pied ».

Le 1er juillet nous trouvons dans le crachoir de la malade quelques filets de sang rutilant. Les phénomènes stéthoscopiques sont restés les mêmes au sommet droit, mais au niveau du 1/3 moyen du poumon gauche en arrière, on entend des râles humides à grosses bulles, circonscrits dans une étendue de quelques centimètres.

Dans la tumeur du mollet, une ponction exploratrice est faite au point le plus saillant où l'on a déjà constaté une fausse fluctuation; quelques gouttes de sang seulement apparaissent au dehors. Toujours même dureté, même rénitence, toujours même aspect de la tumeur: elle envahit déjà presque tout le creux poplité. Pas un ganglion engorgé n'apparaît à la racine du membre. — Rien d'appréciable du côté de l'abdomen.

6 juillet. Crachats de couleur groseille assez abondants;

même irrégularité de la respiration; toux quinteuse, irritante; diminution considérable des battements du pouls (46 à 54). Pas de phénomènes d'irritation ou de compression vasculo-nerveuse nettement accusés; pas d'augmentation de la matité. M. Oulmont pense à une tumeur du médiastin, probablement de même nature que celle de la jambe; mais il ne peut complétement écarter l'idée de tuberculose pulmonaire concomitante.

8 juillet. Même état local. Accès de suffocation assez violent dans la nuit précédente.

9 juillet. La malade est un peu plus calme; elle a un peu reposé la nuit.

10 juillet. Nouveaux accès de suffocation. Facies violacé. Diminution de la douleur de la jambe.

11 juillet. Respiration très-irrégulière, non bruyante. Suffocation et hoquet intermittents. Dyspnée intense dans les intervalles.

La malade meurt subitement le 12 juillet.

AUTOPSIE. Nous trouvons au milieu des muscles du mollet et du jarret, autour du paquet vasculo-nerveux, une tumeur fusiforme, bridée en avant par les os de la jambe et le ligament interosseux, en arrière par les muscles gastro-cnémiens. Une enveloppe fibreuse résistante masque la substance propre de la tumeur. Lorsqu'on incise cette coque, immédiatement fait hernie une masse molle, pulpeuse, rappelant assez bien la matière cérébrale (sarcome encéphaloïde.) La veine poplitée, aplatie par la tumeur (l'artère a conservé son calibre) et ouverte en plusieurs points, contient quelques parcelles jaunâtres de même nature que la tumeur. Il est facile de suivre jusqu'au plexus hypogastrique, en arrière de l'utérus et de chaque côté du rectum, des traînées lymphatiques aboutissant, en ce point, à des ganglions hypertrophiés et ramollis. La chaîne ganglionnaire qui suit les gros vaisseaux adossés à la colonne vertébrale a subi la même infiltration. On arrive ainsi dans la cavité thoracique où l'on trouve le médiastin postérieur occupé par un vaste sarcome, entièrement semblable à celui du mollet. Les pneumo-gastriques sont englobés complétement. La plèvre médiastine et la face correspondante des deux poumons sont envahies par la tumeur. Plusieurs gros noyaux marronnés existent dans le parenchyme même du poumon. Le sommet droit et la partie moyenne du lobe supérieur gauche sont couverts en un magma blanc au centre et lie de vin à la périphérie. La base des deux poumons fait corps avec le diaphragme par l'intermédiaire d'une lame sarcomateuse.

7. Périostite phlegmoneuse diffuse; ostéite épiphysaire secondaire; par M. E. MAROT, interne des hôpitaux.

La malade a succombé dans le service de M. CUSCO, à l'hôtel-Dieu. C'était une jeune fille de 16 ans, bien constituée, récemment arrivée de la campagne, et employée depuis à un travail fatigant. Née de parents bien portants, elle avait elle-même jusque là joui d'une bonne santé; le début de sa maladie fut brusque, et son état grave dès l'abord : fièvre intense et prostration rapide. Elle se présenta à l'hôpital se plaignant de douleurs dans les membres inférieurs surtout aux genoux. On crut à un rhumatisme articulaire aigu, et elle fut mise dans un service de médecine.

Au bout de quinze jours, la température restant élevée et l'état s'aggravant, on enleva la ouate qui recouvrait ses articulations, et l'on reconnut le gonflement et la rougeur caractéristiques d'une vaste collection purulente siégeant à la partie antéro-externe du tiers inférieur de la cuisse droite : la malade passa dans le service de M. Cusco, qui pratiqua une incision profonde par laquelle s'écoula en abondance du pus qui venait manifestement du fémur. On sentait d'ailleurs cet os largement dénudé de son périoste, avec le doigt introduit dans la plaie. L'extrémité supérieure du tibia correspondant était également entourée de pus. L'amélioration dans l'état général qui suivit l'ouverture des foyers, dura peu. Le pus ne tarda pas à entourer l'articulation bien que celle-ci fût encore intacte : elle ne fut envahie que dans le dernier mois de la vie, en même temps que le tibia était dénudé sur toute sa longueur.

La suppuration marcha moins vite du côté gauche où le fémur seul était atteint : le foyer était moins considérable Toutes les autres régions étaient saines.

A plusieurs reprises, il y eut des frissons, et la malade déclina progressivement en même temps que s'établissaient des sueurs nocturnes, de la diarrhée, de la toux et de la dyspnée.

A son entrée, la malade ne présentait aucun des signes qui permettent de soupçonner le début de la tuberculose : mais il fut bientôt facile d'assister à leur apparition et à leur rapide développement. Dès lors, l'appétit longtemps conservé, disparut, et, la suppuration continuant aussi abondante, il devint impossible de songer à l'amputation pour arrêter la marche de la cachexie qui emporta la malade.

A l'AUTOPSIE, cavernes dans les deux sommets. Pas d'abcès métastatiques.

Tous les os sont sains, sauf le tibia et le fémur du côté droit, et le fémur seul du côté gauche. A droite, l'articulation était ouverte par sa périphérie et contenait du pus : les cartilages cependant étaient peu altérés.

Les os, sciés longitudinalement et préparés par la méthode ordinaire, présentent les caractères suivants : dénudation du périoste et dépôts osseux périostiques irréguliers sur la diaphyse qui contient du pus infiltré dans le tissu spongieux et le canal médullaire : ostéite dans toute l'épaisseur. Les épiphyses, vu l'âge de la malade, étaient imparfaitement soudées, mais elles tenaient parfaitement à la diaphyse, et la ligne de leur cartilage d'ossification n'était pas agrandie.

Vues à la périphérie et à la coupe, ces épiphyses sont relativement saines : arrachées de la diaphyse, elles sont également saines sur la plus grande partie de leur face adhérente à la diaphyse.

Cependant, la diaphyse du tibia droit, frappée de nécrose à son extrémité, présentait en ce point une ouverture arrondie, de 7 à 8 mm. de diamètre, par laquelle la ligne épiphysaire et l'épiphyse s'étaient trouvées en contact avec un séquestre entouré de pus. L'épiphyse, au niveau de ce séquestre diaphysaire, présentait un petit point d'ostéite : cette légère altération, mise en regard de la mortification presque totale de la diaphyse, peut être considérée comme secondaire et survenue par suite du voisinage de l'altération diaphysaire. Le fémur gauche présente également des traces d'ostéite intense limitée à la diaphyse, avec un pertuis étroit prolongé à travers la ligne épiphysaire jusque dans l'épiphyse, légèrement érodée en ce point.

Les pièces ont été déposées au Musée de Clamart par les soins de M. Duret, conservateur de ce musée.

8. Kyste paraovarique; par M. CH. ISZENARD, interne des hôpitaux.

La nommée Belleville, âgée de 40 ans, entra à l'hôpital temporaire, salle Saint-Joseph, n° 7, le 22 juin 1875, présentant depuis quelques mois des troubles de la menstruation, sans suppression des règles, et un état de malaise et de faiblesse mal défini; elle portait, en outre, dans la partie inférieure de l'abdomen, une tumeur, occupant à peu près exactement la ligne médiane et s'élevant jusqu'à environ deux travers de doigt de l'ombilic; on pensa, à ce moment, à un corps fibreux. Quelques jours plus tard, M. FERNET, ayant pris le service, le siége de la tumeur, son existence chez une femme encore en âge d'avoir des enfants, joints à un certain degré de ramollissement du col, et malgré la persistance irrégulière, il est vrai, des règles, lui firent soupçonner une grossesse, dont la femme elle-même ne rejetait pas l'idée; en conséquence, on rechercha les battements fœtaux, et, à plusieurs reprises, divers observateurs crurent les avoir entendus.

Pendant ce temps, l'état général était devenu plus mauvais; l'appétit se perdit de plus en plus; des vomissements, de la diarrhée apparurent, et avec eux une faiblesse sans cesse croissante. On ne pouvait plus retrouver les bruits fœtaux; en même temps le toucher vaginal faisait constater dans le cul de sac postérieur une tumeur globuleuse, présentant un certain degré de fluctuation; on fut alors amené à penser que le fœtus était mort et séjournait dans l'utérus, au milieu d'une assez grande quantité de liquide, et que sa présence devait être invoquée pour expliquer les accidents qu'éprouvait la malade. La tumeur avait alors augmenté de volume et dépassait l'ombilic.

Dans les mois d'*août* et de *septembre*, la cachexie se prononça davantage, la malade maigrit, pâlit beaucoup; la diarrhée, les vomissements continuaient avec de courtes rémissions, une phlegmatia, produite évidemment par un caillot marastique, apparut sur le membre pelvien gauche ; et, vers la fin de septembre, par suite du défaut de nutrition de la peau résultant du mauvais état général, un eczéma lichénoïde se montra sur les membres supérieurs et inférieurs.

Dans les derniers jours de *septembre*, le chirurgien de l'hôpital examina la malade; au toucher vaginal, il constata que le col était presque complétement effacé et confirma le soupçon qu'on avait qu'il s'agissait d'une grossesse, dont le produit, probablement mort, ne tarderait pas à être expulsé.

Les choses étaient en cet état et la malade se cachectisait de plus en plus, refusant, pour ainsi dire, toute alimentation, lorsque dans la nuit du 12 au 13 *octobre*, elle fut prise d'un délire, qui continua le 13 et la nuit suivante, et se termina par la mort dans la matinée du 14 *octobre*.

Autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, on constate l'existence, sur la ligne médiane, d'une tumeur globuleuse atteignant et même dépassant un peu l'ombilic, tumeur à parois blanchâtres et résistantes, tendue et fluctuante, en un mot, d'un kyste.

Ce kyste a refoulé ou mieux a fait basculer l'utérus, qui se trouve dans une position presque horizontale, ou, pour mieux dire, légèrement oblique de droite à gauche et de haut en bas, étant ainsi en légère latéro-flexion avec concavité regardant à gauche.

Du côté droit de l'utérus, on retrouve le ligament large et les annexes qu'il contient, ligament rond, trompe, ovaire; mais du côté gauche, il n'existe plus et sa place est occupée par le kyste, qui s'est manifestement développé dans son épaisseur, écartant les feuillets qui le constituent et ayant contracté avec l'utérus des adhérences qu'il est impossible de rompre.

L'incision de ce kyste donne issue d'abord à un liquide séreux peu abondant, puis à une quantité assez considérable de pus, qu'on peut évaluer à deux litres; ses parois épaisses de 1 mm. 1/2 environ, ont une structure lamelleuse.

Il a été possible de suivre, à la surface des parois kystiques, la trompe dans une certaine étendue, mais on n'a pas pu retrouver trace de l'ovaire gauche.

Il semble qu'on ait eu affaire, dans ce cas, à un kyste de l'ovaire, s'étant développé aux dépens du ligament large, ce qui explique parfaitement le déplacement de l'utérus, d'un de ces kystes, qui ont été désignés sous le nom de kystes para-ovariques et qui présenteraient des indications spéciales au point de vue du traitement.

M. J. Lucas-Championnière. Il est très-important dans ce fait de chercher l'ovaire et de déterminer d'une façon précise les rapports qu'il affecte avec le kyste. En effet, celui-ci ne présente point de pédicule comme cela a lieu généralement pour les kystes de l'ovaire; et, au contraire, il s'enfonce dans l'épaisseur du ligament large qui se trouve dédoublé, et arrive jusqu'à l'utérus auquel il est uni sans y adhérer d'une façon intime; pour toutes ces raisons, je me demande s'il ne s'agirait pas ici d'un *kyste para-ovarien* plutôt que d'une tumeur développée dans l'ovaire lui-même.

Les kystes para-ovariens semblent, en effet, être beaucoup plus fréquents qu'on ne le croyait autrefois; d'après certains auteurs, ils seraient presque aussi nombreux que les kystes de l'ovaire véritables. Le diagnostic de ces deux variétés est du reste fort important pour le traitement. En effet, Kis et Mathews Duncan ont dit que les kystes para-ovariens sont les seuls qui puissent guérir sans ovariotomie et par la ponction; d'un autre côté, l'extirpation est toujours beaucoup plus difficile dans ces cas, en raison de l'absence de pédicule et du siége du kyste dans le ligament large.

M. Houel. Je demanderai à M. Lucas-Championnière quelle différence établissent les auteurs qu'il a cités entre les kystes para-ovariens et les kystes qui ont leur siége dans l'organe de Rosenmüller ?

Pour ce qui concerne le traitement de ces kystes, je dirai que je ne saurais partager l'enthousiasme des partisans de l'ovariotomie, qui me paraît être pratiquée d'une façon abusive. En étudiant les kystes de l'ovaire d'après un grand nombre de faits, à une époque où l'on employait surtout la ponction comme mode de traitement, j'ai vu qu'on pouvait en distinguer 3 espèces: les uns qui guérissent toujours ; d'autres qui guérissent souvent; d'autres enfin qui ne guérissent jamais. Les kystes qui guérissent toujours sont ceux qui contiennent un liquide clair et transparent comme de l'eau de roche; ceux qui ne guérissent jamais par la ponction seule sont ceux qui renferment un liquide filant. Quant aux kystes dont le contenu est séreux mais non filant, ils guérissent quelquefois mais assez rarement : je me rappelle, entre autres, une malade venue dans le service de Nélaton, avec un kyste contenant 22 litres de liquide séreux et qui guérit après cinq ponctions: elle revint quelques années après avec un autre kyste dont le contenu était filant, et cette fois elle ne guérit pas.

L'examen du liquide me paraît donc avoir pour le pronostic une grande importance.

M. Lucas-Championnière. Les kystes de l'organe de Rosenmüller sont, en effet, une des variétés des kystes para-ovariens. On a en trouvé encore dans des bourses séreuses situées autour des annexes de l'utérus, dans des bourses séreuses contenues dans les ligaments larges, dans le tissu conjonctif du ligament large... Toutes ces variétés paraissent avoir pour caractère fondamental de renfermer un liquide clair et non filant, et c'est sur ce fait que se sont appuyés les auteurs tels que Kis, M. Pauas, etc., pour les ranger toutes sous le même vocable de *kyste para-ovariens*.

Quant à l'opinion de Kis relative au pronostic spécial de ces kystes, j'ai cru intéressant de la rapporter, mais je ne m'en porte point garant.

M. Houel. Les kystes contenant un liquide analogue à l'eau de roche sont très-rares. J'ai vu un certain nombre de kystes siégeant dans l'organe de Rosenmüller et je les ai toujours trouvés petits; peut-être se rompent-ils dès qu'ils ont acquis un certain volume. Il serait intéressant, dans le fait actuel, de rechercher les vestiges de l'organe de Rosenmüller. M. Malassez pourrait-il nous renseigner sur ce point ?

M. Malassez. J'ai examiné un très-grand nombre de kystes; mais le plus souvent je n'ai pu déterminer d'une façon précise le siége primitif de la lésion. On conçoit en effet qu'il soit presque impossible de retrouver dans la masse de la tumeur un organe aussi petit que l'ovaire ou l'organe de Rosenmüller. Tout ce que j'ai remarqué c'est que les kystes des ligaments larges sont généralement formés par un petit nombre de poches et contiennent le plus souvent un liquide clair.

9. Conformation anormale de la face interne de l'occipital; par M. Ch. H. Petit, interne des hôpitaux. (Dessin dans l'album de la Société).

Cette pièce a été recueillie sur le cadavre d'un homme de 31 ans, mort d'une fracture du crâne dans le service de M. Duplay, à l'hôpital Saint-Antoine. Cet homme était épileptique, et c'est dans une de ces attaques qu'il s'était fracturé le crâne en tombant.

Au niveau du confluent des sinus latéraux et du sinus longitudinal supérieur, il existe une forte dépression très-nettement distincte des empreintes peu profondes répondant à ces sinus. Cette dépression est d'aspect pisiforme, à base inférieure; elle mesure 2 cent. 1/2 à 3 cent. dans le sens vertical, et 1 cent. 1/2 environ dans le sens horizontal; sa profondeur est de 6 à 8 mm. Sa partie la plus profonde se trouve au niveau d'une ligne qui réunissait les sillons des deux sinus latéraux, et son sommet répond, à peu de chose près, à la protubérance occipitale externe. Ses bords sont minces et presque tranchants dans sa moitié supérieure; dans sa moitié inférieure, ils sont arrondis, quoique très-franchement accusés encore. La paroi postérieure du confluent des sinus, notablement amincie, formait une varicosité qui se moulait dans cette excavation de la façon la plus exacte.

10. Cancer de l'utérus; urémie; rétention des matières fécales; par M. Ch. Féré, externe des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie dans le service de M. le professeur

Charcot, à la Salpêtrière, sur une femme de 59 ans, nommée H......

Cette femme avait commencé il y a 2 ans à avoir des hémorrhagies utérines assez abondantes, qui se répétaient fréquemment et étaient devenues presque continuelles ; pendant les intervalles des hémorrhagies, elle avait des pertes blanches. Pendant 18 mois, les douleurs spontanées ont été peu vives, c'était plutôt une sensation de gêne dans le bassin, et de temps en temps, elle éprouvait des élancements qui duraient pendant plusieurs jours, puis cessaient.

Depuis six mois, les hémorrhagies se sont éloignées, mais les pertes blanches ont beaucoup augmenté et ont pris un caractère de fétidité remarquable. La malade mangeait peu, ses téguments avaient pris la teinte jaune-paille caractéristique, mais comme les douleurs lui laissaient de longs intervalles de bien-être relatif, elle continuait à marcher.

Dans les premiers jours d'*octobre*, les douleurs reprirent une nouvelle intensité, l'écoulement blanc fétide persista.

Le 5 *octobre*, elle eut quelques petits frissons qui se répétèrent les jours suivants à des intervalles variables, et elle constata en même temps qu'elle ne rendait plus qu'une petite quantité d'urine. Elle entra alors à l'infirmerie.

Le 8 *octobre*, elle fut prise de céphalalgie très-intense, avec perte de l'appétit, prostration, somnolence. Elle ne rendit que quelques gouttes d'urine qui furent les dernières; à partir de ce jour, elle ne rendit plus non plus aucune matière par le rectum.

Les *jours suivants*, la céphalalgie persista; même somnolence, même apathie intellectuelle et physique, interrompue la nuit par des rêvasseries. Le cathétérisme fut pratiqué plusieurs fois sans ramener une goutte d'urine. Toujours pas de selles. La malade n'accepte que des aliments liquides.

Enfin le 18 *octobre*, après avoir présenté quelques convulsions partielles et passagères, elle tomba dans le coma et mourut.

Autopsie. — Les organes thoraciques ne présentent rien de spécial.

L'estomac est distendu par des gaz et contient un liquide grumeleux verdâtre. L'intestin grêle est aussi météorisé et contient dans sa portion inférieure des matières demi-liquides, aussi verdâtres. Des matières dures sont amassées dans le cœcum et dans le côlon ascendant et transverse. Le côlon descendant et surtout l'S iliaque et le rectum sont considérablement réduits de volume, et, à la palpation, paraissent ne renfermer aucune matière.

Tous les organes pelviens sont intimement adhérents; les culs-de-sac vésico-utérin et utéro-rectal ont disparu; les ovaires et la trompe droite sont enveloppés dans les adhérences péritonéales ; la trompe gauche seule est libre au-dessus de la masse.

Les uretères, qui pénètrent dans ses parties latérales, ont environ un centimètre de diamètre et sont distendus par du liquide ainsi que les bassinets et les calices dont la surface interne ne présente aucune lésion inflammatoire apparente. Les reins sont un peu gros et pâles.

Après avoir enlevé en masse tous les organes accolés qui remplissent l'excavation, on voit que la vessie, dont la partie postéro-inférieure est intimement unie à la face antérieure de l'utérus, est très-réduite de volume, et que sa cavité, qui est à sec, contiendrait à peine un gros marron. La muqueuse, plissée, est pâle dans toute la partie supérieure; elle est brunâtre et comme ecchymosée sur le trigone, vers la partie postérieure duquel elle est ramollie. A droite comme à gauche, il est impossible de faire pénétrer un stylet soit de l'uretère dans la vessie soit de la vessie dans l'uretère. Ces conduits ne paraissent pas seulement oblitérés par l'envahissement de la partie postérieure de la vessie par le cancer, mais aussi par le tissu cellulo-fibreux très-dense qui l'entoure et par plusieurs ganglions volumineux contenus dans l'épaisseur de la partie inférieure des ligaments larges.

L'utérus a acquis le volume du poing. La totalité de l'organe paraît avoir subi la dégénérescence cancéreuse ; la partie inférieure de la paroi antérieure de la cavité du corps, mais surtout le col, sont profondément ulcérés.

Le vagin est sain; pas de ganglions inguinaux.

Le rectum est accolé à la face postérieure de l'utérus. Il n'est pas envahi par le cancer: mais il est difficile de l'isoler du tissu dense et serré qui l'entoure ; il est réduit au volume du pouce ; la partie située au-dessus de la tumeur utérine est aussi rétrécie. Les tuniques ne semblent pas altérées, la muqueuse est très-pâle.

La cavité du rectum est remplie par une matière glutineuse assez analogue à de l'amidon cuit, mais un peu jaunâtre. Cette matière se rencontre aussi dans la partie inférieure de l'S iliaque ; l'examen microscopique a montré qu'elle était constituée exclusivement par des éléments épithéliaux plus ou moins dégénérés, sans traces de produits inflammatoires.

Réflexions. Cette observation est remarquable à deux points de vue: 1° D'abord par le défaut d'excrétion urinaire qui a amené l'urémie et qui est due à la propagation du cancer à la portion vésicale des uretères, et aussi à la compression de la partie inférieure de ces conduits par des ganglions volumineux et des masses de tissu cellulaire induré par des inflammations antérieures et comprises dans l'épaisseur du ligament large.

2° Par la rétention des matières fécales, qu'il est moins facile d'expliquer. On ne peut pas l'attribuer à la compression par la tumeur dont le volume est insuffisant; s'il en était ainsi, d'ailleurs, l'intestin serait dilaté immédiatement au-dessus de la limite de l'utérus, tandis qu'il est rétracté presque jusqu'à l'arc du côlon. La rétraction ne peut guère non plus être due à la rectite qui accompagne assez souvent le cancer de l'utérus, car on n'a pas trouvé de produits inflammatoires dans les matières contenues. Peut-on l'attribuer à un réflexe provoqué par l'iritation des filets du plexus hypogastrique compris dans la tumeur et les tissus plus ou moins altérés qui l'entourent ?

11. Des altérations qui surviennent dans la muqueuse de l'estomac, consécutivement aux lésions cérébrales ; par M. Brown-Séquard.

Les pièces que je mets sous les yeux de la Société proviennent d'un animal auquel on avait fait subir une lésion de l'encéphale (brûlure de la surface du cerveau), et chez lequel se sont ensuite développées des lésions de l'estomac. Cet animal avait commencé par maigrir considérablement à la suite de la lésion cérébrale, puis il s'était mis à engraisser, et en même temps devenait plus gai, plus actif, et en quelque sorte plus intelligent qu'avant l'opération.

A l'autopsie, on put constater que la muqueuse de l'estomac était d'un rouge vineux, et de plus on remarqua un ulcère arrondi, intéressant toutes les tuniques de l'estomac et qui se trouvait complétement oblitéré par la rate; les deux organes étaient réunis par des adhérences celluleuses, d'ailleurs assez faciles à détacher.

Les faits de ce genre ont été observés assez souvent depuis 1844, époque à laquelle Schiff attira sur eux l'attention; mais il règne encore au sujet de leur mécanisme de production un certain degré d'incertitude. Schiff a eu le mérite de dire que le pneumogastrique n'était pas en cause en pareil cas; mais sauf ce point, qui est vrai, il a répandu un grand nombre d'idées erronées; il a, notamment, confondu des phénomènes dépendant d'une paralysie vaso-motrice avec d'autres phénomènes complétement distincts : ainsi il paraît assimiler absolument, au point de vue de leur mécanisme, les ramollissements et les ulcérations de la muqueuse gastrique aux hémorrhagies qui se font dans le même organe, consécutivement à certaines lésions des centres nerveux ; or, ce sont là des choses essentiellement distinctes.

Schiff a raison, lorsqu'il dit que des lésions du corps strié, des pédoncules ou de la moelle, peuvent amener des ramollissements de la muqueuse de l'estomac; mais il a tort lorsqu'il dit que les mêmes lésions peuvent produire en même temps des hémorrhagies; cela est extrêmement rare, et sur un très-grand nombre d'expériences, je n'en ai observé qu'un seul exemple à la suite de lésion de la moelle. Au contraire, les hémorrhagies sont constantes lorsque la lésion intéresse un point du pont de Varole qui se trouve au niveau de l'insertion du pédoncule cérébelleux moyen.

Après avoir assimilé les deux phénomènes, hémorrhagie et ramollissement, Schiff a voulu les expliquer tous deux par une paralysie vaso-motrice : c'est encore une erreur, en ce qui concerne les hémorrhagies ; car le mécanisme est totalement inverse, et consiste essentiellement dans une contraction des artères et des veines ; par suite, le sang se trouve repoussé des deux côtés à la fois vers les capillaires, et ceux-ci, gorgés de sang, se déchirent : c'est là la seule explication possible.

Dans le cas présent, la lésion cérébrale a été produite par une brûlure de la surface du cerveau. Il s'est produit à ce niveau, entre celle-ci et le crâne, des adhérences assez solides, dont l'étude sera ultérieurement poursuivie. Depuis quelques mois, j'ai souvent employé comme moyen d'excitation du cerveau, la cautérisation par le fer rouge, et j'ai constaté que l'on obtenait ainsi des effets très-intéressants, et différents de ceux que donnent les autres modes d'excitation. Il est bien certain que les phénomènes varient non-seulement suivant le point où l'on applique l'excitant, mais également suivant la nature de celui-ci.

12. Sur un portrait de Vésale, par Jean de Calcar (*au musée du Louvre*) ; par M. le Dr Turner.

Messieurs, je suis heureux de pouvoir vous annoncer que le portrait de Vésale est au Louvre. C'est ce grave jeune homme de 26 ans, peint par Jean de Calcar en 1540. Ces dates sont écrites sur le piédestal de la colonne où s'appuie le personnage, resté inconnu au Louvre pendant plus de 170 ans. Sur une des bagues qu'il porte à la main gauche, on lit trois lettres : A.V. B., les initiales d'Andreas Vesalius Bruxellensis. Au lieu d'un A, M. Ch. Blanc (*Histoire des Peintres*) voit un M., et traduit magister Vesalius. Je maintiens l'A, et je suis heureux de retrouver simplement le nom d'André Vésale. Ceux qui, avec M. Ch. Blanc voudront conserver un M, devront savoir que jamais on n'a appelé Vésale : Magister Vesalius. Le mot magister n'a pas cette signification. L'œuvre de Johan Stephan von Calcar, comme disent les catalogues, longtemps attribuée au Tintoret, appartient à l'école italienne.

13. Lésions cardiaques multiples ; embolies viscérales ; thromboses veineuses ; par M. L. Dreyfus, interne des hôpitaux.

La nommée T...., âgée de 37 ans, entre le 6 septembre 1875, service de M. Moissenet, à l'Hôtel-Dieu.

Bonne santé habituelle : rhumatisme articulaire aigu en 1858 : depuis cette époque, elle eut parfois un peu d'œdème des membres inférieurs, sans phénomènes cardiaques.

Le 25 *août* 1875, palpitations violentes, étourdissements qui persistent jusqu'à son entrée. A ce moment, on constate une teinte subictérique des téguments, des étourdissements et de violentes palpitations ; hypertrophie cardiaque, fréquence, intermittences et irrégularité des battements cardiaques et du pouls. Pas de souffle appréciable. Etat général bon.

Le 8 *septembre*, légère douleur dans la région rénale gauche ; vomissements bilieux ; urine peu abondante, hématosique et albumineuse.

Le 12, l'urine ne renferme plus ni albumine ni sang.

Le 16 *septembre*, l'oppression est devenue considérable : submatité, râles crépitants et frottements pleurétiques à la base du poumon droit. Battements des jugulaires et du foie.

Depuis cette époque, l'orthopnée persista jusqu'à la mort. Le pouls resta extrêmement petit, irrégulier et intermittent, malgré l'emploi de la digitale et des drastiques. Anorexie ; constipation. Toujours pas de souffle au cœur, qu'il est du reste très-difficile d'ausculter.

22 *septembre*, expectoration sanguinolente, signes de congestion dans les deux poumons. Œdème du bras gauche, non douloureux, qui alla croissant et persista jusqu'à la mort. Œdème des membres inférieurs.

Au commencement d'*octobre*, la peau se fendille aux membres inférieurs, d'où un écoulement constant de sérosité.

15 *octobre*, tous les symptômes se sont aggravés : des plaques gangréneuses apparaissent aux membres inférieurs ; l'orthopnée va croissant jusqu'à la mort, qui survient le 19 *octobre*.

Autopsie, 21 *octobre*. — *Cœur* très-volumineux, très-dilaté, surtout dans sa portion auriculaire. Rétrécissement mitral extrêmement prononcé. Végétations très-fines et friables sur les valvules aortiques, légèrement insuffisantes. Insuffisance de la valvule tricuspide, probablement consécutive. Caillots anciens, friables, peu adhérents, accrochés à la paroi cardiaque dans divers points, surtout dans les auricules. Endocarde lisse.

Poumons. Nombreux infarctus, généralement récents, surtout dans le poumon droit et à la base. Caillots dans les veines pulmonaires. Pleurésie sèche du côté droit.

Foie et *rate* hypertrophiés, congestionnés, sans infarctus.

Reins. Pas d'altération appréciable dans le rein droit. Le rein gauche présente très-prononcés les caractères de la néphrite embolique. La capsule est peu adhérente. A la superficie on voit çà et là des taches jaunâtres. A la coupe, on constate une dégénérescence graisseuse, disséminée assez irrégulièrement dans la région des pyramides et dans la couche corticale. Le rein gauche parait racorni, est beaucoup moins volumineux que le rein droit. On trouve un caillot qui paraît d'origine embolique dans l'artère rénale gauche, près de sa bifurcation.

Veine sous-clavière gauche oblitérée presque entièrement par un caillot décoloré, stratifié, qui ne laisse plus au sang qu'un passage étroit à son centre. Le tissu cellulaire des jambes est gangrené dans une assez grande étendue.

14 Dilatation et athérome de la crosse aortique ; hémiplégie ; aphasie ; péritonite purulente ; par M. Decaudin, interne des hôpitaux.

Devarenne, couturière, âgée de 47 ans, entre le 14 août 1875 à l'hôpital de la Pitié, salle Sainte-Eugénie, n° 39 (service de M. Gombault).

Femme forte, à figure rouge, mais rachitique, ayant des tibias fortement incurvés en dedans, et un sternum bombé. Les membres inférieurs sont courts. A 18 ans, elle eut une inflammation d'intestin (*sic*). A 42 ans, à la suite d'un voyage en Grèce, accès de fièvre intermittente. Elle revint en France amaigrie et affaiblie.

En *janvier* 1875, quelques douleurs dans les jointures, à 5 ou 6 reprises différentes. Depuis ce temps, une femme avec laquelle elle vivait et à qui nous devons ces renseignements, raconte qu'elle donnait les signes d'un affaiblissement graduel, s'essoufflait rapidement, se plaignait parfois d'étouffements, d'oppression ; elle avait d'ailleurs conscience de son état et s'en affectait. A part cela, santé générale bonne.

Vers le mois de *juin*, elle ressentit dans l'abdomen des douleurs vives accompagnées de gonflement du ventre et de fièvre ; elle dut s'aliter, au bout d'un mois fut rétablie. Toutefois, une diarrhée qui persista pendant une dizaine de jours, prolongea sa convalescence.

Le 13 *août*, elle subit une contrariété suivie d'une joie assez vive. A cet instant elle s'affaissa sur son lit, privée de connaissance. Au bout de 20 minutes elle revint à elle, parlant assez facilement. Ce n'est que 2 heures après environ que survint la paralysie dans le côté droit. Elle s'exprimait alors difficilement et semblait avoir perdu l'usage de certains mots.

Dans cet état, elle fut transportée à l'hôpital le 14 *août*.

Le 15 *août*, on constate une hémiplégie droite ; le bras et la jambe sont absolument privés de mouvement, mais non de sensibilité. Le facies est hébété, les réponses restent inintelligibles, elle semble faire effort pour trouver des mots qu'elle ne peut articuler ou qui font défaut à sa mémoire, et se fâche devant cette impuissance à traduire sa pensée pour répondre à des questions qu'elle semble parfaitement comprendre. Elle répète avec insistance des monosyllabes vides de sens. D'ailleurs, le timbre de sa voix n'est nullement altéré. La langue, belle d'aspect, est déviée à droite. Hémiplégie faciale du même côté que la paralysie des membres. Les yeux sont fixes, les pupilles égales. Respiration cependant difficile et fréquente. Peau chaude. Le pouls du côté droit bat avec ampleur et force

sans intermittences 100 pulsations; tandis qu'à gauche, chose surprenante, et qu'on n'avait pas trouvé la veille au soir, le pouls ne bat plus ni au niveau du radius, ni au pli du coude. Ce seul fait nous fait réexaminer avec soin la région précordiale.

Le diagnostic de la veille au soir avait été (à cause d'un souffle à la base du cœur, au 1[er] et au 2[e] temps) : *Hémiplégie droite. Athérome des vaisseaux. Embolie de la sylvienne et ramollissement de la 3[e] circonvolution frontale gauche, d'où aphasie.* Mais la découverte de l'absence du pouls à gauche devait nous conduire, après l'examen plus approfondi de la région précordiale, à un autre diagnostic.

En effet, au devant du sternum, il existe une voussure, qui, chez un rachitique, n'est rien moins que l'ordinaire. Au-dessus de la clavicule et à droite du sternum, l'on perçoit des soulèvements insolites et isochrones au pouls. Le doigt appliqué en ce point et déprimant les téguments pour pénétrer derrière le sternum sent une tumeur dure, frémissante, qui présente à chaque systole comme un mouvement d'expansion. Egalement au-devant du cœur, la main appliquée perçoit une sorte de frémissement insolite qui décroît de la base à la pointe

La percussion assigne au cœur un volume un peu exagéré.

A l'auscultation à la pointe, le 1[er] bruit est fort, bien claqué, mais le second s'entend moins bien ; plus haut, le bruit du premier temps est un peu soufflant. Plus haut encore, au niveau du foyer des bruits aortiques, bruit de souffle systolique vibrant, le 2[e] bruit est net. En remontant encore à droite du sternum, le premier bruit s'entend seul, il est plus fort, plus vibrant et très-soufflant. On n'entend pas le 2[e] bruit. Dans les vaisseaux du cou, même souffle systolique très-rude et très-intense, aussi bien à droite qu'à gauche.

L'auscultation ne révèle dans les poumons qu'une respiration courte et bruyante.

La malade prend du bouillon sans trop de difficultés. Elle a de la diarrhée et des évacuations urinaires et fécales involontaires.

16 *août.* Mêmes symptômes, torpeur moins grande; le bras droit cependant est plus coloré, plus chaud et plus volumineux (presque œdématié) que le gauche. La température axillaire est de 39°, 4 à gauche, et 39°, 7 à droite. D'après tous ces signes, le diagnostic fut modifié et formulé ainsi : *Anévrysme de l'aorte*, au niveau de la convexité de la crosse, caillot prolongé et oblitérant la carotide et la sous-clavière gauches.

17 *août.* Respiration toujours forte et bruyante, même facies hébété. Température vaginale 39°,8. Pouls droit 120 par minute. Sueurs abondantes; figure très-colorée ; peau chaude ; le ventre est un peu météorisé ; selles toujours involontaires et diarrhéiques sous l'influence du calomel.

18 *août.* T. V. 40°: P. 120. Le pouls est normal, ample et régulier.

19 *août.* Les symptômes s'aggravent ; facies plus altéré ; face vultueuse, cyanosée; voix éteinte ; coma progressif : l'œil est fixe ; quelques tremblements dans tout le corps ; aphasie complète. Du côté droit, hémiplégie, *anesthésie très-marquée*, à gauche, hyperesthésie ; 32 respirat ; pouls, 128 ; temp. 40° 2. On commence à percevoir des pulsations très-faibles dans l'artère radiale du côté gauche. *Soir.* T. 40°, 4.

20 *août.* La nuit a été très-agitée Délire, mouvements désordonnés. Le matin, état comateux complet mêmes signes du coté du système circulatoire : facies plus cyanosé. Respiration courte, stertoreuse ; 56 par minute. Quelques râles disséminés dans les 2 poumons. *L'anesthésie à droite persiste.* T. 41°,1. Ventre plus ballonné. La pression semble douloureuse à la malade qui sort alors de sa torpeur.

Le pouls à droite est petit, fréquent et inégal ; à gauche, il est imperceptible à nouveau. *Quelques hoquets.* Le ventre est toujours météorisé et douloureux. Respiration stertoreuse. A 8 heures du soir, la malade éprouve un violent accès de suffocation et succombe.

AUTOPSIE le 22 *août.*

Cerveau. Méninges saines ainsi que la surface des hémisphères. En pratiquant des coupes horizontales, on trouve le tissu cérébral ramolli à gauche dans toute l'étendue du corps strié, de la capsule interne, et de la 3[e] circonvolution frontale dont la partie externe est intacte. La couche optique seule est respectée. (Aphasie, hémiplégie droite et hémianesthésie droite survenue quatre jours après le début des accidents apoplectiques.) L'aspect du tissu est celui du ramollissement gris ; il est friable, se déchire avec le doigt et se désagrége sous un mince filet d'eau. En examinant avec soin l'artère sylvienne gauche, on trouve à 2 centimètres de son origine un petit caillot long de 3 mil., assez consistant et adhérent à la paroi supérieure de l'artère ; en le décollant, on aperçoit sur cette artère un point dur et résistant qui semble être une petite plaque de dégénérescence calcaire. A un centimètre plus loin, se trouve un caillot tout pareil prolongé par un caillot plus mou et diffluent d'un rouge vif et d'aspect récent.

Le *cœur* est un peu volumineux, légèrement dilaté; ventricule gauche hypertrophié, valvule mitrale saine et suffisante. L'orifice aortique est un peu dilaté et les sigmoïdes sont insuffisantes. Au sortir du ventricule, l'aorte présente une dilatation semi-fusiforme correspondant à la partie convexe de sa portion ascendante et mesurant à peu près 6 centim. de long. L'augmentation de calibre semble être de 2 centimètres. Les parois de l'artère sont très-épaissies, mesurant 4 mm., et la tunique interne est envahie dans toute son étendue par des plaques athéromateuses et calcaires continues les unes aux autres, et qui donnent à la paroi un aspect bourgeonnant grisâtre avec quelques points tirant sur le noir. Le vaisseau est pour ainsi dire immobilisé sur un moule rigide qui lui enlève toute élasticité. Ce n'est qu'au niveau de l'orifice du tronc brachio-céphalique que la dilatation cesse ; ce tronc est peu athéromateux. La carotide primitive et la sous-clavière droites sont perméables et aucune trace d'athérome n'existe sur les parois. Mais c'est en vain que l'on cherche l'orifice des artères carotide et sous-clavière gauches, sur la paroi de la crosse aortique. Un stylet introduit successivement dans le bout supérieur de ces deux artères arrive jusqu'à la paroi aortique, mais ne peut la dépasser : les orifices de ces artères, perméables de haut en bas, sont absolument bouchés, et les traces de ces orifices sont attestées seulement par deux petites dépressions ombiliquées et rayonnées. Ces deux vestiges d'orifices sont très-rapprochés l'un de l'autre.

La tunique interne de l'aorte semble avoir subi en ce point une sorte de froncement, de rétraction analogue à la rétraction du tissu cicatriciel, qui a oblitéré le calibre de la carotide et de la sous-clavière en les rapprochant du tronc innominé. Est-ce là le résultat de l'artérite ? En tout cas, l'absence du pouls à gauche s'explique et fait comprendre qu'on ait d'abord pu penser à un anévrysme de l'aorte qui n'aurait été que dilatée. Quant à la sensation du pouls qui revint dans le cours de la maladie, ne faut-il pas l'attribuer à la récurrence des artères de la main et aux nombreuses collatérales qui peuvent suppléer la circulation à l'extrémité des membres (hypothèse d'ailleurs en accord avec les faits signalés par le D[r] Dumaz dans sa thèse sur les oblitérations artérielles). En tous cas, nous n'avons pu trouver de faits analogues à celui que nous présentons et relativement à cette sorte de rétraction qui bouche les orifices artériels sans altérer leur calibre, resté perméable.

Poumons et plèvres. Rien à signaler, un peu de congestion.

Rate, foie, reins normaux.

Dans la *cavité abdominale* on trouve tous les signes d'une péritonite suraiguë : séreuse rouge, injectée; brides, adhérences nombreuses des anses grêles entre elles et avec l'épiploon Quantité considérable de pus ; cherchant à développer l'intestin, on y arrive avec peine, néanmoins on peut constater des perforations multiples derrière les brides. L'appendice vermiculaire et le cœcum sont sains.

L'*utérus* est le siége de 3 ou 4 corps fibreux interstitiels et près de s'énucléer.

RÉFLEXIONS. D'où provient cette péritonite par perforation ? Cette femme qui avait des selles, il est vrai involontaires, n'a jamais présenté de signes d'occlusion. Nous sommes en droit de rejeter des ulcérations tuberculeuses, typhoïdes, cancéreuses et dysentériques. Que reste-t-il ? N'avons-nous pas eu affaire, lors des derniers jours de la maladie, alors que la température est montée subitement à 39°, 40° et à 41°, à une péri-

tonite survenue par sphacèle de l'intestin déterminé par des embolies mésentériques? Cette interprétation semble assez admissible.

M. TROISIER. J'ai observé dernièrement dans le service de M. Duguet un fait semblable à celui que vient de présenter M. Decaudin.

L'artère carotide gauche était presque complétement oblitérée au niveau de son origine; et son orifice de communication avec l'aorte laissait tout au plus passer uue tête d'épingle. La lésion était du reste limitée à ce niveau; à 2 millimètres plus haut, l'artère était normale. M. Duguet m'a dit avoir vu un cas d'oblitération de la sous-clavière qui avait été diagnostiquée pendant la vie.

15. Grossesse gémellaire dans laquelle un des fœtus a été aplati vers 2 1/2 ou 3 mois contre les parois utérines par l'autre fœtus qui s'est normalement développé et est arrivé à terme: par M. GOLAY, interne des hôpitaux.

L... Florentine, âgée de 37 ans, entre le 15 octobre à l'hôpital Cochin, dans le service de M. POLAILLON. Pas d'antécédents de grossesse gémellaire dans la famille. Cette femme a été réglée pour la première fois à l'âge de 18 ans. — Ses règles venaient tous les mois pendant 6 jours.

Elle a accouché pour la première fois il y a 2 ans d'un garçon bien conformé et à terme.

Pendant qu'elle nourrissait, elle a vu apparaître, sur ses jambes et sur le côté gauche de la poitrine, diverses éruptions cutanées que la malade rapporte à un lait répandu, mais qui, par les caractères des cicatrices qu'elles ont laissées, paraissent manifestement avoir dû appartenir à la syphilis. Cependant la malade nie avoir jamais eu aucune ulcératiou aux parties génitales externes.

Les dernières règles se sont montrées du 4 au 8 *janvier* 1875. Accidents de la grossesse: diarrhée et constipation alternatives.

La malade a ressenti les premières douleurs le 15 *octobre* à 4 h. du matiu. — Elle est entrée dans la salle d'accouchements le 15 *octobre* à 7 h., et nous avons constaté à ce moment un début de travail et une présentation occipito-iliaque gauche antérieure.

La rupture des membranes s'est faite le 15 *octobre* à 8 h. du matin, au début du travail, et c'est seulement le 16 *octobre*, vers 2 h. du matin, que la dilatation a été complète.

La malade a accouché spontanément le 16 *octobre*, à 3 h. 30 du matin, d'un garçon, vivant, à terme, bien conformé, ne présentant aucune éruption cutanée; il pesait 3.500 grammes.

Durée totale du travail, 23 h. 30. La délivrance a été naturelle et s'est effectuée le 16 *octobre* à 3 h. 45 matin.

En examinant le placenta et les membranes qui, au premier abord, paraissent normaux, nous trouvons dans le voisinage du placenta, un épaississement considérable de l'amnios. Nous le reconnaissons coustitué par un secoud sac amniotique et un second placenta, atrophiés par l'aplatissement qu'ils ont éprouvé entre l'œuf normalement développé et les parois utérines. Cet épaississement des membranes se sépare facilement de l'œuf normalement développé.

En ouvrant cette petite poche amniotique, qui présente l'étendue de la paume de la main, nous trouvons un fœtus de 2 1/2 à 3 mois, complètement aplati, mais encore facilement reconnaissable dans ses principales parties. Il présente une épaisseur de 2 à 3 mm. La tête aplatie et vue presque de profil, a l'étendue d'une pièce de 2 francs. A la partie postérieure de la tête du fœtus il existe un kyste également aplati, d'un volume à peu près égal à celui de la tête, et qui communique avec l'intérieur de la cavité crânienne par un orifice. Cette poche est sans doute constituée par une hernie de la substance cérébrale. L'orifice de communication siége au niveau de la fontanelle postérieure.

Le cordon ombilical, également aplati comme une tige de fleur entre les deux feuillets d'un livre, part visiblement de l'abdomen du fœtus pour se rendre au bord du petit placenta atrophié. Il a environ 1 mm. 1/2 d'épaisseur.

Le placenta de ce fœtus, juxtaposé au placenta de l'enfant complétement développé en est cepeudant complétemeut isolé. Il présente l'étendue de la paume de la main. Ses bourgeons sont pâles, de la grosseur d'un pois et ne sont pas vasculaires.

L'amnios est également complétement indépendant du sac amniotique de l'enfant venu à terme; il lui est simplement accolé, peu adhérent. Ce n'est que dans le voisinage immédiat du placenta normal que les 2 membranes amniotiques paraissent réunies par une sorte de petit pont membraneux.

RÉFLEXIONS. Ces fœtus aplatis sont assez rares. Cependant M. le Dr Polaillon en a déjà observé un cas à la Maternité de Cochin, et il en existe une pièce dans la vitrine de la Maternité.

Corps étrangers péritonéaux; par M. CH. FÉRÉ, interne des hôpitaux

Ces pièces proviennent du service de M. le professeur CHARCOT, à l'infirmerie de la Salpêtrière, et ont été recueillies chez une femme de 90 ans, nommée Bernier, morte de pneumonie lobulaire.

Cette femme était obèse, ses parois abdominales avaient au moins cinq centimètres d'épaisseur; mais les plis et les rides qui sillonnaient toute la surface de son corps, surtout le cou, semblaient indiquer qu'elle avait présenté autrefois un embonpoint plus cousidérable encore.

A l'ouverture de l'abdomen, on voit l'épiploon chargé de graisse et des pelotous adipeux volumineux appendus le long du gros intestin: toutes ces masses graisseuses ont un aspect terne, sont rougeâtres, ridées et comme flétries.

Le long de la face interne du côlon ascendant entouré d'appendices graisseux, on voit trois petits corps de volume inégal, mais de couleur uniforme, blanc jaunâtre, à surface lisse. Le plus volumineux situé à quelques centimètres au-dessous de l'angle du côlon, présente une longueur de plus de deux centimètres et demi et a un peu moins de deux centimètres dans sa plus grande largeur; la forme générale est elliptique à grosse extrémité tournée en bas; il présente une face convexe complétement libre, et une face concave adhéraut au côlon par quelques tractus extrêmement déliés, qui ont cédé au simple attouchement. Ce corps paraît formé de substance fibro-calcaire et en grande partie solide, sauf vers la moitié antérieure de sa face convexe, où il se laisse déprimer, et après l'incision d'une mince couche solide on voit s'écouler une petite quantité d'uu liquide jaunâtre assez analogue à de la synovie.

Un peu plus bas, sur la même face du côlon, on trouve encore deux autres corps analogues, mais beaucoup plus petits; l'un présente le volume d'une lentille, l'autre celui d'un gros noyau de cerise; ils adhèrent très-intimement à l'intestin et il faut déchirer la tunique péritonéale pour les détacher des pelotons adipeux qui les environnent. Leur face adhérente offre une dépression en forme de hile. Ils sont tout-à-fait solides et paraissent absolument calcaires.

Ces petits corps paraissent résulter d'une infiltration calcaire des appendices graisseux de l'épiploon, analogue à celle qu'on observe dans certains lipomes. Lorsque l'infiltration est complète, ces petites masses, qui ne tiennent plus par aucun lien à l'organisme, peuvent finir par se détacher et vont constituer des corps étrangers dans la cavité péritonéale, en dehors de laquelle elles se sont primitivement développées.

Je présente en outre l'utérus d'une femme de 85 ans. A la partie supérieure de la face antérieure on voit appendue par un pédicule qui a à peine un millimètre d'épaisseur, une petite masse à aspect mûriforme, du volume d'une noisette, et tout-à-fait calcaire. Cette production paraît résulter de la dégénération d'un corps fibreux sous-péritonéal et semble indiquer un autre mode de formation des corps étrangers du péritoine.

Cette pièce présente encore à considérer une phlébolithe du volume d'un pois, situé dans uue des veines ovariques gauches.

Tumeur sébacée ombilicale; par M. CH. FÉRÉ, externe des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie sur une femme de 75 ans, morte

d'accidents cardio-pulmouaires, dans le service de M. Charcot.

Cette femme était obèse. L'incision de la paroi abdominale, qui présente une épaisseur de 5 ceut. environ, ayant été faite un peu en dehors de la ligne médiane, eu saisissant le lambeau au uiveau de l'ombilic, on sent une petite tumeur allongée, dirigée obliquement de haut en bas et d'arrière en avaut, suivant une ligne qui unirait le point où convergent les vaisseaux ombilicaux sur la face péritonéale de la paroi à la dépression cutanée de la face externe; elle semble traverser par conséquent toute la couche graisseuse.

Du côté du péritoine on ne trouve aucun pertuis au niveau de la cicatrice ombilicale.

En écartant les bords de la dépression cutanée, on aperçoit au fond une petite ouverture d'un millimètre de diamètre où le stylet arrêté par un corps jaunâtre et dur ne peut s'engager.

En pratiquant une incision suivant l'axe longitudinal de la tumeur, ou trouve d'abord la peau, puis uue couche graisseuse et on arrive sur l'enveloppe de la tumeur que l'on voit se continuer avec la peau au niveau du petit pertuis que j'ai signalé au fond de la dépression ombilicale. Après avoir ouvert cette sorte de sac dans toute sa longueur, on decouvre un petit corps ovoïde, du volume d'une amande, blanc jaunâtre, gluant au toucher, mais se laissant détacher tout d'une pièce de sa coque, d'une odeur infecte de smegma préputial.

La consistance de cette masse est demi-molle; à la coupe, on voit qu'elle est coustituée d'une matière homogène, que le microscope montre constituée d'éléments graisseux en grande quantité au milieu desquels on trouve quelques cristaux de cholestérine et des plaques épithéliales qui forment à la superficie une mince couche d'un blanc mat, facilement isolable, séparant la peau de son enveloppe cutauée qui ne paraît pas altérée dans sa texture.

Le mode de production de cette tumeur est facile à comprendre; à mesure que la paroi abdominale s'est épaissie, la dépression ombilicale s'est allongée en cul-de-sac dont l'obliquité a augmenté avec le poids de la paroi attirant en bas l'orifice qui, a un moment donné, s'est trouvé obstrué par un corps étrauger quelconque, probablement des flocons détachés des vêtements; et alors, les glandes cutanées accumulaut leur produit de secrétion auquel se mêlaient des debris d'épiderme, dans une cavité close, out formé la masse que je viens de décrire.

En raison de son petit volume, cette tumeur m'eût sans doute échappé si je n'avais été prevenu; mais j'avais déjà rencontré chez une autre obèse une production tout-a-fait semblable, mais présentant au moins le volume d'un œuf de pigeon. Comme celle que je présente, cette tumeur n'avait été vue qu'a l'autopsie: la femme qui la portait étant morte d'étranglement interne, elle eût peut-être induit en erreur sur la localisation et la cause des accidents, si elle avait été reconnue pendant la vie; mais malgré son volume, elle ne faisait aucune saillie et était complétement dissimulée dans l'épaisseur de la paroi abdominale, dont le tégument n'était nullement altéré dans son aspect.

Calcul biliaire; par M. Ch. Féré, externe des hôpitaux.

Ce calcul moulé sur la surface interne de la vésicule biliaire qu'il remplissait complétement, présente une forme cylindro-conique; son plus graud diamètre est de 52 millimètres, son plus petit de 28; son poids est de 32 grammes (à l'état frais), son aspect extérieur est rugueux, de couleur vert foncé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 février 1876. — Présidence de M. Houel.

M. [illegible] dit, à propos du procès-verbal, qu'il a plusieurs fois extrait des corps étraugers de la vessie. La dilatation de l'urèthre par l'éponge préparée lui a toujours donné les meilleurs résultats; jamais elle n'a été suivie d'incontinence d'urine. La dilatation violente, surtout si les tissus de l'urèthre sont indurés, offre de grands dangers. Il rappelle qu'il est arrivé une fois a un chirurgien illustre d'exciser l'urèthre pour aller, à l'aide des tenettes, à la recherche d'un prétendu calcul vésical qui n'existait nullement dans la vessie. L'exploration avait été faite à l'aide d'un lithotriteur. — Les deux mors de l'instrument ayant frappé l'uu contre l'autre auront fait croire à la préseuce d'une pierre.

M. Després a fait analyser chimiquemeut par M. Gauthier le calcul vésical présenté daus la dernière séance. Le noyau contient du phosphate de chaux et de magnésie, du carbonate de chaux et de l'acide urique, pas d'oxalates ni de matières organiques. L'enveloppe est formée par du phosphate de chaux, de l'acide urique et du mucus. Il a dû se former, dit M. Gauthier, quand l'urine était alcaline. M. Després continue à croire qu'il a eu pour origine uu calcul rénal. Il répond aux objections que lui a adressées M. Duplay, dans la dernière séance, en disaut qu'il n'a point de prétention d'avoir iuventé la dilatation de l'urèthre chez la femme dans des cas semblables, mais qu'il la vante et la préfère à la dilatation forcée.

M. Duplay dit que l'analyse chimique de ce calcul prouve seulement qu'il s'est formé dans la vessie, et nullement qu'il n'ait pas eu pour origine un fragment du calcul précédent. — *M. Nicaise* fait observer que la malade n'a jamais rien eu du côté du rein. La discussion deveuant fort animée, le Président met aux voix l'ordre du jour qui est voté.

M. Perrin lit un rapport sur une observation de *rétinite pigmentaire avec l'examen histologique de la rétine* présenté par M. Poncet (de Cluny). C'est un genre de rétinite pigmentaire, sans pigment qui paraît être assez fréquent.

Election. M. Th. Anger est nommé, au second tour de scrutin et à la majorité absolue, 16 voix, membre titulaire de la Société de chirurgie. M. Delens a obtenu 14 voix.

M. Tillaux lit un rapport sur un mémoire ayant pour titre *de l'ostéotomie dans les déviations rachitiques* adressé à la Société par M. Jules Bœckel, de Strasbourg. Il a pratiqué neuf fois cette opération sur le tibia et le péroué; il a obtenu toujours des résultats parfaits. Treute-quatre autres observations de cas également heureux ont été recueillis de l'étranger par M. Bœckel. Cette opération semble donc être toujours suivie de succès; M. Tillaux croit que les chirurgiens français doivent imiter leurs confrères d'Angleterre et d'Allemagne. C'est de 15 mois à 7 aus que les enfants devront être opérés. Mais M. Bœckel commence par essayer le redressement manuel, ce qui est facile quaud les os sont encore mous; quand ils sont plus durs, il essaye l'ostéoclastie par pression du membre incurvé sur un plan résistant.

Si ces procédés sout inacceptables, il fait l'ostéotomie. La peau est incisée jusqu'au périoste qui est lui-même décollé, puis le chirurgien attaque les os avec le ciseau et le maillet. Jamais il ne faut se servir de la scie, son usage peut donner lieu à des accidents. Billroth se contente d'entamer l'os assez profondément et attend que la plaie soit cicatrisée avant d'opérer le redressement; M. Bœckel sectionne entièrement la diaphyse, puis il panse la plaie suivant la méthode ce Lister. Lorsque la cicatrisation est complète, il redresse le membre et la guérison a lieu rapidement.

Si la courbure est latérale, la section simple suffit; mais si la déviatiou est antéro-postérieure, il est nécessaire d'en extraire uu fragment trapézoïde.— Le rapporteur demande qu'un résumé des observations citées par M. Bœckel et les remarques dont il les fait suivre dans son mémoire, soient insérées au bulletin.

M. Le Fort pense que cette question importante mérite une discussion spéciale; il demande qu'elle soit inscrite à l'ordre du jour de la prochaine seance. Il dit qu'il n'est nullement enthousiaste de cette façon de traiter les déviations rachitiques: on obtient très-bien le redressement à l'aide des appareils orthopédiques et cela sans la crainte d'aucun accident.

M. Labbé trouve que ces appareils sont souvent impuissants. L'opération de l'ostéotomie ne l'effraie nullement; il l'a vu réussir admirablement daus le service de Billroth à Vieune. Il trouve qu'elle devrait être pratiquée en France.

M. Guérin répond qu'elle a déjà été faite, il y a bien longtemps, par Jobert; c'est donc en France qu'elle a pris naissance.

M. PAN[illegible] dans les *Archives [illegible]* un mémoire de Niesbaum sur cette question. Il est tout-à-fait en conformité d'idées avec M. Bœckel. — Seulement, au lieu d'employer le pansement de Lister, il applique la glace sur la plaie et les résultats u'eu sont pas moins bons.

M. BLOT ne peuse pas qu'on soit autorisé à agir ainsi sur les os des enfants rachitiques avant l'âge de 10 ans. Les membres de ces enfants se redressent souveut d'eux-mêmes; mais avec des appareils et unc boune hygiène, on obtient très-souvent la guérisou. Pourquoi alors leur faire courir les risques d'une opération aussi grave?

M. DEPAUL se préoccupe de l'utilité de cette opération. La difformité produite par le rachitisme ne siége pas, ou c'est bien rare, dans uu seul membre, alors pourquoi faire uue si grave mutilation, pour ne remédier qu'à une partie de la difformité? Il voit souvent des membres de jeunes enfants se redresser fort bien sous l'influence de l'âge, des appareils et des influences d'uue bonne hygiène. Je demande que les observatious de M. Bœckel soient publiées *in extenso* afin que chacun eu puisse tirer l'enseignement qu'il croira bon. — Des observations sont éehangées sur la question eutre MM. Tillaux, Le Fort, Blot, et Depaul.

M. GIRAUD-TEULON présente au nom de M. Bodal, un optomètre dounaut en même temps que l'indice de réfractiou, la mesure de l'acuité de la vision. I. B.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

I. Recherches expérimentales sur le mécanisme de la déglutition; par le Dr Louis FIAUX.
II. Théorie des mycrozyma. — Etude théorique et pratique de la pyogénèse; par le Dr BALTUS.
III. De la voix humaine; par le Dr Paul KOCH.
IV. Etude d'hématologie pathologique basée sur l'extraction des gaz du sang (*variations de capacité pour l'oxygène par le globule sanguin*); par le Dr LÉGERAT.
V. Du rôle de l'estomac et du pylore dans la digestion et dans la formation du sang. — Leur influence sur un certain nombre de maladies chroniques; par le Dr Louis de SÉRÉ.
VI. Bulletin de l'Académie royale des Sciences, des Lettres et des Beaux-Arts de Belgique. (Année 1875).

I. L'auteur s'est efforcé, dans sou travail, d'abandonner toutes les hypothèses sur le mécauisme de la déglutition, ou plutôt du premier temps, et d'une partie du secoud temps de la déglutition, car il n'a pas étudié le troisième; il a réuni tous les faits, toutes les expérieuces justes, et il en a tiré des couclusions basées aussi d'ailleurs sur des expériences personnelles dans le laboratoire du professeur Bert.

La thèse de M. Fiaux compreud près de ceut cinquante pages; elle est accompagnée de planches qui permettent de bien suivre les descriptions: l'historique de la question, eu particulier, est traité avec de grands développemeuts. Le rôle du voile du palais, des piliers postérieurs, celui du pharynx et de la laugue, sont bien indiqués.

Le voile du palais, quand il s'élève, ralentit le passage d'uu corps quelcouque dans les narines, ou supprime ce passage; quand il s'abaisse, c'est pour rétablir la communieation entre la cavité uasale et la cavité pharyngicuue, mais il n'a aucune action sur la marche des aliments. Quant aux autres parties, M. Fiaux a vérifié ce qu'eu diseut les auteurs, relativemeut à leur action.

II. La thèse de M. Baltus de Montpellier est une thèse très-savante, cousacrée à la defense de la théorie des microzymas de M. Béchamp. Etant admis que les *mycrozymas* préexistent dans le pus, sous forme de germes qui, en évolutiou successive, constituent la chaînette, la hactérie, etc, l'ou est conduit à une théorie de la suppuratiou très-générale et en rapport avec ces idées; c'est, eu effet, ce qui est arrivé à M. Baltus. Pour lui, la suppuratiou n'est qu'un cas particulier de la fermentation et le microzyma du pus est aualogue au microzyma de la mère du vinaigre, évoluant dans un milieu convenable, en belles et grandes cellules, d'où, au point de vue du traitement, l'obligation de moderer et de régulariser, comme nous modérons et régularisons les autres fermentations.

Nous avons, dans ce journal, déjà rendu compte de la théorie de M. Béchamp; il faut espérer que la thèse d'agrégation, sur *les éléments figurés* qui va être soutenue bientôt à la Faculté de médecine de Paris, nous initiera encore mieux à la théorie parasitaire de l'Ecole de Montpellier. Il nous faut ajouter que l'auteur a fait des expériences qui paraissent concluantes, et qui, sans doute, seront confirmées par d'autres observateurs.

III. L'auteur, dans un petit opuscule d'une quarantaine de pages, passe en revue les théories connues de la voix humaine. Il envisage, en se servant des travaux de M. Helmboltz et de Muller, le côté mathématique de la question; dans une autre partie, il rappelle les observations les plus probantes relatives à l'iufluence des organes génitaux sur la voix; dans une autre, enfin, il s'occupe du côté artistique de la question.

IV. Ce travail a été fait dans le laboratoire de M. le professeur Bert, à la Sorbonne. Il comprend deux parties; la première est consacrée à l'historique de la question, à quelques généralités sur le sang, à la description des appareils et des procédés de l'auteur; la deuxième est la relation des expériences faites sur l'animal vivant. Les expériences sont très-nombreuses et paraissent conduites avec beaucoup de soin. M. Légerat en déduit les conclusions suivantes: 1° la capacité d'absorption du saug pour l'oxygène est en raison directe de la quantité d'hémoglobine fixée dans les globules; 2° il y a un rapport constant eutre le poids des globules frais et leur capacité d'absorption pour l'oxygène; 3° l'hémoglobiue, dans certains cas pathologiques, perd sa propriété de fixer l'oxygène; 4° la combinaison de certains produits toxiques avec les globules sanguins les rend incapahles de servir aux combustions internes des tissus; 5° à l'état patbologique, les glohules deviennent incolores par la perte de leur hémoglobine, tout en conservant leur forme caractéristique.

V. Voilà un petit ouvrage qui, assez rapidement, est arrivé à sa quatrième édition, et l'auteur l'a toujours maintenu au couraut de la science. La pbysiologie de l'estomac et du pylore y est exposée avec détails, mais la question est plutôt envisagée au point de vue médical, qu'au point de vue phyiologique pure. M. de Séré se montre très-réservé dans les conclusions qu'il tire de l'iufluence de ces organes sur la production des maladies chroniques; comme il le rappelle, le sang est tout, il fournit à tout et il subit l'influence de tous les tissus qu'il a servi à former, à nourir! Mais quel sujet difficile de patbologie géuérale! là les preuves manquent, et ce n'est que grâce à une patiente observatiou que quelques faits ont été présentés plutôt que démontrés.

VI. Ce volume renferme surtout des travaux de zoologie qui, pour la plupart, sont très-remarquables; nous citerons en pbysiologie, la *Théorie générale de la sensibilité*, par M le Dr Delbœuf. Il est une philosophie qui se fonde sur l'observation simultanée des pbénomènes externes d'uu côté, des faits psychiques corrélatifs de l'autre; cette science, c'est la psycho-physique; Weber, Helmholtz en ont été les fondateurs.

Le travail de M. Delbœuf qui est très-complet et très-bieu fait, appartieut tout entier à cette seience; il a été l'objet d'un rapport de M. Van Beneden. F. RAYMOND.

BIBLIOGRAPHIE

Kystes hydatiques du poumon et de la plèvre. Etude clinique, par A. W. HEARN, in-8. Paris 1875, Adr. Delahaye.

Personue ne doute de la difficulté du sujet traité par M. Hearu au point de vue clinique; l'auteur lui-même ne se la dissimule pas. Diagnostiquer si un malade est atteint de tuberculose ou de pleurésie ou bien s'il u'a qu'un kyste de la plèvre ou uu kyste du sommet est chose absolument impossible au premier abord, à moins que ce malade n'expectore une poche hydatide, auquel cas le diagnostic est fait. Mais faut-il attendre cet événement providentiel pour affirmer? M. Hearn a essayé à l'aide de 140 eas bien étudiés de débrouil-

ler la question et nous ne pouvons que lui en savoir gré, son travail étant le plus original et le plus complet qu'on ait vu sur la matière.

Tout est profondément étudié dans ce travail. Le kyste s'installe sournoisement et son existence passe longtemps inaperçue, il mine le sujet et peut à la longue l'amener à un état dit de phthisie hydatique. — Quelquefois il annonce sa présence d'une façon brusque. — Hémoptysie le plus souvent ou encore expectoration d'hydatide ou encore pneumothorax soudain chez un individu relativement bien portant. La pleurésie qu'il détermine n'a rien de spécial pas plus que la toux, l'expectoration, les vomiques purulentes qui cependant peuvent être simplement des vomiques limpides, à saveur salée contenant des débris de poche. La dyspnée, la voix, l'hémoptysie sont tous symptômes ordinaires qui n'apportent aucun renseignement certain au clinicien. — Mais là où il existe presque un élément de diagnostic, c'est dans l'état général ordinairement satisfaisant en dépit des signes physiques qui rappellent ceux des phthisies avancées. — Voilà pour les signes rationnels. — Quant aux signes physiques, on tiendra compte de la voussure du thorax qui doit provoquer la ponction exploratrice (Vigla, Trousseau), elle se voit fréquemment. Les vibrations vocales abolies, la percussion, l'auscultation ne peuvent fournir que des signes complémentaires incertains. Il n'en sera pas de même pour les éruptions cutanées (urticaire) qui se produisent quand le kyste s'ouvre dans la plèvre, car ce signe est d'accord avec ce qui se passe quand on a ponctionné pour la première fois un kyste hydatique du foie. Il y a, dans ce dernier cas, irruption de liquide hydatique dans le tissu cellulaire, pourquoi n'en serait-il pas de même quand le kyste s'ouvre dans la plèvre?

L'expectoration d'hydatides, avons-nous dit, établit avant tout le diagnostic ; ajoutons avec M. Hearn qu'elle est très-fréquente 45 fois sur 98 cas et qu'elle a été observée dans plus de la moitié des cas. Elle survient sans cause, précédée ou non d'hémoptysies quelquefois graves, en tous cas accompagnée d'une angoisse inexprimable et survenant rarement au début de l'affection. A sa suite, on a souvent constaté la guérison presque complète, mais souvent aussi la poche vidée vient à suppurer et dans ce cas le malade meurt phthisique ou succombe a l'infection purulente.

Rarement les kystes du poumon ou de la plèvre sont isolés; il faudra donc explorer tous les viscères et réciproquement se reporter de la découverte d'un kyste du foie à la coïncidence possible d'un kyste des organes thoraciques et, au cas où il y aurait quelques doutes, les antécédents et les phénomènes stéthoscopiques, les signes rationnels et physiques propres aux voies respiratoires prendraient une valeur véritable.

L'examen des signes physiques terminé, M. Hearn passe à quelques faits d'anatomie pathologique qui pourront éclairer à leur tour le diagnostic d'un kyste d'avec une pleurésie, d'avec une induration d'un des sommets. — Ainsi le cœur est rarement déplacé, les gros troncs veineux sont très exceptionnellement comprimés le kyste hydatique ayant toujours de la tendance à se porter vers les limites latérales de la cage thoracique. C'est ainsi encore que l'on tiendra compte, au point de vue de l'auscultation, de la sclérose pulmonaire qui se fait dans le parenchyme situé au voisinage de la poche; on pensera encore au point de vue des complications à la gangrène pulmonaire et enfin à la tuberculose développée secondairement En général, la tuberculose survient chez les sujets prédisposés, et à ce propos M. Hearn fait remarquer que les ongles hippocratiques ne peuvent, en tant que signes rationnels, faire distinguer le kyste de la tuberculose; souvent les ongles en massue ont été constatés chez les hydatifères indemnes de tubercules.

M. Hearn termine son travail par un recueil critique et statistique des 140 observations prises en France et à l'Etranger notamment en Irlande et en Australie où les cas d'hydatides constituent de véritables idiosyncrasies indigènes.

Ainsi qu'on le voit la thèse de M. Hearn est un exposé aussi complet que possible de la question, mais dans un sujet aussi difficile on devine combien les conclusions doivent rester insuffisantes pour le clinicien qui, avant tout, se préoccupe des éléments du diagnostic. M. Hearn a cherché à les établir en dehors de l'expectoration des hydatides; il a éssayé de signaler des signes spéciaux, il a enfin établi des statistiques avec 140 observations et notamment au point de vue des tuberculoses secondaires, nous ne pouvons que lui en savoir gré et le remercier d'avoir établi la question aussi complète qu'elle peut l'être. DECAUDIN.

VARIA

Nécrologie : Mort de M. Andral.

M. G. ANDRAL, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, est mort le 13 février dernier, à l'âge de 78 ans. Ses obsèques ont eu lieu mardi 15 février, au milieu d'un concours nombreux de médecins. Toutes les corporations scientifiques y étaient représentées. Aucun discours n'a été prononcé, le corps ayant été transporté aussitôt après la cérémonie religieuse à Châteauvieux (Loir-et-Cher). — Nous aurons sans doute à revenir prochainement sur l'appréciation des travaux de M. Andral.

La décentralisation scientifique en province, et l'ANNÉE MÉDICALE, journal de la Société de médecine de Caen et du Calvados.

La décentralisation scientifique est bien plutôt l'œuvre des savants et des hommes instruits qui résident dans nos provinces que celle de nos hommes d'Etat. Il est nécessaire, il est vrai, que ceux-ci s'occupent de fournir aux villes les ressources scientifiques dont elles sont absolument dénuées; le Ministre de l'Instruction publique, qui accomplira les réformes utiles, qui augmentera le matériel scientifique, rendra un grand service au pays tout entier. Mais, pour que le succès ne reste pas superficiel, pour que le progrès soit réel, il faut que les hommes intelligents se révèlent, agissent par eux-mêmes, et communiquent le mouvement dans la région qu'ils habitent. La grande Cité a tendu la main aux villes de provinces en créant récemment, l'*Association pour l'avancement des sciences*, dont les séances ont lieu chaque année dans une contrée différente de la France.

En province, il est juste aussi de reconnaître, qu'au point de vue médical, de grands efforts sont accomplis, Lyon et Bordeaux, Lille ont fondé des facultés: Marseille, Nantes, Toulouse, etc., rivalisent pour créer des écoles de plein exercice. Les publications scientifiques, les sociétés savantes se multiplient et se perfectionnent ; c'est là un signe certain de progrès; il faut espérer que ce mouvement ne s'arrêtera pas.

Parmi les nouvelles publications scientifiques de la province, nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs un journal de médecine qui vient de se fonder dans la ville de Caen, l'Athènes normande, comme on l'appelle quelquefois. Il est conçu dans un excellent esprit, et, pour qui connaît son savant et énergique rédacteur en chef, M. le Dr Fayel, le succès est certain. Dans l'introduction, M. Fayel indique ainsi le but du journal: « Voulant affirmer une fois de plus la vitalité de notre vieille société médicale en en rendant plus vaste le rayonnement, nous avons songé au vœu que nous avions souvent entendu émettre : celui de grouper autour de nous des confrères enchantés de voir cesser leur isolement scientifique, comme ils l'avaient été de voir cesser leur isolement professionnel, quand s'était formée pour eux l'Association des médecins de France. En la fondant, Rayer, notre illustre compatriote, avait inscrit sur son drapeau ces deux mots vraiment français : *Secours et protection*. Notre devise à nous était : *Travail et progrès*. Nous avons cru qu'il était opportun de réunir les deux bannières, et convaincus que tout médecin doit considérer, sinon comme un honneur, au moins comme un devoir d'apporter son concours à notre grande association, nous avons décrété qu'il faudra lui être affilié pour être des nôtres. » Mieux eut valu ne pas imposer aux collaborateurs une telle obligation: c'est écarter des confrères instruits.

Une société ne peut prospérer qu'autant qu'elle est en rapport constant avec les sociétés de même ordre par un échange continu de ses publications. Nous avons voulu, outre nos mé-

moires, fonder une feuille périodique qui augmente, active ces rapports, et les rende journaliers. Telle est l'origine de ce journal. Le médecin le plus occupé, et surtout à cause de cela, a rarement la volonté d'écrire longuement. Il veut bien donner quelques notes, présenter quelques cas curieux ; mais s'il lui faut en faire l'objet d'un travail complet, il hésite et le plus souvent il s'abstient.

Aussi, que de faits intéressants perdus pour la science ! En mettant à leur portée un organe de publicité mensuel où, en quelques lignes, nos confrères nous diront ce qu'ils ont vu, ce qu'ils ont fait, nous leur venons en aide, nous stimulons leur zèle, et nous servons les intérêts médicaux du pays. »

Les deux premiers numéros renferment des revues et surtout des observations très-intéressantes, soit des professeurs de l'Ecole de Caen, soit des médecins du pays. Nous citerons plus particulièrement une observation de grossesse compliquée d'oblitération du vagin, par le docteur Leroy, directeur de l'Ecole de Caen ; un cas d'héminèle congénital, du docteur Chaucerel; une observation d'arrachement du pouce, par le docteur Notta, de Lisieux ; une observation de croup chez un enfant de 3 ans, avec maintien forcé, pendant 8 mois, de la canule, par le docteur Bourrienne ; une observation d'accidents nerveux saturnins avec paralysie de la face et du larynx, par les docteurs Mahent et Montier, etc...

Vaccinations : Récompenses.

Sur la proposition de l'Académie de médecine, le Ministre de l'Agriculture et du Commerce vient de décerner les récompenses ci-après désignées aux personnes qui ont été signalées comme ayant fait le plus de vaccinations et comme ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine en 1873.

Prix de 1,500 fr. partagé entre MM. dr Crougueau, à Dijon; dr Monot, à Montsanche (Nièvre); Sedan, médecin aide-major de 1re classe au 4e régiment de zouaves.

Médaille d'or : MM. Bontemps, médecin à La Motte du Caire (Basses-Alpes); dr Caussade fils, à Bordeaux; dr Chevalier, à Provins (Seine-et-Marne); dr Guérin, à Remollon (Hautes-Alpes).

Médailles d'argent : Mmes veuve Alaisme, sage-femme à Gespunsart, (Ardennes; Bachelier, id., à Châtellerault; veuve Bareau, id., à Cholet (Maine-et-Loire); Barret, id., à Ambevien (Ain); MM. dr Barrion, à Châtillon, Baudoin, méd. aide-major de 1re classe au 13e régiment de chasseurs à cheval, à Paris, Mlle Bauduin, sage-femme à Vannes (Morbihan); MM. dr Benoist, à Apt (Vaucluse; dr Bermont à Norroy-le-Sec (Meurthe et-Moselle, Bonnavolot, méd. à Genlis (Côte-d'Or); Mmes Bonnetand, née Rozier, sage-femme à Pauazol (Haute-Vienne); Boulade, id., à Tarnac (Corrèze); MM. dr Bravard, à Sury (Loire); dr Breton, à Vigeois (Corrèze); Chambreils, méd. à St-Sauveur-de-la-Salangue (Pyrénées-Orientales); dr Catel à St-Dizier (Haute-Marne); Mme Caumel, sage-femme à Montflanquin (Lot-et-Garonne); MM. Chambou, vaccinateur, à Paris; Chégut, dr à Chavagnes (Allier), dr Clément, à Beaujeu (Rhône); dr Commaille, à Marseille; dr Courvoisier, à Belfort; dr Coudeve, à Salviac (Lot); Coudrin, méd. à la Boissière-de-Montaigu (Vendée); dr Courcelle, à Laval; dr Dagand, à Alby (Haute-Savoie; dr Dairol, à Espelette (Basses-Pyrénées); dr Daniel, La Seine (Var); Mmes Danzas, sage-femme, Fleurance (Gers), Davol, id., à Troyes; M. Dartigues, dr à Sauveterre-de-Guyenne (Gironde): Mlle Daudé, sage-femme à La Canourgue (Lozère); M. le dr de Fleury, à Angoulême; Mmes Deprun, sage-femme à Neurie (Corrèze); Douzados, sage-femme à Carties; Dubois, sage-femme, à Calais; veuve Dufour, id., à Touneins; Dumazet, id., à Mainsat (Creuze); Escassut, id., à St-Cernin (Cantal); Faichaud, id., au Blanc (Indre); MM. dr Dugat, à Orange (Vaucluse); dr Favaut, à Nice; Fougerou, méd. à Massignac (Charente): dr Fouchard, à La Cambe (Calvados), dr Gaillard, à Pontrieux (Côtes-du Nord); Mmes Françoise Julien, sage-femme, à Murat; Gallieu,id., à Lorient; Gauthier, id., à Limoges; Gentialou, id., à St-Jean-Solcymieux (Loire); Gorou, id, à Lisieux: Greuier, id. à Tuiviers (Dordogne; veuve Hély, id., à Montereau; Miérard, id., à Chartres; veuve Jacquemard, id., à Mouzon (Ardennes); Jeanniu, id., à Blettevans (Jura); Journiac, id., à Mauriac (Cantal); MM. dr Guyennec, à Tréguier (Côtes-du-Nord); dr Guillemant fils, à Louhans (Saône-et-Loire); dr Moursolles, à Bayonne; dr Imbert, à Castellane (Basses-Alpes); dr Jeambernai, à Toulouse; dr Lallour, à Quimper; Landeau, méd. à Eysiues; dr Lannes, à Nailloux (Haute-Garonne); dr Lantaret, à Barcelonnette (Basses-Alpes; dr Leca, à Arbori (Corse); Mmes Lelarge, sage-femme, à Lorches; Lepeltier, id., à Condé-sur-Noireau (Calvados); Leymanie, id., à Sarlat (Dordogne); Mathieu, id., à Nîmes; Morin, id., à Verdun; Oury, id., à Chartres; Queyriaux, id., à Ussel (Corrèze); Robin, id., à Mouzon (Ardennes); Rouchaud, id., à St-Apve (Dordogne); Roux, id., à Tarascon; Salter, id., à Sedan; Saulnier, id, a Melleray (Sarthe; Seillier, id., à Beauvais; Templer, id., à Vaunes; Tourneur, id., à Essonnes (Seine-et-Oise); MM. dr Liscoët, à Saint-Pol-de-Léon (Finistère); dr Maritoux, a Liéuais (Côte-d'Or; dr Marty, à Dixmont (Youne); dr Mauret, à Lacauan (Gironde); dr Messier, à Badonvilliers (Meurthe-et-Moselle; dr Mirondot, à Villersexel (Haute-Saône; dr Panel père, à Vinça (Pyrénées-Orientales : dr Panis père, à Reims, dr Petit, à Moulins; dr Petit, à Givors (Rhône ; dr Pichat, à Pont-Beauvoisin (Savoie), dr Putel père, à Neuilly; dr Renaud, à Gy, (Haute-Saône ; dr Reverchon, à Nogent; dr Rivairol, à Montaubuu; dr Rossignol, à Embrun; dr Sapin, à Poule (Rhône ; dr Thomas, méd. major de 2e classe au 21 rég. de dragons, à Saint-Germain-en-Laye (Seine et-Oise, Toffard, méd. à Lillers (Pas-de-Calais).

9. Elixir anti-asthmatique.

Dans certains cas d'asthme, alors que d'autres médications ont échoué, M. Desnos emploie volontiers l'élixir anti-asthmatique indiqué sous le nom d'Aubrée, mais en le modifiant sensiblement dans sa composition. Voici comment il le formule :

Racine de polygala............ 2 grammes.
Eau .... 125 —

Faites bouillir jusqu'à réduction de moitié. Passez et ajoutez :

Iodure de potassium .... 6 grammes.

Après refroidissement ajoutez :

Sirop d'opium................ 120 grammes.
Eau-de-vie, ou alcool à 21....... 60 —

MORTALITÉ A PARIS.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 10 février 1876, on a constaté 1,008 décès, savoir : variole, 12; — rougeole, 4; — scarlatine, 2, — fièvre typhoïde, 8; — érysipèle, 8; — bronchite aiguë, 58; — pneumonie, 96; — dyssenterie, 0; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 3; — *choléra nostras*, 0: — angine couenneuse, 14; — croup, 16; — affections puerpérales, 7; — autres affections aiguës, 297. — affections chroniques, 443, dont 167 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 24; — causes accidentelles, 16.

LONDRES. — Population : 3.489.428 hab. Décès du 30 janv. au 5 fév. 1,771 savoir : variole, 1; — rougeole, 41; — scarlatine, 38; — fièvre typhoïde, 15; — érysipèle, 4; — bronchite, 297; — pneumonie, 101; — dyssenterie, 0; — diarrhée, 12; — *choléra nostras*, 1; — diphthérie, 9; — croup, 15; — coqueluche, 109.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — — *Concours public pour la nomination à deux places de médecins au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.* — Ce concours sera ouvert le jeudi 20 avril 1878, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mercredi 22 mars 1876, et sera clos définitivement le mercredi 5 avril, à trois heures.

NOUVEAU JOURNAL. — Il vient de paraître à Louvain (Belgique), un recueil médical mensuel intitulé : *Journal des sciences médicales de Louvain.*

NÉCROLOGIE. — L'Association du Calvados a perdu un de ses membres, M. le Dr Morice, de Crépon, décédé le 29 décembre dernier. Reçu médecin en 1849, il avait été admis au nombre des membres de la Société en 1875. (*Année médicale de Caen.*)

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE PARIS.—L'*Union* annonce que la 6e liste des souscriptions pour cette Université s'élève au chiffre de 461, 911 fr. 40 c. — Un anonyme souscrit 50,000 fr. pour la fondation d'une chaire. — En insérant les renseignements de ce genre, notre but est d'attirer d'une façon sérieuse l'attention de nos lecteurs sur la puissance croissante d'une institution hostile à l'esprit moderne.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Nous prévenons nos abonnés dont l'abonnement est échu le 1er Février que, à moins d'avis contraire, leur quittance leur sera présentée le 28 Février, augmentée de un franc pour frais de recouvrement. Nous leur rappelons également que le meilleur mode de paiement consiste dans l'envoi d'un mandat sur la poste à l'ordre du gérant ou de l'administrateur.*

M[illegible]. Rareté du cancer simple. In-8 de [illegible] p. 2 fr. 50.
Mo[illegible]. De l'empoisonnement [illegible] et ses composés. In-8 de 160 p. 2 fr. 50.
Bérichon (L.). De la réduction en [illegible] de la hernie étranglée. In-8 de 38 p. 1 fr. 25.
Polin (H.). Essai de physiologie sur le [illegible]. In-8 de [illegible] p. 2 fr.
Vaussy. Des phlegmons sous-péritonéaux de la paroi abdominale antérieure. In-8 de 66 p. 2 fr.
Voisin (J.). Des arthropathies syphilitiques. In-8 de [illegible] p. 2 fr. [illegible].
Ziembicki. Tumeurs solides de l'ovaire. In-8 de 95 p. 2 fr.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine

Pravaz (J.-C.-T.). Recherches expérimentales sur les effets physiologiques de l'augmentation de la pression atmosphérique. In-4 de [illegible] pages.

Librairie J. et A. CHURCHILL, London.

Guy's Hospital Reports, edited by H. G. Howse and F. Taylor. 3e série, vol. XX.

Librairie SMITH, ELDER and Co, London.

Saint Bartholomew's Hospital Reports, edited by James A[illegible] and Th. Smith. Vol. XL, 1875.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital des Cliniques. — Salle des hommes. 6, [illegible] pulmonaire; 7, épithélioma de l'angle de l'œil; 8, mal de Pott, ancienne tumeur blanche du coude, abcès ossifluent du tiers supérieur du fémur; 9, fracture du péroné; 12, phlegmon iliaque, 15 fracture sus-condylienne du fémur; 17, cysticerques généralisés, ténia; 23, amputation ancienne de la jambe pour une tumeur blanche tibio-tarsienne, hyperesthésie du moignon, résection du sciatique au tiers inférieur de la cuisse; 31, polyadénome de l'aile du nez.

Salle des femmes : 1, chéloïde du front; 5, hystérie, anurie, hémianesthésie, amaurose; 22, paralysie du moteur oculaire commun.

Hôpital des Enfants Malades. — Service de M. Archambault. Consultations le mardi. Leçons cliniques le vendredi. Salle Saint-Louis (garçons) : 6, laryngite aigue; 16, chorée, pleuro-pneumonie; 17, chorée; 22, pneumonie; 31, rougeole, broncho-pneumonie. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 9, croup, trachéotomie [illegible] des membres [illegible].

Service de M. [illegible]. Leçons cliniques le mercredi [illegible]. Les deux [illegible]. Salle Sainte-[illegible] la fosse iliaque; 15, coxalgie [illegible]; 30, tumeur [illegible]. — Salles Saint-Jules et Saint-Vincent. [illegible]. — Salle Sainte-Elisabeth [illegible].

Service de M. [illegible]. Leçons cliniques le samedi. — Salle Saint-[illegible] 2, tumeur blanche du genou [illegible], mal de Pott paraplégie; 20, 21, [illegible], 30, coxalgie; 35, mal de Pott, abcès par [illegible]. — Salle Saint-Michel et Saint-Joseph [illegible].

Service de M. de Saint-G[illegible] excepté le jeudi. Leçons cliniques le jeudi [illegible]. — Salle Sainte-[illegible] (G.) : 8, pleurésie purulente; 12, [illegible]. — Salle Sainte-Thérèse (F.) : [illegible], 12, angine diphthérique traitée [illegible].

Hôpital de la Charité. Service de M. [illegible]. Salle Saint-[illegible] : 2, pleurésie; 4, 9, 12 bis, [illegible], asthme, emphysème pulmonaire. — Salle [illegible] 20, 21, [illegible] iliaque, 23, hystérie.

Service de M. Trélat. Cliniques [illegible]. — Salle Saint-Jean. 1, [illegible]; 2, [illegible] rectale; [illegible] en T du fémur; [illegible]; 12 [illegible]; 17, [illegible] de la [illegible]. — Salle Sainte-Vierge : 2, hernie ombilicale; [illegible] métatarsien, 31, [illegible] gangreneuse; 37, amputation [illegible]; [illegible] dans la gaîne du psoas, coxalgie; [illegible] de la [illegible], rétrécissement de l'urèthre, abcès [illegible]. — 6, [illegible] hémorrhagique; 7, exostose du fémur [illegible], hémorrhoïdes internes; 21, rétrécissement cicatriciel de [illegible], phlegmon de la main. — Salle Saint-[illegible] : 4, pleurésie [illegible], emphysème pulmonaire; 8, syphilide [illegible] quarte. — Salle Saint-Joseph [illegible].

4e ANNÉE. — N° 9 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 26 FÉVRIER 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOTEL-DIEU. — M. BÉHIER.

Note sur un cas de mutisme hystérique suivi de guérison.

Par les Drs **LIOUVILLE** et **DEBOVE**.

On sait que, de toutes les manifestations de l'hystérie, la paralysie est une des plus fréquentes. Elle siége souvent aux membres ; d'autres fois, elle intéresse certains appareils musculaires tels que celui du larynx et alors, selon son degré, elle produit l'aphonie ou le mutisme.

Contre ces accidents, les agents thérapeutiques les plus variés sont préconisés, et parmi eux, un régime tonique, l'hydrothérapie, l'électricité, etc., etc. Trop souvent ces moyens sont inefficaces ; la paralysie résiste, puis, sans cause appréciable, alors même que l'on a cessé tout traitement, elle disparaît subitement et les causes de sa disparition restent aussi obscures que les causes de son invasion.

Dans le cas de mutisme hystérique, dont nous allons rapporter l'histoire, nous avons essayé de combattre l'affection par un moyen, qui, à notre connaissance du moins, n'a jamais été conseillé, et nous a donné des résultats si nets que son action n'a pu laisser aucun doute dans notre esprit ni dans l'esprit de ceux qui, à l'hôpital, en ont été témoins.

Le sujet de notre observation est une jeune fille, âgée de 18 ans, grande, forte, dont la santé est habituellement excellente et qui n'a jamais ressenti d'autres troubles que ceux pour lesquels elle est venue nous consulter. Elle est hystérique ; elle y était prédisposée par ses antécédents de famille. Sa mère a de grandes attaques, qui surviennent tous les mois ou tous les deux mois, s'accompagnant de cris, de pleurs et parfois même de perte de connaissance. Une sœur, âgée de treize ans, a des attaques fréquentes qui rappellent tout-à-fait celles de la mère et, depuis deux mois, elle est prise d'un tremblement que plusieurs médecins ont qualifié de chorée hystérique. Le père lui-même est très nerveux, impressionnable et d'un caractère emporté.

Jusqu'à ces dernières années, l'hystérie ne s'était manifestée chez notre malade que par des attaques incomplètes. Elle était prise sans motifs d'accès de rires, de pleurs, de grincements de dents, mais jamais elle n'avait eu de grande attaque avec convulsions des membres et perte ou obnubilation de l'intelligence.

Il y a dix-huit mois, elle fut péniblement impressionnée par des discussions et des scènes violentes qui eurent lieu entre son père et sa mère ; c'est à ces chagrins domestiques qu'elle fait remonter, et problablement avec raison, l'origine de ses accidents. Vers ce moment, en effet, elle devint aphone, ne put plus parler qu'à voix basse et dans l'espace de deux mois l'aphonie devint du mutisme ; dès lors, elle ne put même plus émettre un son. Dans la maison qu'elle habitait on l'appelait *la Muette*. Elle communique avec les personnes qui l'entourent au moyen d'une ardoise sur laquelle elle écrit ce qu'elle ne peut dire. Elle travaillait dans l'atelier de M. G..... où elle s'est toujours fait remarquer par sa bonne tenue, son travail et où elle gagnait très-suffisamment sa vie : la famille de M. G..., qui s'intéressait particulièrement à elle, l'a conservée parmi les ouvrières, malgré sa maladie et a pu suivre tous les accidents. Nous avons été ainsi tenus au courant de tout ce qui s'était passé. Nous rappelons ces détails pour éloigner l'idée d'une simulation, idée qu'on ne saurait trop avoir à l'esprit lorsqu'on rapporte l'observation de malades hystériques, toujours portées à exagérer les symptômes qu'elles présentent ou même à les inventer pour peu qu'elles paraissent éveiller l'attention ou la sympathie du médecin ou des personnes qui les entourent. Ajoutons encore que la malade est très-vive, très-intelligente et paraît profondément peinée des accidents survenus si inopinément et dont elle redoute les conséquences, craignant surtout de perdre un emploi qu'elle remplissait bien jusqu'à ce jour.

Aussi a-t-elle consulté nombre de médecins et de spécialistes ; elle est entrée plusieurs fois à l'hôpital. Tous ceux qui l'ont examinée ont été d'accord sur le diagnostic de paralysie hystérique des muscles du larynx ; on lui a conseillé l'électricité, l'hydrothérapie, les bains de mer, divers médicaments toniques... Ces différents traitements ont tous été suivis avec une exactitude scrupuleuse, sans amener aucune amélioration dans l'état de la malade.

Le 10 novembre 1875, elle fut amenée à l'Hôtel-Dieu à la clinique de M. le professeur Béhier, suppléé alors par l'un de nous. Elle nous donne par écrit, avec une grande intelligence tous les renseignements que nous venons de rapporter, et qui concordent parfaitement avec ceux fournis par sa famille et par les chefs de l'usine dans laquelle elle est employée. Elle n'a pas de boule hystérique, pas d'hémianesthésie, pas de troubles des organes des sens. Les ovaires et particulièrement l'ovaire gauche sont douloureux à la pression. Aucun trouble viscéral. En un mot, en dehors des troubles laryngiens et de la douleur ovarienne, la malade ne paraît présenter rien d'anormal.

La paralysie laryngée n'est pas seulement une paralysie du mouvement, elle est aussi une paralysie du sentiment. On peut promener le doigt dans l'arrière-gorge, chatouiller l'épiglotte, sans provoquer de mouvements réflexes, sans que la malade en éprouve aucune gêne. L'examen laryngoscopique, bien facile en pareille circonstance, fut pratiqué par le docteur Moura. Il fit constater une paralysie des cordes vocales ; celles-ci font un mouvement presque imperceptible lorsque la malade cherche à émettre un son.

Nous jugeâmes inutiles de revenir ou d'insister sur les moyens thérapeutiques, dont l'inutilité avait été ici surabondamment démontrée.

Nous réservâmes le pronostic, sachant qu'en pareils cas la guérison survient souvent au moment où l'on s'y attend le moins, et quelquefois au sortir d'une grande attaque convulsive. C'est même la connaissance de ce dernier fait, qui nous suggéra l'idée de provoquer une attaque chez notre malade. Si l'attaque convulsive est une sorte de crise qui souvent met un terme aux accidents paralytiques, n'était-il pas légitime d'amener artificiellement cette crise ? ces tentatives d'ailleurs, faites avec prudence et dans les conditions spéciales d'observation attentive où nous étions placés, ne pouvaient avoir aucun inconvénient pour la malade. On sait, depuis les recherches de Schutzenberger et de Négrier, que l'on peut provoquer des attaques hystériques par la compression des ovaires chez les femmes qui présentent de l'ovaralgie. C'est ce qui fut fait chez notre malade et le résultat dépassa nos espérances.

Le soir même de son entrée à l'hôpital, nous fîmes coucher la malade et, déprimant fortement la paroi abdominale en plongeant ainsi dans l'excavation du petit bassin, nous exerçâmes sur l'ovaire une pression très-douloureuse, qui donna lieu à une sensation de boule (sensation qu'elle n'avait jamais ressentie), partant de la région ovarienne et remontant à l'épigastre. La douleur était telle qu'il fut nécessaire de faire maintenir la patiente par plusieurs personnes. La compression qui, malgré la douleur, fut continuée, provoqua quelques accès d'une toux sèche, puis quelques cris étouffés. Enfin, la malade put articuler ces mots d'abord d'une voix presque imperceptible : « Vous me faites mal. » Les jours suivants, la compression fut

continuel (cinq à dix minutes chaque séance) l'émission du son devint plus distincte et la malade cessa d'être muette; elle n'était plus qu'aphone, elle pouvait parler, mais à voix basse et pour ainsi dire en soufflant ses paroles.

Les 17, 18 et 19 novembre, il ne fut pas fait de compression ovarienne. Le 20 et le 21 novembre, la malade était redevenue absolument muette. Le 21 novembre nous fîmes coucher la malade, comme la première fois, puis plongeant les mains dans l'excavation du bassin, nous exerçâmes une compression des plus énergiques; la malade, au bout d'un quart d'heure, fut prise d'une crise hystérique convulsive, violente, accompagnée de cris et ces cris étaient entendus même d'assez loin. Dans la nuit, elle eut plusieurs autres attaques en dehors de toute intervention et chaque fois la voix prenait plus de force. A partir de cette époque, la malade eut assez fréquemment des crises hystériques, mais son mutisme cessa et elle put parler presque à haute voix. Ajoutons que l'anesthésie du pharynx a disparu en partie; la malade sent parfaitement le doigt de l'observateur quand on l'introduit dans l'arrière-gorge; toutefois cette exploration est encore assez bien supportée pour ne pas amener de mouvements réflexes violents.

Signalons, avant de terminer cette observation, deux autres faits, également intéressants. Avant la compression des ovaires et avant les grandes attaques dont nous venons de parler, il n'y avait pas de douleurs ovariennes spontanées; elles existent depuis ce moment et sont continues, mais peu intenses. Il nous a été donné, en outre, d'observer sur cette malade l'action suspensive de la compression ovarienne sur l'attaque hystérique, action si bien développée dans les leçons de M. le professeur Charcot sur l'hystéro-épilepsie. — Chez notre malade, la compression de l'ovaire, en dehors de la crise, produisait une attaque; une compression énergique exercée pendant l'attaque la suspendait tout le temps que durait la compression, et paraissait en diminuer l'intensité. On voit bien par là quelle peut être l'application pratique de cette donnée.

Le 10 décembre, la malade est sortie de l'Hôtel-Dieu, parlant bien et présentant comme seul trouble pathologique quelques attaques hystériques, durant environ dix minutes à un quart d'heure.

Nous avons cru devoir publier cette observation parce qu'elle montre bien tout le parti qu'on peut tirer de la compression ovarienne dirigée contre certains accidents hystériques. Nous n'avons nullement la prétention d'avoir guéri notre malade : elle est restée hystérique. Nous avons seulement provoqué graduellement une modification qui a substitué certains accidents à d'autres accidents. Si on nous objecte que la malade n'a rien gagné au change, nous répondrons que la personne qui est la plus intéressée certainement dans cette question, est d'un avis absolument contraire.

On pourra encore nous objecter qu'il n'y a eu là qu'une simple coïncidence, que les accidents hystériques guérissent spontanément, sans intervention thérapeutique et que la *mica panis*, recommandée en pareil cas, est peut-être le médicament qui compte le plus de succès. A cela, on peut ne rien répondre si ce n'est que dans l'observation que nous venons de rapporter, la relation de cause à effet entre l'aphonie et la compression de l'ovaire, nous a paru des plus nettes. Cette relation nous permet d'espérer que de nouvelles observations dirigées dans ce sens viendront, à l'appui de la nôtre, démontrer que, par la compression ovarienne, on peut provoquer une crise amenant, nous le répétons, non la guérison de la maladie, mais une sorte de déplacement des accidents.

NÉCROLOGIE. — Les funérailles du dr CAFFE, un des bienfaiteurs de Chambéry, ont eu lieu en cette ville, le 25 janvier, au milieu d'une affluence nombreuse. Le deuil était conduit par son gendre, M. le dr Cornil. Des discours ont été prononcés sur la tombe, par M. Roissard, maire, au nom de la ville de Chambéry; par M. le consul d'Italie, au nom de la Société italienne de bienfaisance de Paris; par M. le docteur Guilland, au nom de l'Association générale des médecins de France et de l'Académie de Savoie. M. Caffe a légué à la ville son domaine patrimonial de Cognin; à l'Académie de Savoie, 25.000 francs pour un prix triennal, et à la caisse des pensions viagères des médecins de France, 20.000 francs. (*Courrier méd.*)

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. PARROT.

IXe LEÇON. — Athrepsie. — Traitement (1).

Leçons recueillies par E. TROISIER, revues par le professeur.

Messieurs,

C'est dans la thèse inaugurale de M. le docteur Bouchaud, ancien interne de la Maternité, publiée en 1864, que l'on trouve les renseignements les plus précis sur le sujet qui nous occupe; et les précautions dont il s'est entouré, le nombre de ses expériences doivent les faire considérer comme l'expression la plus rapprochée de la vérité.

Il a fait, pour les divers sujets mis en observation, les pesées de toutes les tétées dont le nombre, contrairement à ce que supposait Natalis Guillot, était, pour vingt-quatre heures, de 8 à 10 seulement. En procédant de la sorte, il a établi que le poids de ces tétées était en général, pendant les quatre premiers jours, de 3, 15, 40 et 55 grammes; que, pendant les premiers mois, il s'élevait à 60 ou 80 grammes; — et après cinq mois, à 100 et 130 grammes. En additionnant toutes les tétées faites dans une période diurne, il a donné les chiffres suivants comme représentant la moyenne de la quantité de lait prise en vingt-quatre heures par un enfant, depuis la naissance jusqu'à 9 mois.

Premier jour.........	30 gram.	Après le premier mois..	650 gram.
Deuxième jour.......	150 —	Après le troisième mois.	750 —
Troisième jour.......	450 —	Après le quatrième mois	850 —
Quatrième jour......	550 —	Et de six à neuf mois..	950 —

Ces chiffres sont beaucoup moins élevés que ceux donnés par Natalis Guillot; j'en ai contrôlé l'exactitude par des expériences qui me sont propres.

En les prenant comme un point de repère très-sûr, M. Jacquemier a cherché à déterminer la ration de lait de vache nécessaire à un enfant soumis à l'allaitement artificiel. Il fait observer que ce dernier lait contient beaucoup plus de caséine, de beurre et de sels que celui de femme, mais qu'il est moins riche en sucre et en eau; et il admet qu'en l'étendant de 1/3 de ce liquide, et en ayant soin d'y ajouter 1/25 de son poids de sucre, on arrive à imiter approximativement le lait de femme (2).

D'après cela, j'ai dressé le tableau suivant, qui représente en poids, la quantité de lait de vache nécessaire à l'alimentation d'un enfant depuis la naissance jusqu'à neuf mois.

Premier jour.........	20 gram.	Après le premier mois..	434 gram.
Deuxième jour.......	100 —	Après le troisième mois.	460 —
Troisième jour.......	300 —	Après le quatrième mois.	566 —
Quatrième jour.......	366 —	Puis de six à neuf mois.	634 —

Bien que, rigoureusement, ces données eussent pu nous suffire, j'ai cru devoir les contrôler par la détermination directe de la quantité de lait que prend un enfant élevé au biberon; en opérant comme M. Bouchaud l'avait fait, pour ceux élevés au sein. — Douze enfants de différents âges, et choisis parmi les plus robustes, ont été mis en expérience à la crèche de cet hospice. On les a nourris exclusivement au lait de vache pur, qu'ils prenaient six fois dans vingt-quatre heures, et on les a pesées immédiatement avant et après le repas. Voici les chiffres obtenus de la sorte :

(1) Voir les nos 2, 3, 4, 7 et 8.

(2) Se basant sur les données fournies par la chimie et la physiologie expérimentale, M. Ph. Biedert dit que la difficulté avec laquelle est digérée la caséine du lait de vache, fait que l'on ne doit donner à l'enfaut qu'une quantité de celle-ci telle, qu'elle soit complétement digérée, et qu'il faut y ajouter de la graisse et du sucre de lait. Une formule très-convenable, est la suivante :

Crême........................	$\frac{1}{8}$ de litre.
Eau..........................	$\frac{3}{8}$ de litre.
Sucre de lait.................	15 grammes.

Ce mélange renferme 1 0/0 de caséine; 2,4 0/0 de beurre et 3,8 0/0 de sucre de lait. On peut augmenter la proportion de lait, par conséquent de caséine, avec l'âge. (*Virchow's Archiv.*) — Voir aussi Kehrer, Die erste Kindernahruug in *Valek mann's Sammlung* (*Centrablatt f. med. wissensch.*)

Premier jour, un enfant très-robuste.......	167	grammes.
Deuxième jour, trois enfants, moyenne....	148	—
Troisième jour, id.	179	—
Quatrième jour, deux enfants, moyenne....	238	—
Cinquième jour, id.	222	—
Onzième jour, id.	158	—
Premier mois, id.	257	—
Deux mois, id.	400	—
Six mois, id.	708	—

En comparant ce tableau au précédent, on constate qu'ils diffèrent par le détail; mais que dans l'ensemble, ils présentent une grande ressemblance; ce qui est le point essentiel pour le but que je me propose.

Ainsi, comme moyenne du lait pris dans le mois qui suit la naissance, nous trouvons: dans l'un 198 grammes par jour, et dans l'autre 196 grammes; soit, en nombre rond, 200 grammes.

Dans le deuxième mois, le premier tableau dit 434 et le second 400; et dans le sixième mois, le premier 634 et le second 708 grammes.

Si nous remarquons que le chiffre de 200 grammes, qui répond à la moyenne des premiers jours du premier mois, doit être un peu faible pour les derniers jours; que celui de 400 grammes, très-suffisant pour les deuxième et troisième mois, ne saurait l'être pour les quatrième et cinquième, nous croyons devoir établir que:

300 grammes pour le premier mois;
600 grammes pour les deuxième, troisième, quatrième et cinquième;
800 grammes pour le sixième,

représentent, dans tous les cas une quantité de lait qui suffit à nourrir les enfants élevés au biberon, à la condition expresse, que ce lait soit pur et de bonne qualité, et que, si l'on vient à le couper suivant le conseil de beaucoup de praticiens, il soit additionné d'une quantité de sucre qui sera de:

30 grammes pour le premier mois;
40 grammes pour les quatre suivants;
et de 50 grammes pour les autres, à partir du sixième,

A mon avis, il est toujours préférable de donner le lait pur. A partir du sixième mois, on augmentera la ration de 150 à 200 grammes par mois, ou bien, ce qui sera préférable, on introduira dans l'alimentation, les bouillies et les potages, comme nous l'avons précédemment indiqué.

Si, au lieu de lait de vache, on se sert du lait de chèvre, bien qu'il contienne plus de caséine et de beurre que le lait de femme, l'expérience a appris qu'on devait le donner à peu près à la même dose que ce dernier (1).

J'arrive au traitement proprement dit de l'athrepsie.

La diarrhée jaune ou verte qui ouvre la marche de l'athrepsie est si fréquente chez les nouveau-nés; elle disparaît si facilement et si vite, que l'on demande rarement au médecin d'intervenir. Lorsqu'il est appelé il ne doit pas hésiter à la combattre, parcequ'elle a toujours l'inconvénient d'affaiblir le malade; et que parfois il suffit de quelques jours et même de quelques heures, pour qu'elle détermine un état des plus graves.

Les choses ne se passent pas toujours de même; et il est bon d'examiner les différents aspects dans lesquels se présentent les accidents. Supposons que l'enfant soit soumis à l'allaitement naturel. Si après avoir examiné la nourrice vous la trouvez dans de bonnes conditions, si vous supposez qu'un refroidissement a pu être la cause des troubles digestifs, idée à laquelle l'existence d'un léger coryza ou d'un peu de toux donneront une grande probabilité, vous vous contenterez de faire tenir le petit malade au chaud, en recommandant qu'on diminue la dose de chaque repas, et qu'on maintienne sur le ventre des corps chauds et très-légèrement rubéfiants; si malgré ces soins la diarrhée persiste, vous lui ferez donner 6 ou 8 fois dans les 24 heures, avant de le présenter au sein, une cuillerée à café de la mixture suivante:

Sirop de grande consoude, ou, sirop de coings....	100	grammes.
Sous-azotate de Bismuth....................	3	—

Dans le cas de diarrhée verte la formule précédente sera modifiée de la manière suivante:

Sirop de grande consoude...............	ãã 50	grammes.
Eau de chaux.........................		
Sous-azotate de Bismuth................	3	—

Lorsqu'il y a de l'agitation, un léger mouvement fébrile, il est bon de faire précéder l'usage de la mixture astringente, de l'administration d'un vomitif si la langue est chargée, et d'un purgatif, si les matières fécales sont muqueuses. Dans le premier cas, vous donnerez de 5 à 10 grammes de sirop d'ipécacuaha et dans le second, 5 grammes d'huile de ricin.

Vous avez beaucoup plus difficilement raison du mal s'il reconnaît pour cause un vice de l'alimentation. Au lieu d'éclater brusquement, comme dans le cas précédent, il apparaît d'une manière plus lente, plus insidieuse, mais au moment où la diarrhée et les vomissements sont bien établis, il y a déjà des atteintes organiques. Si l'allaitement est mixte, vous réduirez l'enfant au sein, en conseillant les mixtures déjà indiquées. La persistance des désordres et *à fortiori* leur aggravation, en dépit de l'emploi des mesures précédentes, surtout si le lait de la nourrice vous paraît insuffisant, ou si par une observation attentive vous avez acquis la conviction qu'il ne convient pas à l'enfant, devront vous engager à lui donner le lait d'un autre sein.

En tout cela vous ne mettrez pas de précipitation, vous observerez avec le sang-froid de celui qui est sur son terrain, sans vous laisser troubler par l'agitation qui se fera autour de vous. Mais vous ne ferez pas de fausses manœuvres; vous n'hésiterez pas à prendre la résolution que vous avez arrêtée; car quelques heures perdues suffisent souvent à compromettre la vie de votre malade.

Que vous ayez changé ou non la nourrice, si le mal s'aggrave, vous devez intervenir activement, mais avec des moyens différents, suivant l'allure du mal.

Supposons le cas le plus redoutable, celui d'une marche très-rapide et même foudroyante, que j'ai qualifiée d'*athrepsie aiguë*. Il faut avant tout, rétablir la tolérance du tube digestif si profondément compromise, réparer les pertes liquides et rappeler la chaleur à la périphérie. Vous chercherez à obtenir ces résultats et vous les atteindrez assez souvent, à l'aide des moyens suivants. Toutes les 10 minutes, tous les quarts d'heure, vous ferez prendre alternativement une cuillerée à café de deux boissons glacées, l'une préparée avec:

Eau sucrée.....................	200	grammes.
Cognac vieux..................	10	—

la seconde, avec: bouillon de bœuf frais, fait sans légume, absolument privé de graisse, très-légèrement salé, et coupé d'eau à parties égales.

Deux ou trois fois dans la journée pendant cinq minutes, l'enfant sera maintenu dans un bain d'eau à 35 degrés centigrades, à laquelle on aura ajouté par 25 litres d'eau de 40 à 50 grammes de farine de moutarde que l'on pourra mélanger directement; ou bien, comme le conseille Trousseau, introduire dans un nouet de grosse toile que l'on malaxera dans l'eau, de manière à en extraire le principe irritant. Au sortir du bain on séchera rapidement l'enfant à

(1) Le lait de femme a la densité suivante;

Minimum	1025,61	moyenne 1032.
Maximum	1046,48	

Voici d'après M. Regnault sa composition moyenne:

Eau	88,6
Caséum et sels insolubles..............	3,9
Beurre	2,6
Sucre de lait et sels solubles..............	4,9

Le tableau suivant montre la composition des différents laits qui servent le plus souvent à l'alimentation de enfants:

	Vache.	Anesse.	Chèvre.	Femmes.
	—	—	—	—
Eau...	87,4	90,5	82,0	88,6
Beurre..............	4,0	1,4	4,5	2,6
Sucre de lait.........	5,0	6,4	4,5	4,9
Caséum.............	3,6	1,7	9,0	3,9

l'aide de linges fins, secs et même chauds ; on le frictionnera légèrement et après l'avoir enveloppé dans des langes de laine, on le placera dans son berceau ; puis, de temps en temps, on le prendra dans les bras en ayant soin de maintenir ses pieds et ses jambes près d'un foyer de chaleur. Il est bon que tous ces soins soient donnés par une personne intelligente, active, autre que sa nourrice, afin qu'elle ne puisse lui donner le sein, et que lui-même il ne soit pas tenté de le chercher. Pour maintenir la lactation en bon état, on fera téter un autre enfant, où l'on videra les seins à l'aide d'une pompe.

Dès qu'un mieux notable s'accusera par des évacuations moins nombreuses, un cri plus normal, un pouls moins fréquent et plus facile à percevoir, surtout par un facies meilleur, vous songerez, tout en éloignant les prises des boissons glacées, à redonner du lait. Si sans trop de fatigue, l'enfant peut le prendre lui-même, on lui présentera le sein ; dans le cas contraire, la nourrice se traira dans une cuiller dont elle fera immédiatement boire le contenu au malade. Au cas où le lait de femme ne pourra être administré de la sorte, c'est par celui d'une ânesse qu'on le remplacera. — L'amélioration venant à s'accentuer, on supprimera rapidement le bouillon coupé, on ne donnera plus qu'un bain sinapisé chaque jour, ou même tous les deux jours ; mais l'on continuera l'usage de la solution de cognac dans l'eau sucrée, en élevant peu à peu sa température jusqu'à celle de la chambre. *(A suivre)*.

MALADIES DES YEUX

ECOLE PRATIQUE. — COURS DE M. LE Dr **E. LANDOLT.**

Du diagnostic des maladies des yeux.

IIe LEÇON. — **Examen extérieur des yeux** (1).

Leçon recueillie par M. A. CHARPENTIER.

Messieurs,

Vient ensuite l'examen des bords des paupières. Je ne reviendrai pas sur la blépharite ciliaire que je vous ai déjà signalée. Mais j'appellerai votre attention sur la position des cils, qu'il est de la plus haute importance d'examiner. Que de malades ne voit-on pas avec des kératites, des iritis, et d'autres inflammations plus graves encore, qui leur ont valu de subir toutes sortes de traitements, tandis qu'un cil mal placé, mais passé inaperçu, était la seule cause de l'irritation de l'œil ? Ne négligez donc jamais cette partie de l'exploration.

Passons maintenant à la *conjonctive*. On se contente très-souvent de jeter un coup d'œil sur la conjonctive qui recouvre le globe oculaire ou sur la face interne de la paupière inférieure. Cela ne peut suffire, car la partie la plus importante à examiner est le cul-de-sac conjonctival. C'est là, et souvent pas ailleurs, que siégent les granulations qui entretiennent ces conjonctives tenaces, rebelles à tous les traitements tant qu'on n'a pas su découvrir la source du mal et s'en prendre aux granulations elles-mêmes.

Le cul-de-sac inférieur est très-facile à découvrir, on n'a qu'à appliquer l'extrémité du doigt sur le bord de la paupière ; alors, faisant regarder le malade en haut, on abaisse le doigt, ce qui renverse la paupière et développe le cul-de-sac.

Pour la paupière supérieure, on use d'un procédé analogue, mais on parvient moins facilement à la renverser, à cause de la hauteur et de la résistance du cartilage tarse. Pour cela, le malade doit regarder en bas ; le médecin saisit délicatement avec le pouce et l'index d'une main, le bord palpébral ; de l'autre main, il appuie avec un corps résistant sur le haut du cartilage tarse et le fait basculer en même temps qu'il écarte la paupière. La face interne de cette dernière étant développée par ce moyen, on l'étale encore davantage en attirant en haut son bord libre et en le pressant contre le rebord orbitaire.

On est quelquefois étonné de tout ce qu'on trouve sous cette paupière supérieure : ce n'est pas, en effet, seulement le siége de prédilection des granulations de la conjonctive, mais aussi celui des corps étrangers de bien des natures. Un grain de sable, une paillette de charbon, viennent-ils à voler dans l'œil, c'est là qu'ils se sont réfugiés de préférence, et il arrive fréquemment que ces petits corps, restant cachés dans ce cul-de-sac pendant des mois et même des années, déterminent des conjonctivites insupportables autant que tenaces, conjonctivites qui s'accompagnent de l'hypertrophie papillaire de la muqueuse. Croiriez-vous que j'y ai découvert, dans trois cas différents, des yeux d'écrevisses (singulier moyen) que les malades s'étaient introduits sous la paupière supérieure pour en chasser un grain de sable ? Et, chose plus étonnante encore que leur remède, ces gens vivaient tranquillement depuis des années avec une conjonctivite purulente qui les empêchait presque de travailler, et qui était due tout simplement à la présence des corps en question, enchâssés dans des papilles hypertrophiées. Je n'ai pas besoin de vous dire que la suppression de la cause suffit dans tous ces cas pour faire disparaître l'effet.

Il s'agit maintenant d'examiner les *yeux proprement dits*, et nous devons d'abord en observer l'aspect général.

Nous aurons donc à diriger successivement notre attention sur la *distance qui existe entre les deux yeux*, sur leur déviation dans le plan frontal, en d'autres termes, sur les *différences de hauteur des yeux*, puis sur leur degré de *proéminence*, sur l'exophthalmie, et enfin sur la *direction des lignes visuelles*.

La *distance entre les deux yeux* n'offre pas, en général, de différences bien appréciables à première vue, et pourtant c'est une question bien digne de nous préoccuper.

Je n'en veux pour preuve que le rôle que joue cette distance dans l'acte de la convergence. Vous savez qu'à chaque instant nous faisons converger nos yeux, pour travailler de près, pour lire, pour observer nettement. Or, vous reconnaîtrez facilement que pour la fixation d'un objet, placé à une distance donnée, plus les deux yeux sont écartés l'un de l'autre, plus grand est l'effort de convergence qu'ils doivent faire.

Aussi, pour différents yeux regardant à la même distance, l'effort de convergence nécessaire peut varier dans les limites de plus de dix degrés. Vous concevez que ce surcroît de travail, ne fût-il que de quelques degrés, peut finir par épuiser les muscles droits internes qui, pendant toute la vie, ont à produire cette convergence.

Pour ma part, je suis intimement persuadé que l'insuffisance des droits internes, qui produit si souvent l'asthénopie des myopes, doit être imputée, dans beaucoup de cas, à un excès de distance entre les deux yeux.

Joignez à cela l'influence qu'exerce la convergence sur l'accommodation. — Vous savez que ce sont là deux actes intimement liés l'un à l'autre et qu'il est très-difficile d'exécuter isolément. Ce n'est qu'après des exercices longs et fatigants qu'on arrive à faire converger ses yeux sans opérer en même temps un effort d'accommodation, ou bien à accommoder tout en dirigeant ses yeux parallèlement l'un à l'autre, c'est-à-dire sans un effort de convergence correspondant. Un effort donné de convergence provoque toujours un degré proportionnel d'accommodation.

Or, qui sait si des personnes, dont les deux yeux sont très-écartés l'un de l'autre, ne fatiguent pas plus vite leur accommodation que d'autres personnes ayant une face plus étroite ? Cette question, si importante, a été jusqu'ici presque entièrement négligée, sauf quelques recherches faites par Mannhardt à Florence, et encore sans beaucoup de succès, à cause du peu de rigueur de sa méthode.

C'est pourtant un sujet qui mériterait d'être étudié à fond : on trouverait certainement là des faits nouveaux très-instructifs, et l'explication de bien des faits déjà connus, mais faussement interprétés jusqu'à présent.

La principale difficulté à l'étude de cette question consistait dans l'absence d'une méthode exacte pour mesurer la distance entre les deux yeux. Il est, en effet, à peu près impossible de la mesurer directement avec une règle graduée,

(1) Voir le n° 8.

car, quel point de repère peut-on prendre? Le centre de la pupille? D'abord, la pupille n'est pas au centre de la partie antérieure du globe oculaire, mais un peu en dedans. Et puis le centre de la pupille ne peut être déterminé que par à peu près, d'où les plus grosses chances d'erreur.

Prendra-t-on, comme l'a proposé Horner, les bords de la cornée, l'externe d'un côté et l'interne de l'autre? Méthode qui n'est guère plus exacte que la précédente, car les bords des cornées sont souvent très-inégaux, et il est assez difficile de trouver les points correspondant à un même diamètre horizontal.

Ces méthodes ont d'ailleurs un vice capital, c'est qu'on ne peut appliquer la règle graduée aux points mêmes dont on veut mesurer la distance, le dos du nez s'y opposant encore à un degré considérable.

En dernier lieu, et c'est là un point essentiel, vous ne devez jamais oublier que la distance qui sépare deux points correspondants des deux yeux (centres pupillaires ou bords cornéens) ne représente l'écartement inter-oculaire qu'à une seule condition, c'est que les deux yeux soient dirigés parallèlement l'un à l'autre. Mesure-t-on cette distance dans l'état de convergence, elle est trop petite; dans la divergence, elle devient trop élevée.

Or, il est impossible à qui n'a pas fait d'exercices spéciaux de donner à ses yeux une direction absolument parallèle. Il reste toujours un degré plus ou moins grand de convergence, et le médecin est privé de tout contrôle pour juger si les yeux d'un malade sont parallèles ou non.

De là, le plus grand inconvénient de cette méthode, celui de ne pas être applicable aux yeux strabiques, ceux-là mêmes dont il serait le plus important de connaître la distance: il est évident que ces malades ne peuvent placer les yeux parallèlement.

L'emploi de la règle ne peut être justiciable que dans les cas exigeant seulement une mensuration approximative, comme quand il s'agit de déterminer la distance à donner aux verres des lunettes.

Et cependant, même pour ces cas, je vous conseillerais plus volontiers de vous servir de ma double règle, dont nous parlerons tout à l'heure, ou bien de la méthode suivante :

Vous vous placez devant le malade, et vous l'engagez à fixer un objet très-éloigné, ce qui donne à ses yeux une direction sensiblement parallèle.

Vous approchez alors votre règle graduée, et, fermant l'œil droit, vous visez avec l'œil gauche le point zéro de la règle, en le faisant correspondre au centre de la pupille de l'œil droit du malade. Puis, fermant votre œil gauche et ouvrant le droit, vous lisez avec ce dernier le degré de la règle qui se trouve devant le centre pupillaire de l'œil opposé du malade. Il est bien entendu que vous ne devrez, pas plus que ce dernier, faire le moindre mouvement pendant l'examen.

Vous évitez ainsi à peu près la parallaxe, mais cette méthode ne peut pas s'appliquer aux yeux strabiques, et du reste je ne vous la propose pas comme une méthode rigoureuse.

Enfin, ce n'est pas la distance interpupillaire qui nous intéresse. Que voulons-nous en effet? Apprécier le travail des muscles internes et externes dans les divers degrés de la convergence. Nous devons donc nous adresser aux seuls points de l'œil qui restent fixes pendant ces mouvements. Ces seuls points fixes, ce sont les centres de rotation du globe oculaire.

Pour mesurer la distance qui sépare ces centres de rotation, voici l'appareil que j'ai imaginé:

C'est une boîte (fig. 17), ayant la forme d'un rectangle assez allongé, et dont une extrémité est percée de deux ouvertures (o o') pour les yeux, avec une dépression qui sert à recevoir le nez.

Les deux ouvertures, pourvues chacune d'une courte rallonge dans laquelle on place l'œil, peuvent se fermer séparément par une languette mobile, adaptée à l'intérieur.

Une plaque de séparation verticale partage la boîte en deux parties ; elle se trouve située exactement au milieu de la distance séparant d'une part l'extrémité libre de la boîte,

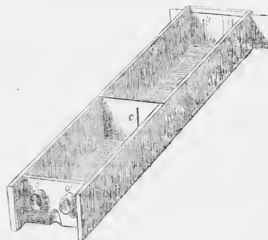


Fig. 17.

et d'autre part la ligne qui réunirait les centres de rotation des deux yeux.

L'extrémité libre de la boîte est fermée par deux plaques semblables pouvant glisser séparément l'une sur l'autre dans le sens latéral. Chacune d'elles est percée d'une fente verticale (i' et i). Une fente semblable (C) est pratiquée au milieu du diaphragme intérieur.

Un couvercle sert à fermer le tout.

Pour mesurer la distance qui existe entre les deux yeux, on les applique à l'extrémité antérieure de la boîte, chacun regardant par l'ouverture correspondante. A l'aide de la languette intérieure, on ferme alors, par exemple, l'ouverture correspondant à l'œil gauche, et l'œil droit regarde seul dans la boîte. Cet œil ne verra rien tant que la fente du milieu et la fente gauche de l'extrémité opposée ne se correspondront pas dans la ligne visuelle de l'œil droit. On produit cette correspondance par un mouvement approprié de la plaque gauche mobile. On procède de même pour l'œil du côté opposé.

i' i C o o'

Fig. 18

Vous comprenez aisément que la distance (i i') qui existe entre les deux fentes mobiles ainsi placées représente exactement la distance qui sépare les deux yeux (o o'), puisque ces deux distances sont les bases de deux triangles égaux, iCi' et oCo' (fig. 18).

Il est facile, du reste, en partant de ce principe, d'arriver au même résultat d'une autre manière : je suppose, par exemple, que vous ayez une planche rectangulaire portant à son milieu une aiguille fixe et à l'une de ses extrémités deux aiguilles mobiles. Les yeux, placés à l'autre extrémité, viseraient l'un après l'autre l'aiguille fixe, en faisant mouvoir l'aiguille mobile du côté opposé jusqu'au moment où elle serait recouverte par la première.

Comme je pense qu'il est plus aisé pour nos malades de saisir le moment où ils aperçoivent une clarté, je m'en tiens, pour ma part, au premier appareil, auquel je donne le nom de *chiastomètre*.

Le grand avantage de cet appareil est de n'exiger ni le parallélisme des deux yeux, ni leur direction simultanée vers un même point, ce qui rend cette méthode de mensuration applicable aux cas de strabisme et d'insuffisance des muscles de l'œil. *(A suivre).*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Andral.

M. le professeur G. ANDRAL, l'un des membres les plus estimés du corps médical, et l'un des plus anciens, est mort à Paris, le 13 février, à l'âge de 78 ans. Ses obsèques ont eu lieu le 15 février à St-Pierre-de-Chaillot, et les derniers devoirs lui ont été rendus par de nombreux représentants de l'Institut, de l'Académie de Médecine et de la Faculté. Depuis 1866, M. Andral avait cessé ses fonctions de professeur à la Faculté pour se consacrer tout entier à l'accomplissement d'un devoir de famille impérieux.

Gabriel ANDRAL était né à Paris, le 6 novembre 1797. Son père, membre de l'Académie, lui aplanit les premières difficultés de l'art et, quoique n'ayant pas profité de l'internat, Andral put être reçu docteur en 1821; sa thèse inaugurale, traitant d'un point intéressant de séméiologie, l'*expectoration*, fut bientôt suivie, en 1824, d'une remarquable dissertation, présentée au concours de l'agrégation : « *An antiquorum doctrina de crisibus et diebus criticis admittenda? an in curandis morbis et præsertim acutis, observanda?* De nombreux élèves avaient acclamé le jeune maître dans ses cours privés, quand à la mort de Bertin, en 1828, la Faculté lui conféra le titre de professeur d'hygiène. Le retour de Desgenettes, en 1830, fit passer Andral à la chaire de pathologie interne; enfin, en 1839, la mort de Broussais permit au jeune professeur d'entrer dans sa véritable voie, en enseignant la pathologie et la thérapeutique générales.

Dans ces différentes chaires, Andral se fit surtout remarquer par la lucidité de son enseignement, par sa méthode, et par cette heureuse association d'analyses et de synthèses successives qui le portait tant à poursuivre l'examen du malade par les méthodes d'investigation les plus récentes, qu'à grouper ensuite les faits, à les condenser, à en déduire des lois générales, « à les faire rentrer, comme » dit un de ses contemporains, dans le plan le plus vaste » qui, depuis Galien, ait été présenté à l'étude des scien- » ces médicales. »

Membre de l'Académie de Médecine depuis 1823, de l'Institut en 1843, Andral eut dans ces corps savants une influence aussi marquée que celle dont il jouissait à l'Ecole, et s'efforça de reconstituer un humorisme scientifique par les longues et consciencieuses recherches d'hématologie, qu'il poursuivit longtemps en collaboration avec M. le professeur Gavarret.

De nombreuses publications affirmaient l'activité scientifique d'Andral. En 1829, il publiait un *Traité d'anatomie pathologique* en trois volumes et consacrait l'un d'eux tout entier à l'*anatomie pathologique générale*: c'était transporter, dans le domaine clinique, l'esprit de synthèse que Bichat venait d'appliquer avec tant d'éclat à l'étude des tissus normaux. Dans sa préface, Andral exposait l'idée dominante de son ouvrage et la résumait en une phrase; « J'ai discuté, disait-il, l'importance du rôle que jouent les » lésions dans la production des maladies... »

En 1834, paraît déjà une 3e édition de sa *Clinique médicale*, œuvre considérable, comprenant cinq volumes d'observations inédites, recueillies chez Lherminier, un peu selon la méthode de Louis, avec un luxe de détails qui en fait de précieux documents. Cet ouvrage dont la dernière édition est de 1848, est non-seulement l'œuvre capitale d'Andral, mais aussi l'expression d'une époque médicale; le temps et l'expérience nous font défaut pour l'analyser comme il conviendrait, nous nous contenterons d'en rappeler les principales divisions.

Dès la préface, Andral nous montre sa façon de comprendre la clinique; c'est: « d'analyser les individualités morbides » puis « de les comparer » et enfin d'en tirer des « principes généraux, propres à caractériser un type clinique » — mais en outre, et c'est ici que paraît le savant: « il s'appuie sur la base que lui ont fourni les faits pour discuter, et résoudre quelquefois, plusieurs des questions qui agitent la science. » « C'est suivre, dit-il, la route tracée par Morgagni. » Eclectique, par nécessité, comme tout médecin doit l'être au lit du malade, ajoute-t-il encore, je n'ai tenu compte des divers systèmes que pour les discuter en présence des faits, dussent-ils soutenir ou renverser ces idées théoriques.»

Puis, il passe successivement en revue les maladies de l'abdomen, contribue, après Louis et Trousseau, à établir la fièvre typhoïde comme entité, étudie les états adynamiques, typhoïdes, les fièvres, donne de précieuses indications sur le traitement de ces affections, et, à ce propos, il n'est pas sans intérêt de le voir, dans sa 133e observation, préconiser dans les cas de fièvres typhoïdes graves l'emploi des *affusions froides* et des bains qu'on a conseillés encore tout récemment, en en faisant, il est vrai, une méthode étrangère.

Dans les volumes suivants, Andral examine les maladies de l'estomac, les gastrites, sujet à l'ordre du jour depuis Broussais; puis les affections du foie, des reins, que Bright venait d'étudier, celles du cœur et des poumons. Ses pages sur la péricardite, la phthisie, les pleurésies, affections élucidées par les récents travaux de Laënnec, de Bouillaud, d'Andral lui-même, sont encore les meilleures descriptions cliniques que l'on puisse étudier.

Enfin, un dernier volume comprend toutes les affections nerveuses, celles de l'encéphale principalement; d'importants symptômes y sont étudiés, mais l'introduction des examens histologiques devait bientôt rendre moins profitable la partie anatomo-pathologique de ces descriptions.

Andral rendait ensuite, en 1837, un dernier hommage à Laennec en publiant une édition de ses œuvres, édition restée justement estimée. Plus que tout autre, il était capable d'enrichir de notes l'ouvrage de ce second fondateur de la pathologie interne, et de soutenir ainsi la réputation de l'Ecole Française qu'illustraient les Chomel, les Bouillaud, les Louis, les Trousseau, etc.

Enfin, en 1848, M. Latour publiait la seconde édition du cours de pathologie interne, professé par Andral à la Faculté; c'était un utile complément théorique des cliniques que nous venons de citer.

Telle est l'œuvre d'Andral considéré comme clinicien. Non moins intéressante est celle du savant. En 1840 et 1842, il lisait à l'Institut deux mémoires sur l'*hématologie*; il collaborait avec le professeur Gavarret pour le premier (1); pour le second travail, il s'adjoignait en outre M.

(1) *Recherches sur les modifications de proportions de quelques principes du sang dans les maladies.* (*Annal. ch. et phys.*, Tome LXXV.)

de La Fond (1), professeur à Alfort, et poursuivait ses études dans la série animale. En 1843, il publiait seul un *Traité d'hématologie pathologique*, y décrivait sa méthode, défendue déjà par lui en 1842 dans un mémoire spécial; puis, dans une série de chapitres distincts, il étudiait l'état du sang dans la pléthore, l'anémie, les pyrexies, les phlegmasies, les flux sanguins ou séreux, dans les affections organiques, enfin, dans les névroses; cette dernière étude devait plus tard être reprise par Michon.

C'était suivre une voie, déjà tracée par Saucerotte, par Denis (de Commercy), qui plus tard devait donner lieu aux travaux de Becquerel et Rodier, de Magendie, de Le Canu, etc., venir à notre époque se résumer dans les leçons de M. Claude Bernard, et aboutir finalement à cette importante question de la transfusion du sang encore actuellement à l'étude.

C'était ressusciter l'humorisme, mais aussi en appliquer l'étude aux recherches cliniques, c'était poursuivre à l'aide de moyens nouveaux la lésion jusque dans les éléments anatomiques eux-mêmes. Faut-il regretter cette tendance nouvelle, imprimée aux études médicales par les recherches d'Andral et craindre un débordement de chimiâtrie? nous ne le croyons pas; toute recherche nouvelle, sagement appliquée aux études cliniques, ne peut que leur être profitable; ils faisaient de la clinique, ceux qui, comme Andral, perfectionnaient la percussion et l'auscultation; mais était-ce en sortir que d'étudier les modifications du sang dans les états morbides? C'est, croyons-nous, au contraire, faire de la clinique et de la meilleure, que d'employer le microscope et les réactifs.

La véritable étude clinique, c'est celle du malade, et ce n'est pas déroger, croyons-nous, aux traditions de l'Ecole Française, que de poursuivre cette étude aussi loin que possible et de la compléter, au besoin, et dans une sage proportion, par des travaux de laboratoire. C'est ce qu'a fait Andral dans la mesure que comportait son époque, et ce ne sera ni son moindre mérite ni sa moindre gloire.

H. DE BOYER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 février 1876. — PRÉSIDENCE de M. PARROT.

M. RABUTEAU communique à la Société les résultats de ses recherches sur les effets physiologiques du bromure d'éthyle. Ils seraient absolument les mêmes que ceux de l'éther: ce produit aurait, sur l'éther, l'avantage d'être moins désagréable au goût.

MM. DEBOVE et RENAUT communiquent une note *sur les lésions des faisceaux primitifs des muscles volontaires dans l'atrophie musculaire progressive et dans la paralysie saturnine* dont voici le résumé :

On sait depuis longtemps, en clinique, que les muscles volontaires, atteints d'atrophie progressive, conservent jusqu'à la fin leur sensibilité et leur contractilité électrique. Leur contractilité volontaire subsiste également, impuissante, il est vrai, pour produire le mouvement à cause de l'affaiblissement du muscle. Elle persiste néanmoins dans son intégrité en tant qu'on la considère comme un acte physiologique, indépendant de l'effet utile produit par la contraction.

(1) *Recherches sur la composition du sang de quelques animaux domestiques dans l'état de santé et de maladie.* (*Ann. de ch. et phys.*, Tome V, 3e série.)

Dans les paralysies survenues sous l'influence de l'intoxication saturnine chronique, au contraire, l'atrophie musculaire est accompagnée rapidement de la perte de la contractilité et de la sensibilité électrique. Consécutivement le muscle cesse de se contracter sous l'influence de la volonté (Vulpian et Raymond). Nous nous proposons d'exposer dans cette note les différences anatomiques qui séparent les deux genres précités d'atrophie musculaire, et d'expliquer par elles la diversité des symptômes observés.

Lorsqu'on isole convenablement et que l'on colore ensuite à l'aide du picro-carminate d'ammoniaque ou de la purpurine les faisceaux primitifs des muscles volontaires atteints d'atrophie musculaire progressive simple (1), on voit que la substance musculaire a seulement diminué de volume, de telle sorte que les faisceaux comparés à ceux d'un muscle sain, sont devenus plus ou moins grêles et parfois filiformes. Le sarcolemme est conservé dans sa complète intégrité et s'applique exactement à la surface du faisceau. Au-dessous de lui s'observent de nombreux noyaux dont un grand nombre sont divisés et juxtaposés deux par deux ou trois par trois, et logés dans des encoches creusées dans la substance musculaire.

Cette dernière, diminuée de volume, n'est interrompue sur aucun point. Sur des préparations faites par des méthodes convenables, les deux striations longitudinales et transversales sont absolument conservées. Sur les faisceaux exactement tendus, quelques grêles qu'ils soient, on reconnait avec la plus grande netteté le disque épais, la bande claire qui sépare deux disques épais successifs et le disque mince qui la traverse.

Il résulte de ce qui précède que les phénomènes inflammatoires, dont le faisceau primitif est le siége, se sont bornés le plus ordinairement dans le muscle atteint par l'atrophie musculaire progressive, à la segmentation et à la multiplication des noyaux, d'une part, et à la diminution de la substance contractile, considérée seulement dans son volume, mais restant intacte dans sa structure. Cette dernière substance peut être réduite dans le faisceau primitif atrophié à quelques fibrilles juxtaposées, conséquemment incapables de produire un travail moteur appréciable mais demeurant aptes à se contracter isolément sous l'influence des excitants divers des muscles naturels ou artificiels. Les modifications histologiques qui surviennent dans les muscles atteints d'atrophie musculaire progressive rendent donc un compte exact des phénomènes observés sur le vivant, c'est-à-dire de la conservation de la contractilité volontaire, de la sensibilité et de la contractibilité électriques qui subsistent jusqu'au moment précis où la substance musculaire a complétement disparu dans les faisceaux primitifs.

Nous avons l'un et l'autre successivement signalé la multiplication des noyaux musculaires dans l'atrophie musculaire progressive et les lésions des muscles atteints par la paralysie saturnine. Nous ne pouvons, du reste, entrer ici dans l'historique de la question. Nous le ferons complétement plus tard, dans un travail ultérieur. Mais si l'on compare les faisceaux primitifs des muscles volontaires atteints par l'atrophie progressive et par la paralysie atrophique due à l'action lente du plomb sur l'organisme, il est facile de reconnaître que dans cette dernière, les lésions sont totalement différentes de celles qui caractérisent l'atrophie musculaire progressive. Les muscles extenseurs, atteints par le plomb, offrent tous les caractères de la myosite suraiguë, telle qu'on l'obtiendrait en passant dans un muscle un sétou et en l'y laissant à demeure. Les faisceaux primitifs ne sont plus cylindriques mais moniliformes. De distance en distance, les noyaux ont proliféré, et sont accumulés dans le sarcolemme qu'ils gonflent, sous forme d'amas. A ce niveau, la substance musculaire est étranglée, ou complétement coupée, de telle façon, que les noyaux distendent le boyau sarcolemmique et qu'au-dessus et au-dessous d'eux, existe un fragment de substances contractiles. Cette végétation des noyaux musculaires se reproduit de distance en distance,

(1) C'est-à-dire qui n'est point symptomatique d'une sclérose des cordons latéraux.

de telle sorte que la substance musculaire est fractionnée en segments, et que la continuité du faisceau est interrompue. On s'explique dès lors comment un muscle, ainsi lésé, est absolument incapable de se contracter, soit sous l'influence de la volonté, soit consécutivement à l'application des divers excitants physiologiques, puisqu'il est formé de fragments discontinus et qui n'ont plus d'action sur les extrémités tendineuses.

Nous ne reviendrons pas ici sur les différents modes suivant lesquels s'effectue la fragmentation, la dissociation, et la résorption de la substance musculaire dans les faisceaux primitifs, atteints de myosite plombique. Ces différents détails ont été, en effet, l'objet d'un travail présenté l'an dernier, par l'un de nous à la Société de Biologie. Nous avons voulu seulement démontrer, dans cette note, que les différences physiologiques observées sur le vivant, dans les muscles atteints d'atrophie progressive et d'atrophie plombique, ont leur raison d'être dans des lésions anatomiques relativement grossières, et résultant de deux modes de dégénération qu'il importait de séparer.

M. Charcot dit qu'il serait intéressant de faire des recherches sur l'état des muscles après la section expérimentale des nerfs qui s'y rendent. Du reste, dans quelques cas d'atrophie musculaire progressive, il a constaté çà et là des lésions musculaires analogues à celles qui viennent d'être décrites dans l'atrophie d'origine saturnine.

M. Pitres présente un nouveau cas de lésions de l'écorce cérébrale sans altération des noyaux centraux. Cette lésion est constituée par un ramollissement récent, siégeant à la surface de l'hémisphère droit, et occupant toute la 3e circonvolution frontale, le 1/3 inférieur de la frontale ascendante, le 1/4 inférieur de la pariétale ascendante, tout le lobule du pli courbe la moitié postérieure du lobule du pli pariétal, toute la 1re circonvolution sphénoïdale et enfin le lobule de l'insula. Elle s'était traduite pendant la vie par une paralysie faciale gauche très-marquée et par une légère parésie avec contracture transitoire des membres du côté gauche. Il ne suffit donc pas qu'une lésion corticale soit très-étendue pour qu'elle donne lieu à de l'hémiplégie. C'est, en effet, le siége et non l'étendue des altérations qui détermine les paralysies. Dans le cas actuel, la région qui, selon toutes probabilités, renferme les centres psycho-moteurs de la face était détruite, aussi existait-il une paralysie faciale très-marquée. S'il n'y avait pas de paralysie des membres, c'est que leurs centres moteurs volontaires étaient épargnés. M. Pitres rappelle à ce propos une observation qu'il a communiquée antérieurement à la Société et dans laquelle une lésion très-limitée siégeant à l'extrémité supérieure des circonvolutions ascendantes avait produit une paralysie complète des membres du côté opposé sans paralysie de la face. Il ajoute que de grandes lésions corticales peuvent ne déterminer aucun symptôme paralytique si elles ne siégent pas dans la zone motrice de la surface cérébrale. A l'appui de cette proposition, il montre des dessins représentant la topographie de deux cas de ramollissement superficiel observés récemment dans le service de M. Charcot. Le premier siégeait à la face inférieure du cerveau sur les circonvolutions sphéno-occipitales ; le second occupait toute la surface du lobule du pli courbe. Les malades n'avaient présenté ni contracture ni paralysie.

M. Charcot fait ressortir l'intérêt de cette observation. La lésion respectant les parties centrales et même la région motrice de l'écorce n'a pas donné lieu à la paralysie des membres. Ce fait vient à l'appui des expériences de Ferrier, Hitzig, etc. Il existe dans l'écorce une région des centres moteurs : il est même probable qu'elle peut être décomposée et que l'on pourra un jour préciser les points dont la lésion donne lieu à la paralysie de tel ou tel segment du corps. C'est, en effet, dans les lésions limitées de l'écorce qu'on peut avoir des monoplégies cérébrales, c'est-à-dire qu'on peut observer la paralysie isolée soit de la face, soit d'un membre. Cette étude, du reste, est fort peu avancée aujourd'hui, mais fera des progrès à mesure qu'on pourra accumuler des observations bien prises.

M. Marot présente le cerveau d'un homme qui a succombé dans le service de M. Duplay. A la suite d'une fracture comminutive du frontal, il y eut déchirure des méninges, épanchement de sang limité et attrition de la substance cérébrale au niveau de la partie supérieure de la 1re circonvolution frontale droite. Cet homme succomba au bout de cinq jours par infection purulente, sans avoir jamais présenté de phénomènes cérébraux.

M. Charcot fait remarquer que l'absence de toute paralysie dans ce cas n'a rien de surprenant, les lésions de cette région étant absolument négatives au point de vue des phénomènes moteurs (1). L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 février. — Présidence de M. Chatin.

M. le Président invite M. Bouillaud à donner lecture du discours qu'il aurait prononcé sur la tombe d'Audral, si les restes de ce savant avaient été inhumés à Paris.

M. Béclard lit une lettre de M. Chauveau à propos de la discussion sur la leucocytose. Le professeur de l'Ecole vétérinaire de Lyon s'élève énergiquement contre les idées de M. Colin. En 1868, il a déjà démontré que les particules suspendues dans les plasmas sont seules virulentes ; aujourd'hui, il affirme plus catégoriquement encore sa manière de voir. Les expériences qu'il a faites à ce sujet sont fondées sur la diffusion des liquides albumineux, le lavage des éléments figurés et la séparation de ces mêmes éléments. La diffusion des liquides albumineux, niée par M. Colin, se fait réellement, surtout quand il n'y a pas de membrane osmométrique interposée. Si on prend dans un tube une couche de liquide vaccin et qu'on le recouvre d'une couche d'eau épaisse de quelques millimètres, au bout de quelques heures on arrive à trouver dans les régions aqueuses les plus superficielles une certaine quantité d'albumine reconnaissable par la chaleur et l'acide nitrique ; et le liquide ainsi séparé est apte à produire la pustule vaccinale. —Si on fait subir à des éléments figurés des lavages successifs, dès la 3e dilution le liquide n'est plus virulent et les éléments corpusculaires, filtrés et isolés, possèdent encore une énergie très-appréciable. — Enfin l'inoculation d'une minime quantité d'un caillot exprimé donne toujours des résultats positifs.

M. Chauveau a fait trois expériences d'inoculation de sang claveleux ; pas une n'a réussi quand il a pratiqué l'inoculation à la lancette. Il lui a fallu injecter une certaine quantité de sang virulent dans les veines d'un mouton sain pour lui transmettre la clavelée ; il faut, pour que l'inoculation morveuse réussisse, qu'il y ait apport dans le torrent circulatoire de l'animal sain d'une quantité notable de sang complet, c'est-à-dire d'un plasma contenant ses corpuscules figurés normaux : sans cela l'expérience échoue.

Les conclusions de la lettre de M. Chauveau sont : 1° le fluide vaccinal comme le fluide séminal soumis à des dilutions nombreuses reste actif parce qu'il existe toujours dans chaque dilution des éléments figurés ; 2° les substances virulentes dissoutes dans le plasma nutritif (sang ou lymphe) peuvent en être retirées par diffusion ; 3° les substances virulentes sont fixées sur les éléments corpusculaires par une sorte de combinaison spéciale. En terminant, M. Chauveau réclame pour MM. Christot et Kiener (de Lyon), contre M. Colin, la priorité de l'invention de la leucocytose morveuse.

M. Colin répond d'abord à M. Chauveau que jamais il n'a songé à s'attribuer la paternité de la leucocytose morveuse, puisque lui-même a dit que la découverte en a été faite 15 ans avant le travail des auteurs lyonnais, par M. Delafond. Puis, il discute les idées et les expériences de M. Chauveau en leur déniant toute espèce de valeur scientifique. — La diffusion telle que la produit M. Chauveau est illusoire, parce que cet expérimentateur emploie des tubes capillaires et une couche d'eau très-mince, il en résulte un simple mélange des liquides. Si on place au-dessus d'une couche de liquide vaccinal une colonne d'eau haute de quelques centimètres (et non de quelques millimètres), jamais on ne trouve d'albumine dans les régions supérieures de cette colonne. — La méthode des lavages se retourne contre M. Chauveau, puisqu'à la 10e dilu-

(1) La séance s'est terminée par une communication de M. Jousset de Bellesme. Une erreur de mise en pages nous oblige à reporter l'analyse de cette communication au prochain numéro.

tion ils ne sont plus virulents bien qu'ils contiennent une quantité notable d'éléments figurés. On trouve encore ces éléments à la 15e dilution.

En résumé, la méthode de M. Chauveau est vicieuse et ne peut conduire à aucun résultat. Une bonne preuve peut en être tirée de l'examen des matières actives des sucs salivaire, gastrique et pancréatique, la diastase, la pepsine et la pancréatine. Ces matières agissent et pourtant elles ne contiennent aucun élément. Bien plus, l'une d'elles, la pancréatine, perd toute action sur les substances amylacées dès que sa masse est mélangée d'éléments figurés. M. Colin a établi ce matin même une fistule du canal thoracique sur une vache ; il en a obtenu une certaine quantité de lymphe dont il met quelques échantillons à la disposition des membres de l'Académie.

M. Panas donne lecture d'un travail sur les manifestations oculaires des lésions traumatiques du cerveau. Il a fait pour les traumatismes ce que M. Bouchut a fait pour les altérations pathologiques inflammatoires ou néoplasiques. Il a eu l'occasion de faire cinq nécropsies dans sept cas de traumatismes cérébraux et a pu vérifier l'existence matérielle des lésions qui se traduisaient, pendant la vie, par des modifications spéciales du fond de l'œil. Voici, en résumé, les conclusions de ce travail : 1° La stase papillaire se rencontre souvent à la suite de lésions traumatiques ; 2° la stase papillaire ne s'accompagne pas toujours de troubles visuels ; 3° d'après les autopsies, ces stases semblent dépendre d'une infiltration dans la gaine du nerf optique et non de lésions vasculaires locales ; 4° la stase papillaire ne peut être considérée comme en rapport avec telle ou telle altération cérébrale et ne peut préjuger de l'intensité et de la forme des lésions ; 5° la stase papillaire indique un épanchement sanguin dans le crâne. Ce fait corrobore la théorie de Schwalbe.

La séance est levée à 5 heures. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances de novembre 1875. — Présidence de M. Charcot

Phthisie pulmonaire ; mort subite par obstruction du tronc basilaire ; par M. Toledano, interne à l'hôpital Rothschild.

Bloch Mathias, âgé de 55 ans, homme de peine, entre à l'hôpital Rothschild, le 4 octobre 1875 (service de M. Leven). Ce malade, d'un teint pâle, cachectique, d'une maigreur considérable ; il raconte qu'il a toujours joui d'une bonne santé, qu'il n'a fait aucun excès. Pas d'antécédents tuberculeux dans la famille.

Au mois de février dernier, il a été pris, sans cause connue, d'accès de fièvre avec frissons, chaleur et transpiration, ayant lieu généralement le soir, mais quelquefois se produisant dans la journée. En même temps, il ressentit un affaiblissement général, son appétit diminua ; il commença à tousser et à cracher. Pas de diarrhée ni vomissements. Absence de céphalalgie. Pas d'hémoptysie, ni d'épistaxis. Ces symptômes durèrent environ deux mois, au bout desquels il y eut une certaine amélioration dans l'état du malade ; la fièvre avait disparu.

Quatre mois après, c'est-à-dire au mois d'août 1875, la fièvre reparaît ; il y a de l'amaigrissement ; perte presque complète de l'appétit. Malgré cela, le malade continue à travailler jusqu'au mois de septembre où il est obligé de cesser tout travail.

Actuellement il est dans l'état suivant :

Il y a de la fièvre : le pouls est petit, 102 ; la température axillaire est de 38,4 ; les bruits du cœur sont normaux, mais faibles. Pas de céphalalgie. Inapétence, bouche amère, langue légèrement saburrale. Constipation habituelle depuis un mois. Rien du côté de l'estomac, ni du foie ni de la rate. Œdème des jambes, plus accentué à droite. Pas d'albumine ni de sucre dans les urines.

La poitrine est bien conformée. On trouve à droite, en avant comme en arrière, une augmentation de la sonorité à la percussion : diminution notable du murmure vésiculaire et exagération des vibrations thoraciques sur toute l'étendue du poumon.

A gauche, aucun signe anormal si ce n'est de la rudesse du murmure vésiculaire. Crachats visqueux, adhérents au fond du vase, d'une couleur brune.

Malgré l'absence de signes positifs pouvant faire croire à une tuberculose pulmonaire, M. Leven, tout en réservant le diagnostic, pencha vers l'existence de cette affection. Il fut amené à cette opinion par exclusion de toute autre lésion organique apparente et principalement eu égard à l'état général du sujet.

On prescrit du phosphate de chaux à la dose de 3 grammes par jour.

Au bout de quelques jours, il y a un peu d'amélioration : l'appétit est meilleur, le malade se sent moins faible, mais il reste un état fébrile permanent et des accès rémittents qui ne cèdent pas à une dose de 1 gramme de sulfate de quinine par jour. La poitrine, examinée tous les jours avec soin, présente les mêmes signes.

Le 28 octobre, on entend, pour la première fois, au sommet du poumon gauche et en avant, un bruit de souffle sur une surface de trois centimètres de diamètre environ, et le diagnostic de tuberculose ne laisse plus de doute. Le lendemain 29, à 5 heures du soir, le malade en prenant son repas s'affaisse et meurt subitement.

Autopsie. — On fait une ouverture latérale sur le côté droit de la poitrine, au niveau du septième espace intercostal, comme pour l'opération de l'empyème. Aucun liquide ne s'écoule. On ouvre la poitrine et on trouve dans la cavité pleurale une très-petite quantité de liquide séreux de chaque côté.

Les deux poumons sont ratatinés, d'une consistance dure, d'une couleur noire. A la coupe, ils présentent comme une texture lardacée. Au sommet gauche, on trouve une petite caverne de la grosseur d'une noisette et des tubercules disséminés dans les autres points du poumon. Au sommet du poumon droit, on voit une caverne de la grosseur d'un œuf de poule ; un peu plus bas, une caverne plus petite, et, dans le reste de l'organe, des tubercules crus disséminés.

Adhérences pleurales à droite, surtout en haut, formées par de longs filaments mesurant 10 à 15 centimètres. Il y a aussi quelques adhérences avec le péritoine.

Le *péricarde* contient une petite quantité de liquide séreux. Le cœur est tout à fait normal : on n'y voit aucune lésion des orifices ; il est seulement rempli de caillots récents.

L'*estomac* est rempli d'aliments, la muqueuse est parsemée d'hémorrhagies partielles principalement sur sa face postérieure. Rien de particulier dans les autres viscères abdominaux.

Cerveau. — Ecchymose sanguine sous la dure-mère, en avant et des deux côtés, au niveau des lobes antérieurs. On trouve, en outre, le tronc basilaire complétement obstrué par un caillot rouge, non adhérent aux parois et ressemblant, par sa texture et sa consistance à de la cire qu'on a injectée dans un vaisseau. — L'artère ne présente pas d'athérome. — Rien dans les autres vaisseaux du cerveau. La pulpe cérébrale présente à la coupe quelques piquetés rouges. Rien dans les ventricules ni au bulbe, ni au cervelet.

M. Hayem. Il est probable, bien que l'artère paraisse saine, qu'on trouverait, à l'examen histologique, un certain degré d'endartérite ; il est, en effet, impossible d'expliquer autrement la production de ce thrombus. Quant à la mort subite dans les cas de ce genre, elle n'a pas encore été signalée ; habituellement la mort survient très-rapidement, mais 20, 30 ou 40 heures après l'attaque. Peut-être existait-il ici une anomalie dans la terminaison des vertébrales, comme l'a signalé M. Duret.

Lymphadenome du cou, des aisselles et de la poitrine ; absence d'engorgement des ganglions lymphatiques sous-diaphragmatiques ; mort deux ans après le début de la maladie ; par MM. L. A. Garnier et A. Ledouble, internes des hôpitaux.

Le nommé Micheau Edmond, âgé de 24 ans, marchand mercier, célibataire, est entré le 27 septembre 1875, salle Sainte-Marthe n° 1, dans le service de M. Richet, suppléé par M. Le Dentu.

Le malade désire se faire traiter pour diverses tumeurs

qu'il porte au cou et aux aisselles. Antérieurement, cet homme a toujours été bien portant. Ses parents vivent encore et jouissent d'une bonne santé. Il y a deux ans il s'aperçut de la présence d'une petite glande dure, mobile, non douloureuse, siégeant au niveau de l'angle de la machoire inférieure sur la partie latérale gauche et supérieure du cou. Peu à peu, cette tumeur qui glissait sous la peau, lui devint adhérente en même temps qu'elle augmentait de volume. Elle ne tarda pas à envahir toute la région parotidienne, puis gagna la partie antérieure du cou, qu'elle déformait sensiblement; enfin il y a trois mois, il constata, dans les aisselles droite et gauche, l'existence de deux tumeurs analogues à celle du cou.

Effrayé de la marche progressive de la maladie, il alla consulter plusieurs médecins de la ville de Bordeaux où il habitait en ce moment. Ils lui ordonnèrent à l'intérieur et à l'extérieur l'iode ou les iodures sous toutes leurs formes. Comme ces traitements n'aboutissaient à aucun résultat favorable et que la maladie semblait s'accroître de jour en jour, il se rendit chez plusieurs chirurgiens pour demander l'opération; malgré ses vives instances, tous refusèrent. C'est alors qu'il vint à Paris pour consulter M. Richet. M. Le Dentu qui le suppléait à cette époque, constata l'état suivant au moment de l'entrée du malade.

La santé générale de cet homme est assez bonne; il dit que cependant il a un peu maigri depuis quelque temps. A la partie supérieure du corps, on voit une série de tumeurs qui se dessinent d'autant mieux sous la peau que le malade est amaigri. La peau, qui est bleuâtre au niveau de ces tumeurs et sillonnée de réseaux veineux, est, au contraire, pâle, comme anémiée dans toutes les autres parties du corps. Ce contraste, entre la coloration de la peau qui recouvre ces tumeurs et la peau des autres parties du corps, est frappant. La tumeur du cou est très-volumineuse, bosselée, rénitente; elle ne présente ni fluctuation, ni bruit de souffle, ni mouvement d'expansion. La peau qui la recouvre, lui est très-adhérente; elle est plus foncée et offre une dilatation des veines et veinules superficielles.

Cette tumeur s'étend depuis le bord inférieur du maxillaire inférieur jusqu'à la fourchette sternale, dont elle est distante de deux travers de doigt. Sur la partie médiane, en avant du larynx, à égale distance du cou et du sternum, se trouve une grosse saillie arrondie, qu'on peut sentir par la palpation. Elle est constituée par une série de bosselures; elle a à peu près la grosseur du poing. La masse cervicale se continue en haut avec une tumeur analogue du volume d'une orange occupant la région parotidienne, à laquelle elle est reliée par un pédicule de trois travers de doigt englobant l'angle de la mâchoire et qu'on peut parfaitement limiter par le toucher.

Toutes ces tumeurs sont constituées par un certain nombre de lobules très-distincts, appréciables principalement pour la grosse tumeur médiane de la masse cervicale et pour la tumeur parotidienne. Dans tous les autres points, ces lobules ne peuvent plus être isolés. La tumeur cervicale s'élève lorsque le malade fait des mouvements de déglutition. Elle n'offre ni douleur spontanée, ni provoquée par la pression. Il en est de même pour toutes les autres tumeurs que nous allons décrire. Il ne semble pas y avoir une compression très-forte des organes du cou; la respiration est possible, bien que gênée; la circulation veineuse est un peu entravée.

Dans l'aisselle gauche, on trouve une autre glande du volume de la tête d'un fœtus à terme, empêchant le rapprochement du bras gauche du tronc, débordant de trois ou quatre travers de doigt les parois axillaires antérieure et postérieure. Le grand et le petit pectoral sont repoussés en avant et forment une saillie convexe: les muscles qui vont s'insérer à la lèvre postérieure de la coulisse bicipitale sont repoussés en arrière. On peut présumer d'après les troubles observés à l'avant-bras et à la main que le nerf cubital et la veine axillaire sont comprimés. La main gauche est œdémateuse, gonflée, et l'infiltration séreuse remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'articulation radio-carpienne. Cet œdème n'est pas douloureux; cependant, il est assez marqué pour que, lorsqu'on presse avec le doigt sur la partie gonflée, on y détermine une dépression assez profonde et qui persiste pendant quelque temps. Le malade accuse aussi une perte de la sensibilité des doigts innervés par le nerf cubital. La sensibilité à ce niveau est abolie dans ses différents modes (sensibilité au tact, à la douleur, à la température). La tumeur, qui existe dans l'aisselle droite, a des diamètres beaucoup moindres que celle de gauche, elle ne déborde pas les parois du creux axillaire, qui n'est pas déformé, et ne donne lieu à aucun phénomène de compression.

L'examen des organes contenus dans la cavité thoracique révèle les faits suivants: le cœur n'est pas hypertrophié, les battements sont normaux: aucun bruit de souffle. Sous la clavicule gauche, matité absolue s'étendant à trois travers de doigt au-dessous d'elle. Cette matité ne se confond pas avec la matité précordiale; il y a entre ces deux siéges de la matité une sonorité tympanique. En ce point, on constate à la percussion une perte d'élasticité des parois thoraciques, et si on applique au-dessous de la clavicule la paume de la main et que l'on fasse parler le malade, on trouve une exagération des vibrations thoraciques. Dans aucun autre point de la poitrine, on n'observe rien de semblable. L'auscultation des deux poumons permet de reconnaître une diminution très-marquée du murmure respiratoire dans toute leur étendue. En avant, au-dessous de la clavicule gauche, le murmure respiratoire a entièrement disparu. Dans ce même point, il y a ce qu'on ne note pas ailleurs, du retentissement de la voix et de la toux. L'auscultation des bronches et de la trachée ne fait entendre aucun bruit de cornage.

En présence de cet affaiblissement du murmure vésiculaire dans les deux poumons, M. Le Dentu conclut: 1° A l'existence d'une compression partielle de la trachée et des bronches, ces canaux n'étant pas entièrement effacés et une certaine quantité d'air pouvant encore arriver jusqu'au fond des lobules pulmonaires. Cette compression de la trachée ou des bronches est due soit à la tumeur du cou, soit à des tumeurs intra-thoraciques, et peut-être à l'une et à l'autre de ces causes.

2° A la présence d'une tumeur solide d'un volume indéterminé, siégeant immédiatement au-dessus de la clavicule gauche et ayant refoulé en bas le sommet du poumon correspondant.

Dans l'abdomen, la palpation et la percussion des régions hypocondriaque et splénique font reconnaître que le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume.

Si, après avoir fait fléchir les cuisses du malade sur le bassin, de manière à relâcher les muscles de l'abdomen, on explore attentivement la cavité abdominale, on ne peut sentir aucune autre tumeur. Autant qu'on peut en juger, les ganglions mésentériques paraissent indemnes. Les ganglions sous-occipitaux, épitrochléens, cruraux, et poplités ne sont point engorgés.

L'état du sang est le suivant: il y a 260.000 globules rouges par millimètre cube (examen avec l'appareil de Malassez); le chiffre des globules rouges est par conséquent normal, mais il y a un peu de leucocytose. En effet, avec l'oculaire n° 1 et l'objectif n° 6, on a constaté au laboratoire de l'Hôtel-Dieu qu'au lieu d'apercevoir trois ou quatre globules blancs dans le champ du microscope, on en voyait cinq ou six. Les globules blancs et rouges n'ont subi aucune altération morphologique, et les globules observés sont bien des globules blancs et non des globulins.

M. Le Dentu conclut à l'existence d'un lymphadénome, se basant, pour établir son diagnostic, sur le volume considérable des tumeurs, leur marche rapide, progressive, et l'envahissement d'un grand nombre de ganglions.

Comme les chirurgiens de Bordeaux, il vit dans cette généralisation de la maladie une contre-indication formelle à opérer. Pendant tout le temps que le malade séjourna à l'hôpital, on se borna à un traitement palliatif; il prit successivement une goutte, puis deux gouttes par jour d'huile phosphorée; il arriva au bout de dix jours à la dose de six gouttes. Ce traitement, comme les précédents, fatigua sa santé sans apporter aucun soulagement. En désespoir de cause, et sur les sollicitations du malade, M. Le Dentu changea cette médication; il donna à prendre deux gouttes de liqueur de Fowler;

il augmenta la dose, et on en était arrivé à la dose de six gouttes par jour, lorsque le malade qui, depuis quelque temps respirait plus difficilement, succomba brusquement à sept heures du soir, le 19 *octobre*.

L'Autopsie est faite 26 heures après la mort; la rigidité cadavérique est peu marquée. Sur la face, au niveau de la joue droite,existent trois petites saillies du volume d'un pois. Sur la joue gauche et sur le front, ou en trouve trois ou quatre autres. A la coupe, ces tumeurs ressemblent à de petits ganglions lymphatiques hypertrophiés; ils adhèrent intimement à la peau. La peau qui recouvre les tumeurs cervicales et parotidiennes, ainsi que les tumeurs axillaires, est d'une couleur encore plus foncée que pendant la vie. Les lacis veineux sont aussi plus apparents.

Au *cou*, après la section de la peau, on trouve une masse globuleuse, très-adhérente au tégument externe. Elle englobe le larynx et la trachée jusqu'à la fourchette sternale, se perdant latéralement sous les sterno-mastoïdiens droit et gauche. En haut, elle se trouve réunie par un prolongement qui contourne le bord antérieur du sterno-mastoïdien du côté gauche à une masse parotidienne semblable. Après avoir incisé les sterno-cléido-mastoïdiens et sectionné les pédicules qui réunissent la masse cervicale aux masses parotidiennes et axillaires (droite et gauche), on procède à son ablation.

Cette tumeur s'énuclée facilement, et on peut sans peine la détacher des tissus voisins dont elle est séparée par un tissu cellulaire lâche.

Le larynx n'est pas déformé; intérieurement, il ne présente rien de particulier; à l'extérieur il y a de l'œdème dans toute la couche profonde du côté gauche; cet œdème environne le corps thyroïde. Un ganglion, gros comme une petite châtaigne ou une grosse aveline, occupe l'intervalle crico-thyroïdien. Ce ganglion, à la coupe, a l'aspect blanchâtre sarcomateux.

La trachée, à partir du bord inférieur du corps thyroïde, c'est-à-dire du 4e et 5e anneau, présente une forme aplatie latéralement; son diamètre antéro-postérieur est de 19 millimètres, et son diamètre transverse de 8 millimètres.

Les vaisseaux et nerfs cervicaux ne semblent pas comprimés ni altérés.

La tumeur parotidienne, se détachant facilement par sa partie profonde, est très-adhérente à la peau par la partie superficielle.

Les masses cervico-faciales sont blanches, nacrées, bosselées; chacune des bosselures présente des saillies variables, mais plus marquées vers la partie moyenne de la masse cervicale et à la région parotidienne. Chacun de ces lobules donne à la main une sensation de fluctuation et de résistance analogue à celle que fournit l'encéphaloïde; ces lobules variables de grosseur, epuis celle d'une noix jusqu'à celle d'une orange, ont coupe l'aspect de la substance cérébrale. Le poids de la masse cervicale est de 3 kilog. 50. En bas, la masse cervicale envoie, comme nous l'avons déjà dit, deux prolongements en arrière des muscles cervico-claviculaires et se continuant avec les tumeurs axillaires droite et gauche.

A gauche, dans l'aisselle, nous trouvons: 1° deux masses glanduleuses au niveau du bord antérieur du grand pectoral; 2° entre le grand et le petit pectoral, trois grosseurs mamelonnées, du volume d'un marron, indépendantes l'une de l'autre; 3° Dans l'aisselle, une tumeur pyriforme à sommet supérieur se continuant avec le prolongement qu'envoie en arrière de la clavicule la tumeur cervicale. Elle est lobulée, a 18 centimètres de longueur; comme les tumeurs identiques cervicale et parotidienne, on la détache facilement des parties musculo-osseuses constituant l'aisselle. Le poids de la tumeur axillaire gauche est de 1.600 grammes, son volume, celui des deux poings. Elle enserre les vaisseaux et nerfs axillaires; le nerf cubital est manifestement aplati d'arrière en avant, ainsi que la veine axillaire. A droite, dans l'aisselle, la tumeur est beaucoup moins grosse; à sa partie supérieure, elle est creusée d'une échancrure en forme de V, dans laquelle passent librement les troncs vasculo-nerveux. Cette tumeur est sphérique; elle a à peu près 13 cent. 1/2 dans tous ses diamètres. Le poids est de 725 grammes. Elle se continue derrière la clavicule avec la masse cervico-faciale.

Cavité thoracique. En arrière du sternum, le long de ses bords, dans chaque espace intercostal, en dehors et en dedans des vaisseaux et nerfs mammaires internes, on trouve une série de ganglions, séparés l'un de l'autre par la largeur des cartilages costaux. Ces deux traînées de ganglions, qui s'étendent depuis la fourchette sternale jusqu'à l'extrémité inférieure du sternum, ont la forme d'une amande pour les ganglions internes; les ganglions externes sont moins volumineux et ont le volume d'un gros pois. A la place du sommet du poumon gauche, au-dessous de la clavicule, se trouve une masse ganglionnaire du volume des deux poings, pesant 400 grammes. Le long de la trachée se trouvent une série de ganglions, du volume d'une noisette, d'autant plus gros qu'on se rapproche plus du larynx et comprimant la trachée dans le sens transversal, surtout vers les trois ou quatre premiers anneaux. En avant des bronches, se trouve une tumeur ganglionnaire aplatie, les comprimant dans le sens antéro-postérieur, surtout pour la bronche droite. En haut, la trachée est aplatie latéralement, puis elle reprend peu à peu sa forme normale, et, après sa bifurcation, les bronches sont aplaties dans le sens antéro-postérieur.

Au-dessous de la plèvre, existent çà et là, éparpillés sans ordre, de petites séries de ganglions analogues à ceux que nous avons décrits au niveau des bords du sternum.

Le poumon droit est seulement congestionné à la partie postérieure de son lobe inférieur. Le péricarde et les plèvres contiennent un peu de sérosité citrine. Dans la plèvre du côté droit, cette sérosité, un peu plus abondante, est teintée de sang. Le cœur a son volume normal; les orifices ne sont pas altérés; le calibre de l'aorte n'est pas diminué, et ce vaisseau, comme les autres émanant du cœur et y aboutissant, ne semble pas avoir subi de compression. Par l'incision de ces vaisseaux, on ne constate rien d'anormal, sauf quelques plaques athéromateuses.

Les autres organes ne présentent rien de particulier.

Abdomen. Le foie est augmenté de volume; il est un peu graisseux. La rate a sa grosseur normale, mais à la coupe les corpuscules de Malpighi se détachent très-nettement et paraissent à l'œil nu augmentés de volume.

L'intestin ouvert, les glandules abdominales ne se détachent nullement à la surface de la muqueuse, qui a son aspect et sa coloration ordinaires. Les ganglions mésentériques ne sont point engorgés ni hypertrophiés.

Les autres organes de la cavité abdominale, ainsi que le cerveau et ses membranes, n'ont à l'œil nu aucune altération.

L'*examen histologique*, fait au laboratoire de l'Hôtel-Dieu. porte sur les ganglions les plus volumineux et les plus ramollis. Sur une coupe, leur aspect et leur consistance rappellent très-exactement ceux de la substance blanche de l'encéphale.

Des fragments sont immergés pendant plusieurs jours dans l'alcool à 90°, où ils ne se durcissent que très-incomplétement On peut néanmoins en séparer des coupes suffisamment fines qui, examinées dans l'eau après un traitement partiel au moyen du pinceau, sont absolument comparables à celles d'un ganglion normal. On aperçoit en effet un reticulum fibrillaire dont les mailles sont bourrées de cellules sphériques. Le reticulum est formé de fines fibilles entre-croisées, dont les points de jonction sont signalés par des cellules étoilées. Quelle que soit l'opinion qu'on admette au sujet de ces cellules et de l'entrecroisement, l'aspect est ici le même qu'à l'état normal. Les cellules sont sphériques, de 8 à 10 μ, et pourvues d'un noyau sphérique et brillant, d'un volume un peu moindre. Elles sont semblables aux éléments que l'on a décrits dans le système lymphatique sous le nom de leucocytes, épithélium nucléaire, etc., mais diffèrent nettement des leucocytes du sang ou du pus.

Nulle part, sur plusieurs coupes, on n'aperçoit de travées, complétement ou partiellement embryonnaires, qui autorisent à ranger ces tumeurs parmi les lympho-sarcomes; on ne trouve non plus aucune masse sarcomateuse qui puisse faire croire à un sarcome ganglionnaire.

En résumé, ces tumeurs sont formées par l'hypertrophie simple des ganglions, mais peut-être avec hypergenèse de

leurs éléments cellulaires ; elles doivent être considérées comme des lymphadénomes, ainsi qu'on l'avait diagnostiqué pendant la vie.

Examen de la rate. Les glomérules de Malpighi ne sont pas notablement augmentés de volume ; il existe, du reste, au sujet des dimensions normales de ces follicules, de grandes variétés individuelles.

Les alvéoles de la pulpe splénique contiennent un nombre beaucoup plus considérable qu'à l'état normal de cellules sphériques ou leucocytes. Examinées dans du sérum, ces cellules sont sphériques, blanches, pourvues d'un gros noyau entouré de peu de protoplasme et semblables à celles que nous avons décrites dans les ganglions hypertrophiés et ramollis.

Fièvre typhoïde légère ; thrombose cardiaque ; embolies dans le cerveau, le rein et la rate : par M. A. Sevestre, chef de clinique, et M. Latil, externe à l'hôpital de la Charité.

Gypteau Clémentine, ménagère, âgée de 34 ans, entre le 6 octobre à l'hôpital de la Charité, Salle Saint-Anne, n° 20 (service de M. le professeur G. Sée, suppléé par M. Duguet). Cette femme, habituellement bien portante, malgré son apparence chétive, n'a jamais eu de maladie sérieuse ; elle est accouchée il y a 3 mois sans accidents, et s'est bien rétablie.

Les premiers symptômes de la maladie qui l'amène à l'hôpital ont débuté il y a une dizaine de jours, et ont consisté surtout dans un sentiment de fatigue, de courbature, de la perte d'appétit et des accès de fièvre survenant tous les soirs vers 4 heures.

Au moment de l'entrée, l'amaigrissement, la pâleur, l'aspect général de la malade donnent de suite l'idée d'une phthisie pulmonaire ; et la marche des accidents suffit à peine à faire écarter cette idée; pourtant, en interrogeant la malade avec soin, on constate qu'elle ne présente aucun phénomène morbide du côté de la poitrine, et l'on apprend, non sans étonnement, qu'elle se portait parfaitement encore il y a 15 jours. Aujourd'hui elle se plaint surtout d'un sentiment de lassitude générale ; il n'y a point de céphalalgie, pas de bourdonnements d'oreilles, pas d'insomnie ; la langue est seulement un peu sèche et rouge, l'appétit est perdu, mais il n'y a ni nausées ni vomissements; les selles sont normales (une par jour) ; le ventre est souple, nullement ballonné, et n'est douloureux ni spontanément, ni à la pression ; un examen attentif permet cependant de constater l'existence de 3 taches rosées lenticulaires, qui, malgré l'obscurité des autres symptômes, autorisent le diagnostic de fièvre typhoïde. La percussion et l'auscultation ne révèlent rien d'anormal.

T. A. 38°, 6. *Prescription.* Lait et eau rougie ; sulfate de quinine 0,50.

Les *jours suivants*, les mêmes symptômes persistent sans subir aucune modification. Le ventre reste souple, les garderobes sont normales ; la malade est faible, mais ne présente point l'apparence typhique. Le seul fait intéressant, et qui, joint à l'existence de quelques taches, permet d'affirmer le diagnostic, est la marche de la température.

T. A. — 7 *octobre soir*, 39°, 6. — 8 *octobre* : 38°, 7 ; *soir*, 39°,4. — 9 *octobre*: 38°, 4 ; *soir*, 39°. — 10 *octobre*: 38°; 3 ; *soir*, 40°. — 11 *octobre*: 38°; *soir*, 39°, 4.— 12 *octobre*: 38° ; *soir*, 39°,6. — 13 *octobre*: 37°, 9; *soir*, 39°, 2. — 14 *octobre* : 37°,8 ; *soir*, 39°, 8. — 15 *octobre* : 37° ; *soir*, 39°, 6. — 16 *octobre*: 37°, 4 ; *soir*, 39°, 3.

17 *octobre*. Pour la première fois depuis le début des premiers accidents la malade a vomi hier. Du reste, les mêmes symptômes négatifs existent toujours. Il y a de la tendance à la constipation, et l'on prescrit 2 verres d'eau de Sedlitz. — T. 37° : *soir*, 38°, 6. — 18 *octobre* : 37°, 5 ; *soir*, 38°, 5.

19 *octobre*. Amélioration à la suite des selles déterminées par le purgatif ; l'état général parait excellent ; la malade se sent plus forte et demande à manger, T. 37°, 7 ; *soir*, 39°, 5, (début de l'alimentation).

20 *octobre*: 38°, 3 ; *soir*, 38°, 2. — 21 *octobre*: 37° ; *soir*, 39°. — 22 *octobre*: 37°, 6 ; *soir*, 39°, 4. — 23 *octobre*: 37°, 4 ; *soir*, 38°, 4. 24 *octobre*: 37°, 7 ; *soir*, 38°, 4.

25 *octobre*. Depuis quelques jours, la malade semblait presque complétement guérie de sa fièvre typhoïde qui avait été aussi bénigne que possible ; elle commençait à se lever et paraissait devoir quitter prochainement l'hôpital, lorsque, subitement, éclatèrent des accidents d'un autre genre, bien plus redoutables.

Ce matin, vers huit heures, elle a été prise subitement de perte de connaissance, sans pousser aucun cri, et la sœur a remarqué quelques mouvements convulsifs dans les bras et les lèvres ; puis la tête est tombée sur le côté gauche et est restée dans cette position.

A 10 heures, on la trouve plongée dans le coma, et complétement incapable de répondre aux questions. La face est tournée vers le côté gauche ; les paupières sont abaissées, et lorsqu'on essaie de les soulever, on écarte facilement celles du côté droit : mais à gauche, cette tentative provoque des contractions assez fortes dans les muscles avoisinants; on constate cependant que les deux yeux sont tournés vers le côté gauche, qu'il existe en un mot, une déviation conjuguée, mais cette déviation est très notablement plus marquée pour l'œil gauche, dont la cornée est en grande partie cachée sous les paupières, que pour l'œil droit. Les pupilles sont étroites, et celle de gauche est un peu plus resserrée que la droite. Les muscles de la face semblent paralysés à droite ; mais cette paralysie ne devient bien évidente que si l'on provoque la contraction de ces muscles ; en excitant un point quelconque de la face, on constate que le côté droit reste à peu près immobile, tandis que, du côté gauche, au contraire, il paraît y avoir plutôt un certain degré de contracture. C'est ainsi que, même à l'état de repos, les paupières du côté gauche sont plus rapprochées que celles de droite, sans que celles-ci puissent être considérées comme paralysées. Les mâchoires sont fortement rapprochées par la contraction des muscles, et il est absolument impossible de les écarter.

Aux membres, cette différence entre le côté droit et le côté gauche est plus facile encore à apprécier. Le bras droit est complétement paralysé et retombe inerte dès qu'on le soulève, et il en est de même du membre inférieur. Au contraire, la malade exécute quelques mouvements avec les membres du côté gauche; et de plus ceux-ci sont contracturés, il faut une certaine force pour étendre sur le bras l'avant-bras que la malade maintient dans la demi-flexion, et l'on ne parvient qu'avec beaucoup de peine à fléchir la jambe, étendue sur la cuisse. La sensibilité à la douleur est parfaitement conservée à gauche ; à droite, elle est diminuée, mais non pas complètement abolie. Lorsqu'on pince la peau de la face du bras ou de la jambe droite, la malade ne tarde pas à porter la main gauche vers le point excité, comme pour en écarter l'agent d'excitation. Quant aux autres modes de la sensibilité, il est impossible de les rechercher, en raison de l'état comateux dans lequel se trouve la malade.

Le pouls est régulier, sans caractère spécial, et l'examen attentif du cœur, qui jusqu'ici n'a rien révélé d'anormal, est également muet aujourd'hui; les bruits sont nets, et bien frappés. T. dans l'aisselle droite : 37°, 3.

Le *diagnostic* paraît pouvoir être ainsi formulé : *hémorrhagie cérébrale, siégeant dans le corps strié du côté gauche au voisinage de l'expansion pédonculaire.*

Soir. A la suite d'un lavement purgatif, la malade a rendu très peu de matières; elle a uriné sous elle. Du reste, elle est à peu près dans le même état : la contracture du côté gauche est un peu plus marquée que le matin. Pupilles assez étroites, surtout celle de gauche ; déviation conjuguée des yeux plus accentuée à gauche.

26 *octobre.* Persistance du même état, sans modification notable. T. Ax. gauche : 36°, 5.

Le *soir*, la malade est toujours plongée dans le coma ; la déviation des yeux existe encore, mais est peut-être un peu moins prononcée. La joue droite est manifestement plus colorée que la gauche, et la température perçue par la main y paraît aussi plus élevée; du reste, cette différence est nettement appréciée pour les deux aisselles, où l'on trouve : à gauche 37°,4 et à droite 37°,8. La contracture des membres et de la face du côté gauche est beaucoup moins accusée ; par moments seulement on trouve un peu de raideur. La sensibilité à la douleur est plus altérée qu'hier du côté droit ; elle ne

paraît pas modifiée à gauche. Incontinence d'urine ; un lavement donné aujourd'hui a pour la première fois provoqué des selles assez abondantes.

Le cœur est toujours régulier ; les bruits sont nets, le pouls est normal, peu fréquent.

27 *octobre*. La contracture du côté gauche a disparu, mais les mâchoires restent encore un peu serrées par la contraction des masséters; on peut cependant les entrouvrir, et faire prendre quelques aliments ; à la face, la contracture est à peine marquée. La déviation des yeux ne persiste guère que pour l'œil gauche dont la cornée est encore cachée dans l'angle externe, tandis que celle du côté droit est presque sur la ligne médiane (la malade n'avait pas de strabisme avant l'attaque). Pupilles resserrées, la droite plus large que la gauche. T. A. G. 39°1; T. A. D. 39°,8.

Le *soir*, T. A. G. 39°,1; T. A. D. 39,7. Les phénomènes du côté des membres et de la face n'ont pas subi de modification appréciable; le coma est plus complet que jamais, et s'accompagne de stertor. La malade meurt le lendemain matin.

Autopsie, le 29 *octobre*.

L'*intestin* est peu distendu, et ne présente point de traces de lésion par sa face externe. Après l'avoir incisé, on trouve dans l'intestin grêle, au voisinage de la valvule iléo-cœcale, quelques plaques de Peyer seulement, présentant des altérations; celles qui sont à 50 centimètres de la valvule sont à peine un peu tuméfiées. Plus bas se trouve une plaque ulcérée jusqu'au voisinage du péritoine, qui n'est plus recouvert que par une mince couche de fibres musculaires.

Les lésions spéciales à la fièvre typhoïde sont donc très-peu étendues. Mais elles sont très-nettes et suffisantes pour permettre d'établir la réalité du diagnostic. Les ganglions mésentériques sont tuméfiés.

La *rate* est volumineuse et très-molle. Elle présente trois infarctus récents (pouvant remonter d'après l'avis de M. Cornil, à 3 ou 4 jours) ; l'un de ces infarctus existe à l'extrémité supérieure, l'autre très-mou, à l'extrémité inférieure de la rate. L'altération de la rate à ce niveau représente absolument le ramollissement cérébral par oblitération artérielle. Le troisième infarctus siége vers la partie moyenne de l'organe.

L'une des divisions de l'artère splénique, celle qui se rend à la partie supérieure de l'organe, est suivie et disséquée dans une certaine étendue ; elle est en un point de son trajet, dans une longueur de 1 c. 1/2 environ, oblitérée et comme bourrée par un corps assez dur, blanc-jaunâtre ; après l'avoir incisée, on constate que ce corps est constitué par un caillot jaune assez résistant, non adhérent à la paroi artérielle, ayant une extrémité fine et allongée, et qui, à cette extrémité dirigée vers la périphérie, se continue avec un caillot rouge tout récent. Il ne peut s'agir que d'une embolie.

Dans le *rein* du côté droit, on trouve un point jaunâtre du volume d'un petit pois, ayant à la coupe une forme conique, et qui ne peut être considéré que comme un infarctus. La substance rénale dans le reste de son étendue est pâle, surtout au niveau de la substance corticale.

Le *foie*, de volume normal, est flasque, mais non friable ; sa substance est jaunâtre; son apparence ressemble à celle qu'on observe ordinairement dans la fièvre typhoïde. Il ne présente pas d'infarctus.

Encéphale. La pie-mère se détache assez facilement de la substance cérébrale; sur l'hémisphère gauche, elle présente une teinte congestive assez marquée, mais sans hémorrhagie interstitielle; il n'y a pas non plus d'hémorrhagie méningée. En suivant les artères de la base, on arrive sur la sylvienne du côté gauche qui est remplie par un caillot blanc-jaunâtre. L'artère et ses divisions principales, dans une étendue de 3 cent. environ, sont bourrées en quelque sorte par le caillot, et leur volume est à ce niveau notablement supérieur à ce qu'il est au-dessus et au-dessous ; ce caillot est blanc et semble formé de plusieurs petits blocs juxtaposés et pressés les uns contre les autres; il adhère très-faiblement à la paroi artérielle qui est d'ailleurs parfaitement saine. Au-dessus et au-dessous de lui, les artères contiennent un petit caillot noirâtre d'aspect tout différent.

Dans l'intérieur de l'hémisphère correspondant, on trouve un foyer de ramollissement ayant à peu près les dimensions d'un œuf de pigeon dont le grand axe serait dirigé d'avant en arrière. Ce foyer de ramollissement, dont les limites sont assez difficiles à préciser, comprend la plus grande partie du corps strié et la moitié externe de la couche optique; les points les plus ramollis correspondent à peu près à la capsule interne et au noyau lenticulaire; mais en aucun point le ramollissement n'arrive jusqu'aux ventricules, ou à la surface du cerveau ; il en est partout séparé par une épaisseur d'au moins 3 ou 4 millimètres de substance cérébrale saine.

Des coupes faites en différents points du cerveau, du cervelet et de la protubérance ne font constater aucune autre lésion.

Le *cœur* présente son volume normal. En ouvrant le ventricule gauche, on trouve un caillot formé de deux parties d'aspect très-différent. A la pointe du ventricule, entre les piliers, se trouve un caillot arrondi ayant la forme et le volume d'une noisette, et qui, jaunâtre et assez ferme à la surface, est ramolli à son centre. De l'extrémité supérieure de ce caillot, se détache, sous forme d'un long cordon un peu aplati, un autre caillot qui se prolonge jusque dans l'aorte abdominale. Ce dernier caillot, rouge par places, et blanc jaunâtre en d'autres points, est évidemment tout récent.

Les valvules du cœur sont absolument saines ; l'endocarde ne présente de lésion dans aucun point de sa surface, même à la pointe, au-dessous du caillot, qui est enchevêtré entre les piliers, mais n'adhère point à la surface interne du cœur.

Le muscle cardiaque semble un peu jaune et plus flasque qu'à l'état normal : mais un examen histologique pratiqué sur différents points du ventricule gauche et du ventricule droit permet de constater que les fibres musculaires ne sont pas notablement altérées. Quelques-unes seulement sont tout au plus un peu plus granuleuses qu'à l'état normal; mais elles ne sont ni friables ni diminuées de volume, et ne présentent pas les caractères de l'état vitreux. Les noyaux ne sont pas augmentés de nombre d'une façon appréciable.

Réflexions. Le fait que nous venons de rapporter est intéressant à plusieurs points de vue. Nous n'insisterons pas sur l'obscurité des symptômes du début, bien que la bénignité des phénomènes présentés par la malade eût pu faire mettre en doute, pendant les premiers jours, la nature de l'affection dont elle était atteinte. Mais nous désirons surtout appeler l'attention sur les accidents survenus pendant la convalescence, accidents qui, malgré la bénignité apparente du début, ne tardèrent pas à amener la mort.

Une hémiplégie survenant le 28e jour d'une fièvre typhoïde, jusque là extrêmement simple, n'est pas un fait vulgaire, et nous n'en avons pas trouvé d'analogue dans les auteurs que nous avons pu consulter.

Une analyse des symptômes avait fait placer le siége de la lésion dans le corps strié du côté gauche au voisinage de l'expansion pédonculaire, et l'autopsie montra que cette localisation était assez exacte, et qu'on ne pouvait guère reprocher qu'une erreur dans l'interprétation de l'étendue de la lésion. Il n'en est pas de même en ce qui concerne la nature de cette lésion. En effet, la brusquerie des accidents avait fait écarter l'hypothèse d'un ramollissement par thrombose ou par encéphalite, et l'intégrité absolue des fonctions intellectuelles jusqu'au moment de l'hémiplégie cadrait mal avec l'hypothèse de lésions analogues à celles que Chedevergne, Lebert, Meynert, Hoffmann, etc... ont constatées dans certains cas de fièvre typhoïde. Les résultats négatifs fournis par l'examen du cœur n'autorisaient guère le diagnostic d'embolie, et il semblait beaucoup plus rationnel d'admettre une hémorrhagie cérébrale.

Mais l'autopsie vint donner tort à cette opinion : on trouva, en effet, un ramollissement avec oblitération de l'artère sylvienne, et des infarctus dans le rein et la rate, dus aussi à une oblitération des artères ; enfin le cœur contenait un caillot datant au moins de plusieurs jours.

La corrélation de ces diverses lésions ne saurait être douteuse un seul instant, et l'on ne trouve pas ici les difficultés d'interprétation qui peuvent se rencontrer dans des cas ana-

logues. Lorsqu'on trouve un caillot dans une artère, on peut toujours se demander s'il résulte d'une thrombose ou d'une embolie, et dans ses leçons faites à l'hôpital de la Charité (1), M. Hayem a parfaitement montré que la solution de cette question était souvent délicate dans la fièvre typhoïde, où l'endartérite n'est pas extrêmement rare. Mais dans notre observation, deux points frappent surtout : c'est d'abord la turgescence de l'artère distendue par des caillots au niveau de sa division, et c'est aussi l'intégrité de la paroi artérielle au même niveau. L'examen des pièces ne permettait pas le moindre doute à cet égard.

Il est encore un autre argument que M. Hayem a fait valoir dans un cas analogue : c'est la dissémination des lésions. — Dans ce fait, les artères fémorales, les artères spléniques, rénales, etc , renfermaient des caillots, et dans le nôtre, on trouvait aussi des infarctus dans l'encéphale, dans la rate et dans le rein. « Pourquoi supposer des artérites disséminées dans un aussi grand nombre de points, et sur des branches artérielles si diverses ? Pour quel motif ces artérites disséminées auraient-elles détermiué sur des points si nombreux et si éloignés les uns des autres des coagulations sanguines ? » (Loc. cit. p. 590).

Un point plus délicat est relatif à la formation du caillot cardiaque. En effet, nous avons vu que l'endocarde ne paraissait pas altéré au voisinage de ce caillot. Mais sans même admettre une altération histologique que l'examen a l'œil nu n'a pas fait constater, la formation de ce caillot ne peut-elle trouver sa raison d'être dans l'altération du sang et une certaine gêne de la circulation daus la cavité d'un ventricule qui se contractait peut-être avec moins d'énergie qu'à l'état normal Sous ce rapport donc, nous restons dans la réserve, mais ce qui nous paraît démontré par notre observation, c'est la possibilité dans la fièvre typhoïde, d'*embolies* multiples résultant d'une *thrombose cardiaque*.

Polype muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales ;
par M. G. Poyet, interne des hôpitaux.

Le 2 octobre Mme K... âgée de 23 ans, lingère, se présente à la clinique du Dr Ch. Fauvel.

Cette malade se plaint d'une grande sécheresse de la gorge, et de ne pouvoir respirer par le nez. La respiration qui, de jour et de nuit, se fait par la bouche, entretient la sécheresse de tout le pharynx. Voici les renseignements donnés par la malade. Il y a huit mois environ, elle coutracta un rhume assez intense pendant la durée duquel la respiration par le nez fut complétement interrompue. Elle se rétablit bientôt du côté droit, mais non du côté gauche. Un mois plus tard, sans nouveau rhume, le côté droit du nez se boucha à son tour et à partir de ce moment, Mme K... fut obligée de respirer la bouche ouverte.

Dès le début de l'affection, la voix devint nasonnée. Le nasonnement augmenta progressivement d'intensité et aujourd'hui, il est très-marqué. Le soir, la voix se couvre, et la malade ne peut parler qu'en chuchotant.

Elle se plaint aussi de douleurs d'oreilles, principalement du côté gauche, et d'un sentiment de pesanteur dans toute la région de la face.

L'après-midi, elle a des maux de tête plus ou moins intenses qui n'apparaissent qu'après qu'elle a mangé.

La déglutitiou se fait normalemeut, mais il n'en a pas toujours été ainsi. A la suite de son rhume, elle remarqua que les liquides lui revenaient souvent par le nez, sans qu'elle pût en trouver la cause. Plus tard, c'est-à-dire, lorsqu'elle ne put plus respirer par le nez, la déglutition se fit normalement.

L'auditiou est restée parfaitement nette.

L'odorat, au contraire, est complétement aboli, mais seulement depuis que l'air ne passe plus par les fosses nasales. Le goût est parfaitement iutact, et la malade recounait facilement différentes liqueurs.

Ces symptômes déterminèrent la malade à aller consulter à l'hôpital Lariboisière. La rhinoscopie antérieure pratiquée ne moutra absolument rien. La malade fut congédiée avec ordonnance de se gargariser tout simplement avec une solution de chlorate de potasse.

Ce traitement n'ayant amené aucun résultat, et la sécheresse de la gorge et la gêne de la parole, le soir, augmentant de plus en plus, elle consulte le Dr Ch. Fauvel.

A l'examen du pharynx, on trouve la paroi postérieure très-sèche. Le voile du palais est légèrement repoussé en avant, et un assez grand espace le sépare de la paroi postérieure du pharynx.

Les mouvements d'élévation sont à peu près complétement abolis. Sa seusibilité est presque nulle. Ces différentes particularités rendent l'examen rhinoscopique très-facile.

Le miroir montre une tumeur arrondie, lisse, d'apparence gélatineuse, paraissant être du volume d'un fort marron, dont il est impossible de voir le point d'insertion. Cette tumeur, qui obstrue toute l'arrière-cavité des fosses nasales, repousse le voile du palais en avant, et empêche de voir la cloison et les cornets.

Elle paraît être complétement insensible, et, à part le sentiment de pesanteur dont nous avons parlé, n'éveille chez la malade aucune sensation de corps étranger.

Le doigt, introduit derrière le voile du palais, permet de constater que la tumeur est immobile, et qu'elle n'est pas développée aux dépens du voile du palais. On ne peut atteindre le point d'implantation.

Dès ce premier jour, avec les pinces ordinaires à polypes des fosses nasales, qui sont légèremeut recourbées, M. Fauvel enlève un morceau de la tumeur de la grosseur d'uue fève. Pour faire cet arrachement, le miroir rhinoscopique a servi de guide à l'opérateur, qui a introduit les pinces derrière le voile du palais. Malheureusement, l'extrémité de l'instrument n'est pas assez recourbée pour atteindre parfaitement la tumeur ; celle-ci n'a pu être saisie que par sa portion la plus inférieure, qui a cédé à l'effort de traction.

L'arrachement n'a détermiué aucune douleur et n'amène qu'un écoulement de sang insignifiaut. Il semble à la malade qu'elle est un peu soulagée.

Après plusieurs tentatives infructueuses renouvelées les jours suivants, M. Fauvel fait construire par Mathieu des pinces spéciales. Ces pinces présentent à leur portion antérieure des cuillers à mors analogues à ceux des pinces avec lesquelles on saisit et on maiutient les kystes de l'ovaire pendant l'ovariotomie. De plus, la portion antérieure de l'instrument est recourbée à angle droit, ce qui permet de l'introduire facilement derrière le voile du palais pour arriver jusque sur le polype.

C'est avec ces pinces, que le 29 *octobre*, M. Fauvel arrache en entier la tumeur que j'ai l'honneur de présenter à la Société.

Voici comment l'opération est pratiquée.

Un aide déprimant fortemeut la langue de la malade avec un abaisse-langue coudé à angle droit, le miroir rhinoscopique est introduit et sert de coudueteur à la piuce, que l'opérateur tient de la main droite. Une première tentative est rendue infructueuse par un mouvement iutempestif de la malade.

A la deuxième tentative, la tumeur est saisie dans son cinquième inférieur environ. Des mouvements de latéralité, combinés avec l'effort de traction en bas et eu avant, la détachent, et elle est ramenée dans son entier. Elle est de la grosseur d'un œuf de poule, arrondie et sans bosselures daus ses trois quarts antérieurs environ ; elle est au contraire très-inégalement bosselée dans son quart postérieur, qui paraît être moulé sur les cornets : tout-à-fait à sa partie postérieure, on trouve un pédicule de la grosseur d'une plume d'oie. Par ce pédicule, s'écoulent quelques gouttes de sang et un liquide séreux analogue à celui qui s'échappe des polypes vésiculeux de la portion antérieure des fosses nasales. D'ailleurs la tumeur ressemble beaucoup à ce genre de polypes. Comme eux, elle est transparente, d'un jauue clair légèrement rosé, et elle a la même consistance.

Son arrachement n'a occasionné aucune douleur à la malade, qui ressent de suite un soulagement considérable. La voix perd de suite son timbre nasonné et la respiration nasale se rétablit immédiatement, ainsi que l'odorat. L'écoulement de sang est très-modéré.

(1) *Progrès médical*, 1875.

Au rhinoscope, on voit alors que la tumeur était insérée sur la portion la plus postérieure du cornet inférieur gauche.

L'examen microscopique de la tumeur, fait par notre collègue M. Duret, nous a appris que c'était un polype muqueux présentant ceci de particulier, qu'il contient une assez forte proportion de tissu fibreux. L'absence complète de glandes est aussi à noter.

RÉFLEXIONS. — Le siége de cette tumeur développée à la partie postérieure de l'un des cornets, son volume considérable en raison de la petitesse de son pédicule, sa structure particulière, le diagnostic de son existence n'ayant pu être fait que par le rhinoscope qui a permis d'employer une méthode opératoire particulière et efficace, sont autant de raisons qui nous ont engagé à présenter cette pièce à la Société Anatomique.

Il est inutile de faire remarquer combien cette opération remplace avantageusement l'ancienne méthode qui consistait en pareil cas à fendre le voile du palais, et aussi à enlever une portion du maxillaire supérieur pour arriver jusqu'au siége de la tumeur et pour l'extirper.

Nous ne saurions cependant trop faire observer une fois de plus que le laryngoscope et le rhinoscope permettent aujourd'hui d'opérer par les voies *naturelles*, au lieu de se servir de voies *artificielles* qui ne sont pas toujours exemptes de danger et amènent souvent de grands délabrements.

M. DURET. La structure de ce polype est toute spéciale, et bien différente de celle que l'on observe dans les polypes dont le point d'implantation se trouve à la paroi supérieure des fosses nasales. Ces derniers sont des adéno-myxomes, tandis que dans le cas actuel, nous avons un myxome pur. Ce fait peut être rapproché, à ce point de vue, de plusieurs autres qui ont été étudiés par M. Ory (*Bull. de la Soc. Anat.* 1874, p. 912).

Dégénérescence graisseuse du foie et des reins; phlébite de la veine fémorale, dans un cas de brûlure étendue du dos avec suppuration prolongée; par M. COUSTOU, interne provisoire.

Revel Eugène, 27 ans, entre le 6 septembre 1875, salle Saint-Louis à la Pitié (service de M. VERNEUIL.) Bonne santé habituelle; pas d'habitudes alcooliques; pas de syphilis antérieure; pas de scrofule; pas de tuberculose dans la famille.

La veille, le malade a renversé dans le lit où il était couché une lampe à pétrole; il s'est fait une vaste brûlure occupant toute la partie postérieure du tronc, depuis la région lombaire jusqu'à la base de la nuque. La douleur, très-vive sur le moment, s'est à peu près calmée dès le second jour; pas d'excitation cérébrale. Le malade ne se plaint que d'une gêne assez considérable de la respiration, sans point de côté, et de douleur à la miction. L'urine est rouge et très-rare. Peu d'appétit. Fièvre modérée.

Vers le 15e *jour*, survient une diarrhée qui persiste jusqu'à la mort du malade sans qu'on puisse l'arrêter; pas de coliques, pas de douleur abdominale; le ventre reste souple; pas de sang dans les garde-robes.

Vers le 25 *septembre*, apparition de sueurs profuses; les eschares de la brûlure commencent à se détacher et la suppuration s'établit; dans la plus grande partie de la plaie, tout le derme est détruit. Pas de signes de pleurésie ni de pneumonie.

Les *jours suivants*, la diarrhée persiste, devient de plus en plus abondante; la plaie en voie de suppuration est très-étendue; les sueurs sont profuses: aussi le malade perd-il rapidement ses forces.

Le 5 *octobre*, on s'aperçoit de l'existence d'eschares au niveau du sacrum et des trochanters; quelques jours plus tard, nouvelles eschares au niveau de l'épine des omoplates; les eschares trochantériennes s'agrandissent, se creusent, et bientôt les capsules articulaires sont à nu.

Le 15 *octobre*, œdème de la jambe gauche; on peut sentir à la cuisse un cordon dur, rénitent, suivant le trajet des vaisseaux fémoraux. A ce moment, le malade est tombé dans une prostration complète; la mort survient le 19 dans la soirée.

AUTOPSIE. — Rien dans le *cerveau*.

Thorax. Les poumons sont le siége d'une congestion extrêmement intense; pas de noyaux de pneumonie, quelques adhérences anciennes à droite. Pas de tubercules. Le cœur est petit; son tissu musculaire est un peu feuille morte; pas de lésions valvulaires.

Abdomen. Le *foie* est énorme, il pèse 2 k. 450. Il est gras; à la coupe, aspect un peu grenu; l'examen fait par M. le Dr. Nepveu a confirmé la dégénérescence graisseuse, mais a montré en même temps que l'ilôt hépatique n'était pas complétement dégénéré, ce qui donnait à l'organe son aspect grenu. Ni infarctus, ni abcès métastatiques. — *Reins*. La substance rénale est en voie de dégénérescence granulo-graisseuse. La *rate* est saine, de volume normal. — *Estomac* et *intestins*. Pas d'ulcérations; muqueuses congestionnées, arborisation intense.

La *veine* fémorale et l'iliaque externe du côté gauche sont remplies par un caillot qui se termine nettement au point où cette dernière veine vient constituer l'iliaque primitive. En détachant la fémorale, nous voyons la section de quelques veines collatérales donner une gouttelette de pus; ces veines s'enfonçaient dans les muscles de la région externe de la cuisse, mais nous n'avons pu les suivre dans tout leur trajet, et il nous a été impossible de savoir si elles communiquaient avec les foyers de suppuration voisins (trochantérien et sacré). Dans la veine fémorale, au niveau de leur embouchure, se trouvaient de petits foyers purulents, parfaitement enkystés, et séparés les uns des autres par des portions de caillots exclusivement fibrineux.

M. DURET. Les thromboses veineuses, à la suite de brûlures, constituent un fait assez rare, mais qui, cependant, a déjà été signalé; on trouve même dans *Guy's Hospital Reports* un mémoire sur ce sujet. J'ai vu dernièrement, dans le service de M. Verneuil, un homme qui, après une brûlure très grave du thorax, présenta des phénomènes cérébraux singuliers; il avait conservé son intelligence, mais était aphasique; il avait de plus une hémianesthésie des plus nettes, qui disparut par la suite; on crut pouvoir rapporter ces phénomènes à une thrombose encéphalique. Quelle que soit d'ailleurs la raison anatomique, il est certain que l'on doit, dans les complications des brûlures, tenir compte des phénomènes cérébraux.

Empoisonnement aigü par le phosphore; par M. P. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, interne des hôpitaux.

Le sujet de cette observation est une jeune fille de 18 ans qui a pris, cinq jours avant son entrée à l'hôpital (Service de M. GUYOT), une tasse d'eau tiède dans laquelle elle avait gratté le phosphore d'une demi-livre d'allumettes. Aussitôt après, vomissements. Pas de renseignements sur les jours qui ont suivi.

A son entrée état d'agitation continuel; elle accuse des douleurs généralisées, mais rien de localisé. Sa connaissance est conservée, bien que les réponses soient difficiles à obtenir. Légère teinte subictérique des conjonctives, et très-légère teinte ictérique de la peau. Extrémités froides et cyanosées. Pouls imperceptible. Langue sèche. Rétention d'urine. Les urines contiennent beaucoup d'albumine, et pas de matière colorante de la bile. Mort la nuit suivante.

AUTOPSIE : Muqueuse gastro-intestinale et œsophagienne saines. Ecchymoses nombreuses du tissu cellulaire sous-péritonéal, au niveau des attaches mésentériques et de l'épiploon; ecchymoses du tissu cellulaire du médiastin, sous le péricarde et sous le feuillet viscéral du péricarde. Ecchymoses sous-pleurales. Congestion des méninges, mais pas d'ecchymoses. Etat gras des fibres musculaires cardiaques, dégénérescence graisseuse du foie très-prononcée, mais sans altération de sa forme, dégénérescence graisseuse des reins.

Il faut remarquer dans cette observation, le peu d'intensité de l'ictère qui est à peine notable, coïncidant avec une dégénérescence du foie aussi prononcée.

Abcès du foie pris pour une pleurésie purulente; empyème; par M. AUGER, interne des hôpitaux.

Le 29 juillet 1875, entra dans le service de M. GUYOT, le nommé C. Félix, âgé de 31 ans, exerçant la profession de tourneur. Cet homme, qui s'était toujours bien porté, se plaignait d'un violent point de côté à droite accompagné de toux et de fièvre le soir. Il était entré 6 semaines auparavant à l'hôpital Beaujon pour cette douleur et en était sorti 15 jours après, très-amélioré. On l'aurait soigné, à ce qu'il raconte, pour une

pleurésie sèche, et on lui aurait appliqué un large vésicatoire sur le côté droit.

A son entrée dans le service, on constatait une tuméfaction assez volumineuse siégeant en arrière et à droite au niveau des 7e et 8e côtes, tuméfaction douloureuse à la pression, mais sans chaleur ni rougeur de la peau. A la percussion, on constatait de la matité dans le 1/4 inférieur du poumon droit, avec absence du murmure vésiculaire, sans souffle. Les vibrations thoraciques faisaient défaut des deux côtés de la poitrine dans le 1/4 inférieur. Le foie paraissait un peu abaissé. Le malade avait de la fièvre (température axillaire : 39°, 3); la langue était blanche, l'appétit nul.

6 *août*. La fièvre continuant, la tuméfaction du côté droit augmentant, et donnant une sensation très-évidente de fluctuation, on enfonça le trocart de l'appareil de Potain au centre de la tuméfaction et on vit s'écouler quelques gouttes de pus; on enleva le trocart et on fit une large ouverture au bistouri.

L'empyème fut pratiqué dans le 9me espace intercostal, et donna issue à un demi-litre de pus mal lié, mais sans odeur.

On fit des lavages deux fois par jour avec l'appareil Potain. Pendant les 15 premiers jours qui suivirent l'opération, le malade reprit des forces, l'appétit était excellent, et tout faisait supposer une guérison rapide. On ne pouvait guère faire entrer plus de 40 ou 50 grammes de liquide dans la cavité purulente. Mais le liquide qui sortait était toujours teinté en rose par du saug.

A partir du mois de *septembre*, le malade eut de nouveau de la fièvre le soir, l'appétit diminuait; le malade se plaignait toujours d'uue violente douleur dans le côté; puis il survint une diarrhée que rien ne put arrêter; enfin il succomba dans le marasme le 26 *octobre* 1875.

Autopsie faite 48 heures après le décès. A l'ouverture du thorax, on trouva les plèvres légèrement adhérentes, mais pas assez pour qu'on ne pût déchirer ces adhérences avec la main, et semblables à celles que l'on rencontre dans presque toutes les autopsies.

Le poumon droit était refoulé un peu en haut par le foie, volumineux et adhérent, par son extrémité droite, aux côtes, adhérence que l'on détruisit en exerçant une traction sur son extrémité gauche. Il présentait alors à son extrémité droite un gros champignon avec une cavité centrale, communiquant directement avec l'ouverture de l'empyème. Cette cavité à bords fongueux, grisâtres, végétants, pouvait contenir un gros œuf de poule. Le péritoine hépatique était sain dans tout le reste de son étendue.

En incisant le foie au niveau de ce champignon, on le voyait se prolonger dans la profondeur de 2 ou 3 centimètres avec le tissu hépatique et présenter, à ce niveau, une couleur gris-verdâtre ; puis le tissu du foie apparaissait avec sa coloration.

Le *foie* était gras et présentait dans son parenchyme deux ou trois abcès contenant du pus louable, à parois organisées ; le microscope fit voir que ces membranes étaient formées de couches lamelleuses de tissu conjonctif avec quelques rares cellules de tissu conjonctif. On n'y trouvait aucune trace de crochets d'échinocoque.

On trouvait encore, disséminés dans le parenchyme hépatique, quelques noyaux grisâtres, friables, du volume d'un pois.

Le *rein* droit était volumineux, enveloppé d'une coque de fausses membranes ; à la coupe, il était anémié et gras. Il en était de même du rein gauche, mais sa capsule était saine.

Les *poumons* sont emphysémateux. *Péricarde* viscéral présentant quelques plaques laiteuses; rien à l'endocarde. *Rate* normale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 février 1876. — Présidence de M. Houel.

Suite de la discussion sur l'ostéotomie pour remédier aux déviations rachitiques des os. — M. Le Fort dit qu'il ressort des travaux publiés sur cette question que l'ostéotomie n'est pas une opération dangereuse, surtout depuis la substitution du ciseau à la scie. Il ne la repousse donc pas absolument ; mais il n'en usera que sur des garçons de plus de 14 ans, alors que tous les autres moyens de redressement n'auront donné aucun résultat. Chez les jeunes enfants, l'hygiène et les appareils guérissent très-facilement les déviations rachitiques des os ; l'orateur met sous les yeux de la Société les moules en plâtre des membres inférieurs de jeunes enfants redressés rapidement à l'aide de ces moyens) aussi ne fera-t-il jamais l'ostéotomie pour redresser les tibias d'un enfant de 2 ans ainsi que l'a fait M. Bœckel.

M. Verneuil n'hésite pas à croire, après avoir examiné les moules envoyés par M. Bœckel, que ces déviations sont de celles qu'un traitement approprié guérit facilement. Quant à lui, il ne se résoudrait jamais à pratiquer dans un cas semblable une opération qui n'est pas sans présenter un certain danger. M. Nepveu qui a écrit un mémoire étendu sur cette question, relève 9 à 10 pour cent de mortalité chez les opérés d'ostéotomie. Qu'on laisse donc à l'étranger ces opérations excentriques ! Nos voisins accusent les chirurgiens français d'être timides; M. Verneuil ne voit qu'un éloge dans cette accusation.

M. Marjolin, dans le but d'avoir des renseignements étendus sur la guérison du rachitisme par un traitement médical, a écrit à M. Perrocheau, chirurgien de l'hôpital de Berk-sur-Mer, lequel lui a transmis des notes importantes sur ce sujet. La moyenne de l'âge d'entrée à l'hospice est de 4 ans et la moyenne du traitement 500 jours; sous l'influence des bains de mer et d'une hygiène bien entendue, la courbure des os disparaît spontanément. Quelquefois cependant les membres inférieurs ne sont pas d'une rectitude absolue, mais néanmoins la marche sans fatigue est toujours facile. Ce chirurgien a vu une jeune fille absolument cul-de-jatte tellement bien guérie par le traitement maritime, qu'aujourd'hui elle parcourt sans fatigue 5 kilomètres de chemin. Il a renoncé aux divers appareils tant silicatés qu'orthopédiques ordinaires ; il laisse marcher librement les enfants avec des béquilles tant que les membres inférieurs sont impuissants à les porter, livrés à eux-mêmes dès qu'ils peuvent se soutenir. Le rachitisme acquis est bien plus facilement guéri que le rachitisme héréditaire ; c'est de 2 à 8 ans que cette affection doit être traitée. Passé 12 ans, M. Perrocheau n'a pas vu de guérison chez ses malades. La menstruation lui a paru influencer heureusement le rachitisme chez les jeunes filles. — Pendant l'été, il fait prendre à ces enfants deux bains d'eau de mer par jour de 2 à 3 minutes chacun suivis d'une friction excitante. Vin de quinquina dans la journée. L'hiver, un bain chaud d'eau de mer ; le soir, phosphate de chaux et deux cuillerées à bouche d'eau de mer ; — Alimentation réparatrice ; jusqu'ici, il n'a jamais reconnu parmi ses malades l'indication de l'ostéotomie. M. Marjolin cite ensuite quelques passages des leçons de M. Bouvier dans lesquelles ce chirurgien se montre très-opposé à cette opération.

M. Panas avoue qu'en Allemagne on a pratiqué beaucoup trop facilement l'ostéotomie ; et que des enfants opérés auraient pu guérir par un traitement hygiénique aidé des appareils orthopédiques. Mais il est des cas où l'on se voit consulté par des jeunes gens de 14 à 16 ans avec des déviations rachitiques, telles que la marche et le travail leur sont impossibles. N'est-on pas autorisé à pratiquer l'ostéotomie dans de telles circonstances, alors que cette opération paraît si peu dangereuse qu'un éclat de ciseau, retenu dans l'os attaqué n'a pas empêché une cicatrisation prompte et une guérison parfaite ? Il semble qu'on ne saurait avoir le droit de condamner cette pratique dans ce moment ; il faut attendre encore avant de la juger.

M. Trélat reconnaît dans les faits cités par M. Marjolin un fait d'une importance considérable ; à savoir que les déviations rachitiques guérissent même sans appareils à l'aide du traitement maritime. Comme M. Panas, il croit que l'ostéotomie rendrait des services dans certains cas de difformité.

M. Blot croit que les enfants rachitiques peuvent être soumis au traitement maritime dès l'âge de 12 mois. Il en cite un exemple : il croit avoir raison de s'opposer à ce que l'on intervienne chirurgicalement sur les enfants de 2 ans.

M. Lefort ne peut pas admettre que la statistique des chirurgiens allemands, concernant des enfants de 2 à quatre ans,

puisse faire juger de la gravité de l'opération chez des jeunes gens de 14 à 16 ans. Il a parcouru dernièrement les observations recueillies en Allemagne sur ce sujet, il s'agit toujours de jeunes enfants.

M. Tillaux se défend d'être le champion de l'ostéotomie; il n'a fait qu'analyser le mémoire envoyé par M. Bœckel, Quant à repousser absolument cette opération, il ne s'y croit pas autorisé, n'ayant encore aucune expérience personnelle à ce sujet.

M. Verneuil n'a pas voulu combattre absolument cette opération, mais s'élever contre son application intempestive. Il refuserait, quant à lui, d'opérer un malade porteur de déviation des membres, à moins qu'il ne survînt des accidents. (La discussion est close.)

M. Broca présente un malade porteur de *cysticerques multiples des muscles et du tissu cellulaire sous-cutané.* C'est un homme de 27 ans ayant rendu, il y a 4 ans, des anneaux de ver solitaire; il en a encore rendu à l'hôpital au mois de décembre dernier. M. Broca croit avoir affaire au *tœnia solium.* Ce jeune homme a perdu connaissance à quatre reprises différentes, mais sans attaques épileptiformes; la vision est affaiblie du côté gauche; on reconnaît avec l'ophthalmoscope une légère atrophie de la papille. A la surface du corps sont survenus une foule de petits kystes olivaires de 2 centimètres de long et un de large a peu pres indolores et mobiles. Un de ces kystes examiné a fait reconnaître la présence d'un cysticerque. M. Broca s'est contenté de traverser de part en part ces poches kystiques avec une très-fine aiguille à cataracte. Cette blessure a dû tuer le parasite, car la tumeur s'est ratatinée et il n'est resté en plusieurs points qu'une petite induration de la grosseur et de la forme d'un grain d'orge. 375 ponctions ont été faites. — C'est peut-être le cas unique où l'on ait rencontré sur le vivant des cysticerques en même temps que le ver solitaire lui-même. Les accidents cérébraux survenus chez cet homme, peuvent faire croire à la présence de ces vers dans le cerveau.

M. Lucas-Championnière présente un malade auquel il a extirpé une volumineuse tumeur de la parotide. — Grâce au pansement de Lister, la cicatrisation est complète quinze jours après l'opération. I. B.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique médicale; par le Dr Noel Guéneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu. — Tome second. — Un vol. in-8 de 680 p. — Paris 1875. Delahaye.

Les sujets traités dans le second volume de clinique médicale de M. Guéneau de Mussy sont nombreux et ne peuvent guère être analysés ici en détail mais seulement indiqués. au moins pour le moment, d'une façon générale. Ils peuvent être rapportés plus spécialement à quatre groupes.

Les premières leçons sont consacrées à quelques maladies de l'appareil digestif. C'est ainsi que sont étudiés successivement le phlegmon parotidien, le cancer du péritoine et la péritonite chronique, la péritonite tuberculeuse, la lithiase biliaire, le cancer de l'estomac, l'occlusion intestinale, et certaines questions plus générales, la tympanite, la diarrhée chronique, la cardialgie. Il ne faut pas s'attendre à trouver dans aucun de ces chapitres une histoire complète de la maladie car ceci est le but de la pathologie, et non point de la clinique; mais, suivant les cas, l'auteur s'attache plus particulièrement à faire ressortir tantôt les difficultés du diagnostic, tantôt l'influence des diathèses sur la lésion, tantôt enfin ou tout spécialement il discute les médications thérapeutiques et les moyens de les remplir.

Il en est de même pour les leçons qui suivent, et qui concernent les reins flottants, le phlegmon périnéphrétique, les albuminuries dépendant de la congestion rénale, l'albuminurie latente, et la polyurie.

Les leçons les plus intéressantes, sont consacrées aux maladies des organes génitaux de la femme qui se trouvent étudiées en détail; nous ne parlons pas seulement ici, de la périmétrite, du phlegmon péri-utérin et du corps fibreux de l'utérus, mais surtout de quelques affections qui, pour être moins graves, n'en doivent pas moins être bien connues.

Telles sont ces affections généralement mal définies, et qui sont ici décrites sous le nom d'affection herpétiforme de l'utérus, le prurit vulvaire, etc. Signalons encore certains sujets assez délicats à traiter, et pour lesquels parfois, pour être plus à l'aise, l'auteur a cru devoir recourir au latin. (Erotisme de la ménopause, hypéresthésie vulvaire et vaginisme.) S.

Du rôle des parasites dans la diphthérie; par G. Duchamp; *Th. inaug.*; Paris, 1875, chez A. Delahaye.

Si la nature contagieuse de la diphthérie n'est plus mise en doute, si la contagion s'affirme chaque jour par les victimes que fait la diphthérie dans le corps médical (1), la question de l'inoculabilité est encore fort controversée.

Par des expériences faites dans le laboratoire du professeur Chauveau, le docteur Duchamp apporte de précieux matériaux pour l'étude de cet important problème et fournit une réponse à cette double question;

Comment se comportent les fausses membranes diphthéritiques lorsqu'elles sont transportées de l'homme sur un animal?

Trouve-t-on dans ces produits le parasite décrit et dénommé par Letzerich?

Après un historique rapide et complet de la question, après un exposé des expériences et des opinions de Trendelenburg, de Œrtel, de Hueter, de Tommasi, de Tigri et de Letzerich, M. Duchamp relate en détail ses propres recherches sur lesquelles s'appuient les conclusions suivantes:

1° A l'aide du microscope, il ne nous a pas été permis de reconnaître le parasite propre au processus diphthéritique.

2° Les fausses membranes du croup, transportés du larynx de l'homme dans le larynx et la trachée du lapin, peuvent donner lieu au développement du processus diphthéritique.

3° En l'absence des fausses membranes, les produits (bactéries, vibrions, granulations) recueillis dans le larynx de l'homme atteint du croup, et transportés dans celui du lapin, paraissent perdre la même propriété; cependant, ils sont très-nocifs.

Cette nocivité ne saurait être mise sur le compte du traumatisme; en effet, l'eau distillée est absolument sans action.

5° L'injection, dans la veine jugulaire ou dans le tissu cellulaire sous-cutané du lapin, des fausses membranes provenant du larynx de l'homme, paraît tout au moins constituer un moyen défavorable à la reproduction du processus diphthéritique. L'un de nos sujets est mort d'une phlébite suivie de phyohémie; l'autre a succombé à une forme de septicémie.

6° les réinoculations semblent affaiblir les propriétés des éléments virulents. Dans les expériences tentées du lapin au lapin, nos résultats ont été constamment négatifs.

7° En l'absence de fausses membranes, les produits recueillis dans le larynx de l'homme et placé sous l'épiderme du lapin, ne provoquent pas le développement du processus diphthéritique chez ce dernier animal; il peut même ne survenir aucun accident.

8° Les inoculations cutanées des fausses membranes provenant du larynx de l'homme, nous ont également donné des résultats négatifs sur le lapin et sur le cheval.

Le fait capital qui ressort des expériences du docteur Duchamp, c'est le développement du processus diphthéritique caractérisé par l'apparition de fausses membranes dans le point même où sont portées les fausses membranes diphthéritiques. L'identité trouvée entre le fruit et la graine permet à l'auteur de croire à une inoculation véritable et de rejeter l'idée d'accidents de septicémie expérimentale.

Ces recherches de M. Duchamp, confirmant et complétant celles de Trendelenburg, ne tendent donc à rien moins qu'à ruiner la doctrine de la non-inoculabilité de la diphthérie c'est la mise en lumière de ce fait important qu'a voulu récompenser la Faculté de médecine en comptant M. Duchamp au nombre de ses lauréats. L. Landouzy.

(1) Il y a quelques jours, M. Poirier Léopold, interne en pharmacie des Enfants-malades; succombait à une angine diphthéritique contractée dans le service de M. Bouchut.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Adolphe Brongniart, professeur au Muséum d'histoire naturelle, inspecteur général de l'Université, de l'Institut. M. Brongniart a été enlevé subitement à la science, à sa famille et à ses nombreux amis.

VARIA

Concours d'agrégation (*Sciences naturelles*, etc).

Le concours pour l'Agrégation d'Anatomie et de Physiologie vient de se terminer par la nomination de MM. CADIAT et FARABEUF. Nous ne saurions trop féliciter la Faculté de ces acquisitions. Qui ne sait les services que peut rendre M. Farabeuf et ceux qu'il a déjà rendus à plusieurs générations d'élèves! Il a, pendant sept ans, rempli ses devoirs d'aide et de prosecteur avec un entrain et un dévouement que les étudiants n'oublieront pas et, de fait, l'accueil que tous font à son succès le prouve et est, pour lui, une douce récompense. C'est la meilleure et il est de ceux qui savent l'apprécier.

Ont été nommés, en outre : Anatomie : M. Chrétien (Nancy). — Histoire naturelle : M. de Lanessan (Paris). — Chimie : MM. Bourgoin (Paris) et Engel (Nancy). — Physique : M. Gay (Paris).

Médecins-Députés.

Parmi las députés nommés aux élections du 20 février dernier, nous relevons les médecins dont les noms suivent : Allemand (Basses-Alpes, Digne) ; Bartoli (Corse, Sartène) ; Bert (Yonne, Auxerre) ; Bourgeois (Vendée, La Roche-Guyon) ; Chevandier (Drôme, Die) ; Clémenceau (Paris) ; Cornil (Allier, Lapalissa) ; Couturier (Isère, Vienne) ; Devade (Loiret, Gien) ; Dufay (Loir-et-Cher, Blois) ; Durand (?) (Rhône) ; Garrigat (Dordogne, Bergerac) ; Guyot (Rhône, Villefranche) ; Lalanne (Gironde, Lihourne) ; Laussédat (?) (Allier, Moulins) ; Lemonnier (Sarthe, Saint-Calais) ; Liouville (H.) (Meuse, Commercy) ; Mallet (Gard, Uzès) ; Marmottan (Paris) ; Massot (Pyrénées-Orientales, Céret) ; Ménier (Seine-et-Marne, Meaux) ; Mollien (Somme, Péronne) ; Th. Roussel (Lozère, Florac) ; Rouvre (Aube, Bar-sur-Seine) ; Soye (Aisne, Vervins) ; Thomas (Marne, Reims) ; Tiersot (Ain, Bourg) ; Turigny (Nièvre, Nevers) ; Vacher (Corrèze, Tulle) ; Vernhes (Hérault, Béziers).

Ballottages. — Parmi les candidats à la députation qui doivent se présenter au scrutin de ballottage du 5 mars, nous trouvons : MM. Bardy Delisle (Dordogne, Périgueux) ; Béclard (Seine) ; Bury (Maine-et-Loire, Saumur) ; Gros-Gurin (Ain, Gex) ; Le Maguet (Morbihan, Pontivy) ; Joubert (Indre-et-Loire, Tours) ; Mas (Aveyron, Millau) ; Moreau (Creuse, Guéret) : Naquet (Vaucluse) ; Petit-Maurice (Savoie, Saint-Jean-de-Maurienne) ; Poujade (Vaucluse, Carpentras) ; Soucher-Servinière (Mayenne, Laval) ; Thulié (Seine).

Universités allemandes.

La *Gazette d'Augsbourg*, dans sa chronique des Universités, publie quelques chiffres relatifs aux trois Universités allemandes de Munich, de Leipzig et de Berlin. A Berlin, le nombre des étudiants natifs da l'empire Allemand et immatriculés à l'Université, est de 1884; à Leipzig, il est de 2575; à Munich, il est de 1087. Les Facultés de théologie de ces trois Universités comptent respectivement, 162, 327 et 84 étudiants; celles de droit : 807, 1130 et 257; celles de médecine : 263, 869 et 307; celles de philosophie : 911, 1089 et 555).

Quant au personnel enseignant l'avantage du nombre reste à Munich, en tant que cette dernière Université compte le plus de professeurs titulaires (ardentliche professoren), savoir 72 ou plutôt 69, 3 de ces professeurs appartenant à la fois à deux Facultés. Berlin et Leipsig n'ont chacun que 61 professeurs titulaires. Munich a 20 professeurs supplémentaires ausseror-dentliche) et professeurs-agrégés (monorarprofessoren) ou honoraires; Berlin en a 63: Leipzig, 55. Le nombre des agrégés libres ou *privat-docenten* est de 20 à Munich, de 73 à Berlin et 47 à Leipzig.

La Faculté de théologie à Munich compte 9 professeurs titulaires; celle de Berlin a en a 6; celle de Leipzig 7. La Faculté de droit de Munich a trois professeurs titulaires de plus que celle de Berlin; elle en a le même nombre que celle de Leipzig. La Faculté de médecine de Munich compte 15 professeurs titulaires; celle de Berlin 13; celle de Leipzig, 10. La Faculté de philosophie à Munich a 31 titulaires; celle de Berlin, 33 celle de Leipzig, 32.

Le même journal, entre autres nouvelles des Universités, annonce que, pour la fondation d'une Université à Tomsk (Sibérie) un propriétaire de mines, M. Cyboulski, vient de donner 100,000 roubles. Hélas ! nous n'avons pas souvent à signaler en France de tels actes de libéralité.

Jurisprudence pharmaceutique.

Prohibition de vente par les épiciers ; — opérations par les officiers de santé ; — vente de médicaments par les médecins.

— La déclaration du roi, du 25 avril 1777 (art. 5), qui après avoir interdit aux épiciers, droguistes etc., la vente au poids médicinal des drogues simple, faisait exception pour la manne, la casse, la rhubarbe et le séné, ainsi que tout les poids et racines, a été abrogée par l'art 33 de la loi du 21 germinal an XI qui a prohibé pour eux d'une manière absolue la vente de toutes espèces de drogues simples. La prohibition doit donc s'étendre au bois de quinquina, à la racine de gentiane, au séné. Les pharmaciens dont le monopole de cette vente, ainsi que celle des compositions et préparations pharmaceutiques (art 6 de la déclaration) dans lesquels il faut ranger la préparation de vin de quinquina, même lorsque la mixtion est faite dans des proportions étrangères à la médecine. Il n'en est pas de même de l'huile de foie de morue qui a une double destination : celle d'être médicamenteuse et celle d'être employée dans l'industrie.

Ces décisions résultent de plusieurs arrêts de la Cour de cassation (Ch. criminelle) du 22 janvier dernier statuant sur le pourvoi formé contre des arrêts de la cour d'Aix (ch. correct.) du 6 août 1875.

—Voici dans quel sens, sur la poursuite du ministère public, la cour de Nîmes (Chambre correctionnelle), statuant le 6 janvier 1876 après renvoi devant elle prononcé par la Cour de cassation, vient de résoudre les importantes questions qui suivent :

Il n'est pas passible d'une peine, l'officier de santé qui contrevient à la défense qui lui est faite par l'art. 29 de la loi du 19 ventôse an XI de pratiquer, hors la surveillance et l'inspection d'un docteur en médecine, les grandes opérations chirurgicales, notamment les accouchements au moyen du forceps ; en effet, l'article précité ne contient pas de sanction pénale.

—Si aux termes de l'art. 41 de l'arrêté du 25 thermidor an XI, la veuve d'un pharmacien peut continuer de tenir une officine ouverte pendant un an, il est impossible de considérer comme ayant un caractère légal une officine tenue contrairement aux prescriptions de la loi, malgré une autorisation administrative qui aurait pu être donnée exceptionnellement à une veuve, quatorze ans après le décès de son mari. D'où il suit que l'officier de santé établi dans la commune où a continué à fonctionner cette pharmacie peut, conformément à l'art. 27 de la loi du 21 germinal an XI fournir à ses clients des médicaments simples ou composés.

Société pour la crémation des cadavres.

Il s'est ouvert à Milan une souscription pour constituer une Société pour la crémation des cadavres. En voici les considérants. Les soussignés considérant :

1° Que le système actuel d'inhumation des cadavres est une causa certaine de l'empoisonnement des eaux et de l'air ; 2° Que même l'inhumation dans les caveaux, produit, après un laps de temps, les mêmes effets nuisibles ; 3° Que les cimetières constituent un danger pour la santé publique ; 4° Que nulla religion ne s'oppose formellement à la combustion des cadavres ; 5° Que la transformation par la feu doit être préférée à la décomposition lente et putride des corps ; 6° Que grâce à la crémation, les cendres, symbole dernier de la mort, peuvent être éternellement conservées soit dans les cimetières, soit dans des temples consacrés, soit même dans le sanctuaire des familles : 7° Que le transport de ces restes mortels est sans danger, plus facile et plus économique ; 8° Que les nécropoles, par le renouvellement périodique prescrit par la loi et par les exigences de l'économie du terrain, sont continuellement profanées ; 9° Que l'incinération, précédée de sages mesures pour la vérification des décès, prévient d'une manière absolue la terrible danger des inhumations précipitées, c'est-à-dire, l'ensevelissement d'un homme vivant ; 10° Que la crémation n'enlèva pas la possibilité des recherches médico-légales dans le cas de soupçons d'empoisonnement. Pour tous ces motifs, les soussignés se constituent en comité promoteur d'une Sociétá ayant pour but : 1° La diffusion et l'application du principe de la crémation des cadavres : 2° La recherche des moyens qui peuvent conduire pratiquement à la transformation des corps en leurs principes élémentaires, tout en laissant aux vivants dans une forme simple et économique, des restes inuocents et pouvant être conservés. La seule condition pour faire partie des membres fondateurs de la Société est d'adhérer au présent manifeste. Dès que les souscripteurs auront atteint le chiffre de 150, la Société se déclarera constituée et ses membres seront convoqués en assemblée générale pour discuter un projet de statuts et élire un président. (*Il Morgagni.*)

Emploi thérapeutique de la viande crue et de l'alcool.

La thérapeutique subit des changements analogues aux idées générales qui règnent en clinique. Il n'y a guère plus de vingt-cinq ans qua la diète d'une part, la saignée, d'autre part, dominaient despotiquement la thérapeutique. Une révolution heureuse s'est opérée : on s'est aperçu que, dans beaucoup de circonstances, les malades pouvaient être alimentés, dans une certaine mesure, et cela sans inconvénient. Peu à peu la diète est devenue de moins en moins rigoureuse ; aux débilitants, à la saignée par conséquent, on a substitué les toniques, en particulier l'alcool. C'est ainsi que dans les hôpitaux, beaucoup de médecins, en particulier M. Marrotte, M. Furster, etc., font prendre aux malades atteints de fièvre typhoïde, de la viande

crue, hachée avec soin et mélangée au bouillon; c'est aiusi encore que la plupart des médecins, soit dans la pratique hospitalière, soit dans la pratique de la ville prescrivent communément l'alcool. On peut dire que l'*alcool* et la *viande crue* joueut, aujourd'hui, un grand rôle dans la thérapeutique. Todd, Twedie, Marchison, Béhier, Pécholier, etc., y ont contribué dans une large mesure.

Toutefois, l'administration de ces médicaments n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le supposer. M. Ducro est parvenu à vaincre la difficulté et à préparer un mélange de viande crue et d'alcool qu'il désigne sous le nom *d'élixir alimentaire,* et que les malades, même les plus difficiles, prennent en général avec facilité et sans dégoût (1). Cet élixir trouve son indication dans la convalescence des maladies aiguës, dans la chloro-anémie, daus les maladies consomptives, etc. En outre des avantages déjà signalés, la préparation faite par M. Ducro met encore à l'ahri de la formation des vers intestinaux, ce qui a lieu quelquefois chez les personnes soumises simplement à la viande crue. Le succès obtenu par cet aliment doit encourager son auteur à surveiller rigoureusement sa fabrication de façon à mériter de plus en plus la confiance des médecins.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Nouveau spéculum.

M. le Dr Dibot présente un nouveau spéculum construit sur ses indica-



Fig. 19.

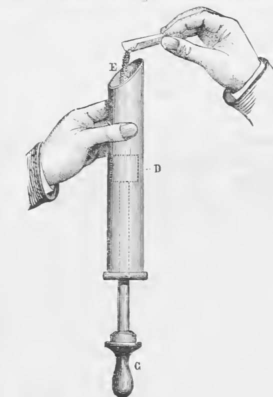


Fig. 20

tions. Cet instrument en métal ou en bois, appelé spéculum pulvilère, est d'un petit calihre; il a la forme du spéculum de Ferguson, et permet à la femme de porter elle-même dans le vagin et jusque sur le col, toutes les poudres médicamenteuses que le médeciu emploie habituellement comme moyen de pansement dans les affections vagiuo-utérines.

Ce spéculum fort simple, est muni d'uu piston disposé de telle sorle qu'il permet égalemeut l'introductiou d'un topique quelconque, (sachet, tampon. pommade, etc.). Grâce à sou maniement facile, la femme pourra elle-même répéter aussi souvent que le médecin le jugera nécessaire, le pansemeut prescrit qu'il n'est à même d'effectuer, ordinairement, qu'à plusieurs jours d'intervalle ; et remplacer par uue application sèche, l'action trop passagère d'un liquide irrigué.

(1) *Gazette des hôpitaux* 9 mai 1868) et *France médicale* 7 octobre 18..

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissaut le 17 février 1876, on a constaté 1,139 décès, savoir : variole, 8; — rougeole, 12; — scarlatine, 8; — fièvre typhoïde, 15; — érysipèle, 8; — bronchite aiguë, 61; — pneumonie, 114; — dyssenterie, 1; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 3; — *choléra nostras*, 0; — angine couenneuse, 15; — croup, 18; — affections puerpérales, 7; — autres affections aiguës, 244; — affections chroniques, 568, dont 209 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 44; — Causes accidentelles, 13.

Londres. — Population : 3.489.428 hab. Décès du 6 au 12 février, 1610, savoir : variole, 0, — rougeole, 37; — scarlatine, 48; — fièvre typhoïde, 13; — érysipèle, 5; — bronchite, 302, — pneumonie, 91; — dysseuterie, 0; — diarrhée, 10; — *choléra nostras*, 0; — diphthérie, 9; — croup, 12; — coqueluche, 100.

— Par arrêté du 19 février 1876, des concours seront ouverts à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, savoir : Le 10 août 1876, pour deux emplois de suppléauts des chaires des chirurgie. Le 13 novembre 1876, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine. Le 20 novembre 1876, pour deux emplois de suppléants des chaires des sciences uaturelles (hotanique et zoologie élémentaires; chimie et pharmacie).

Banquet de l'internat. — Le hanquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 4 mars dans les salous de Douix (Palais-Royal) le montant de la souscription fixé à quinze francs pourra être remis dans chaque hôpital, à l'interne en médecine, économe de la salle de garde ou hien à MM. les Docteurs Piogey et Emile Tillot, membres de la Commission permanente du banquet.

Librairie GERMER BAILLIÈRE, 17, r. de l'Ecole de Médecine.

Bouchardat (A.). — Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1876 (36e aunée), un vol. in-18 : 1 fr. 50.

Garnier (P.). — Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales (11e année 1875), 1 vol. gr., in-18 : 7 fr.

Virchow (R.). — Pathologie des tumeurs, traduit de l'allemand par le Dr Aronssohn, 4e vol. 1er fasc.,gr. in-8° : 4 fr. 50.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. Mesnet, visite à 9 h. — Salle Sainte-Cécile : 5, Purpura hémorrhagica ; 11, Affection cardiaque ; 12, albuminurie et affection cardiaque; 18, mal de Bright. — Salle Saint-Hilaire : 9, délire aigu ; 11, pleurésie; 17, paralysie radiale ; 31, pleurésie purulente, empyème ; 45, phthisie laryngée ; 49, kyste hydatique du foie.

Service de M. Molland : 9 h. — Pavillou III : 6, phthisie laryngée ; 12, caucer de l'estomac ; 21, pneumonie. — Pavillons 4 et 5 : 8, cirrhose ; 12, intoxication saturnine; 16, rhumatisme articulaire aigu ; 32, paralysie agitante.

Service de M. Peter, suppléé par M. Damaschino : 9 h. — Salle Saint-Antoine : 9, anévrysme de la crosse de l'aorte ; 15, pneumo-thorax ; 16, paralysie agitante; 35, carciuome du foie.

Service de M. Lancereaux : 8 1/2. — Salle Saint-Lazare : 1, phthisie aiguë ; 2, pleurésie purulente, empyème ; 3, rhumatisme articulaire aigu; 11. mal de Bright ; 29, kyste hydatique du foie ; 31, cirrhose alcoolique. — Salle Sainte-Agathe : 3, rhumatisme blennorrhagique ; 7, atrophie musculaire progressive.

Service de M. Anger : 8 h 3/4. — Salle Saint-Barnabé : 3, fracture du sternum ; 22, tumeur de la verge. — Salle Sainte-Marthe : 16, arthrite suppurée du poignet.

Service de M. Delens : 8 h. 1 2. — Salle Saint-Christophe : 7, adénite inguinale profonde; 8, fracture des deux os de la jamhe ; 29, cancer de la face ; 30, fracture de la base du crâne ; 38 calculs vésicaux. — Pavillou 1, 7, fracture sous-trochantérienne du fémur ; 30, polype fihreux de l'utérus.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. Millard. — Salle Sainte-Joséphine : 1, ictère simple, syphilis ; 9, polype utériu; 12, iritis rhumatismale, rhumatisme chronique, affection cardiaque ; 15 his, toux hystérique; 19, hydronéphrose ; 24, affection calculeuse du foie ; 28, affectiou mitrale. — Salle Saint-Vincent : 2, affection mitrale ; 3, hémorrhagie cérébrale, coutracture; 5, pneumonie droite, passage à l'état chronique ; 9, endo-péricardite, albuminurie ; 10, syphilis , exostoses du tibia ; 15, myélite chr. ; 26, méningite.

Service de M. Jaccoud. — Salle Sainte-

Claire : 13, grossesse extra-utérine : 15 bis, fièvre typhoïde ; 16, métrite hémorrhagique ; 17 bis, pleurésie chronique ; 20, broncho-pneumonie ; 27, pelvi-péritonite ; 34, rétrécissement aortique. — Salle Saint-Jérôme : 3, pneumonie droite ; 5, fièvre catarrhale ; 8, tumeur cérébrale syphilitique ; 9, 30, intoxication saturnine ; 10, albuminurie aiguë ; 12, 15, affection mitrale ; 21, intoxication saturnine, albuminurie ; 26, hémiplégie gauche, aphasie 28, diabète.

Service de M. Siredey. — Salle Sainte-Geneviève : 1, affection mitrale, congestion viscérale ; 2, prolapsus utérin, tumeur dans la fosse iliaque gauche ; 15, prolapsus utérin ; 23, hypertrophie éléphantiasique de la grande et de la petite lèvre gauches ; 29, phlegmon du ligament large ; 34, corps fibreux de l'utérus. — Salle Saint-Augustin bis : 11 bis, rhumatisme articulaire subaigu ; 12, paralysie, troubles vésicaux ; 14, emphysème, bronchite ; 15, pleurésie gauche ; 16, pleuro-pneumonie ; 20, paralysie faciale ; 25, kyste de la rate.

Hôpital Necker.— Service de M. Guyon. (Clinique le samedi à 9 heures.)

Salle Saint-Vincent (H.) : Nos 1, orchite à répétition ; 2, tumeur urineuse ; 3, prostatite tuberculeuse ; 5, rétrécissement, uréthrotomie, 17, 18, 21, rétrécissement ; 24, rétrécissement et calculs ; 6, 12, tubercules des voies urinaires ; 9, fongus de la vessie ; 11, uréthrite et fistule ; 15, cystite chronique ; 16, infiltration urineuse ; 20, cystite pseudo-membraneuse ; 23, spermatorrhée ; 26, 27, calculs vésicaux ; 29, infiltration d'urine, abcès urineux.

Salle Sainte-Cécile (F.): Nos 2, 17, anthrax ; 3, fistule recto-vaginale ; 4, cancer du sein opéré ; 6, sarcôme encéphaloïde du maxillaire ; 7, névrose de la face plantaire ; 9, chancre du sein ; 11, érésipèle généralisé ; 13, abcès de la glande bulbo-vaginale ; 14, arthrite fongueuse ; 19, polype utérin ; 20, fracture de cuisse chez un enfant.

Service de M. Potain. *Salle Saint-Jean* (H.) 2 : pleurésie chronique ; 7, cirrhose d'origine saturnine ; 8, cirrhose alcoolique ; 9, phthisie laryngée ; 10, ataxie et hémiplégie droite, ramollissement cérébral ; 11, dilatation des bronches ; 13, pleurésie gauche ; 16, pleurésie chronique droite, pneumothorax limité, abcès par congestion ; 18, rétrécissement et insuffisance mitrale, rétrécissement aortique ; 19, intoxication saturnine ; 20, ataxie locomotrice ; 21, syphilis maligne, accidents cérébraux, lésion syphilitique de la langue ; 23, hydropneumo-thorax ; 27, congestion pulmonaire.

Salle Sainte-Eulalie (F.): Nos 4, tuberculose 5, cirrhose ; 7, aortite athéromateuse ; 9, hémiplégie droite, aphasie, insuffisance mitrale, néphrite interstitielle, albuminurie ; 14, hystérie, anesthésie générale, paraplégie ; 15, insuffisance tricuspide ; 20, albuminurie ; 24, myélite ascendante ; 26, rétrécissement et insuffisance mitrale.

Service de M. Delpech. *Salle Saint-Ferdinand* (H.) : Nos 2, insuffisance mitrale ; 4, hémiplégie ; 6, rhumatisme chronique ; 9, paraplégie des membres inférieurs, paralysie de la vessie ; 12, rectite aiguë ; 15, insuffisance aortique ; 16, intoxication saturnine, hémiplégie ; 25, asystolie ; 27, ulcère simple de l'estomac ; 29, pneumonie ; 30, insuffisance mitrale, albuminurie ; 31, rhumatisme articulaire aigu.

Salle Sainte-Anne (F.) Nos 2, 6, 7, 16, tuberculose pulmonaire ; 4, rhumatisme articulaire, insuffisance mitrale, catarrhe chronique, emphysème ; 9, pleurésie avec épanchement, tuberculose ; 12, insuffisance mitrale, tuberculose ; 14, pneumonie ; 17, intoxication saturnine ; 19, pleurésie ancienne ; 20, hystérie.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

4e ANNÉE.— N° 10 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 4 MARS 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. S. DUPLAY,

Hydrocèle enkystée du testicule coïncidant avec une orchi-épididymite. — Pathogénie. — Diagnostic. — Traitement.

(Leçon recueillie par E. MAROT, interne du service).

Messieurs,

Il vient d'entrer dans nos salles un jeune homme de vingt et un ans, porteur d'une tumeur scrotale dont le diagnostic paraît intéressant à discuter. Ce malade se souvient d'avoir ressenti, il y a deux ans, une douleur assez vive au niveau du testicule droit : c'était immédiatement après un long trajet en voiture, sur un siége étroit, partagé avec deux personnes, où il avait subi des secousses multipliées et peut-être aussi un peu de compression de la glande séminale. Un médecin, consulté à ce moment, prescrivit le repos, l'application de sangsues et de cataplasmes ; en peu de temps, les symptômes pénibles disparurent. Le malade se croyait guéri, lorsqu'un an plus tard, au moment où il faisait effort pour soulever un pesant fardeau, il ressentit encore, au niveau du même testicule, une douleur assez vive, mais qui disparut rapidement ; d'après les renseignements qu'il fournit à ce sujet, il est permis de penser qu'un médecin consulté à cette époque, constata l'existence d'une tumeur *liquide* et lui conseilla d'attendre.

Depuis lors, le malade ne s'était plus inquiété de ce qu'il portait au testicule, lorsqu'il y a quinze jours environ la douleur se réveilla plus vive, en même temps que se manifestait un gonflement plus accentué au niveau du testicule droit. Il est bon d'ajouter que le malade avait contracté, il y a un an, une blennorrhagie assez sérieuse, qui persista pendant quatre ou cinq mois à l'état aigu et qui paraît avoir laissé des traces de blennorrhée constituant ce que l'on a nommé la *goutte militaire*.

L'examen des parties malades nous fournit les renseignements suivants : au dessous des enveloppes scrotales, absolument saines, on sent une tumeur qui présente des connexions intimes avec le testicule droit, ainsi que nous l'établirons tout à l'heure, mais qui n'affecte aucun rapport avec le trajet inguinal : c'est dire que nous ne reviendrons pas sur le diagnostic des tumeurs herniaires, épiplocèles, etc., et des tumeurs testiculaires proprement dites. En effet, il n'y a ici aucun doute à cet égard, la tumeur est certainement d'origine scrotale. Elle présente la forme et le volume d'un petit œuf ; elle est parfaitement mobile dans les bourses, mais, par sa partie inférieure, elle fait corps avec le testicule qui en suit tous les mouvements. La peau glisse sur elle aussi bien que les autres feuillets qui constituent les bourses ; elle présente à la pression ce caractère de rénitence que vous retrouverez dans toutes les tumeurs liquides dont le contenu distend la paroi : une tumeur rénitente, vous le savez, est une tumeur élastique dont les parois réagissent après la pression et repoussent le doigt. Comme, dans ce cas particulier, les parois sont modérément distendues, nous avons pu également percevoir de la fluctuation, c'est-à-dire qu'en comprimant la tumeur entre les doigts nous avons ici la sensation particulière qui annonce le déplacement d'un liquide. Enfin, la tumeur est absolument indolente, soit spontanément, soit à la pression, et nous savons qu'elle n'a jamais été bien douloureuse depuis son apparition.

Il importe maintenant de préciser plus exactement les rapports de cette tumeur avec le testicule et de dire quel est l'état de la glande séminale et de l'épididyme. Or, tandis que la surface de la tumeur, régulière et arrondie, est tout à fait libre en haut, elle se continue, au contraire, inférieurement avec le testicule qui lui adhère intimement et se déplace avec elle. Cependant, un examen attentif permet de s'assurer que la glande séminale, tout en adhérant par en haut à la tumeur liquide, en reste tout à fait distincte, et il est facile de constater que le corps de la glande offre ses caractères normaux de consistance et sa sensibilité spéciale.

Enfin, au-dessous et un peu en avant de ce testicule sain, auquel elle adhère faiblement, il existe une petite masse distincte, allongée d'avant en arrière, inégale et bosselée, présentant une extrémité antérieure du volume d'une petite noisette, s'effilant en arrière pour se continuer avec le canal déférent et les éléments du cordon. Ce qui frappe en premier lieu, c'est l'excessive dureté et la sensibilité à la pression de ce petit corps qui est évidemment l'épididyme. La minceur des parois scrotales et la facilité de l'exploration ne peuvent laisser aucun doute à ce sujet.

En résumé donc, il existe dans le côté droit du scrotum une tumeur formée de trois parties superposées, unies l'une à l'autre et présentant des caractères différents : l'une, supérieure, la plus volumineuse, évidemment liquide et indolente ; la seconde offrant les caractères du corps du testicule à l'état normal ; la troisième, située à la partie inférieure, indurée, douloureuse à la pression ; et représentant l'épididyme d'après sa situation, sa forme et ses connexions avec le cordon.

La première idée qui vient à l'esprit est celle d'une orchi-épididymite subaiguë, d'origine blennorrhagique, accompagnée d'un épanchement dans la tunique vaginale. Mais les renseignements précis que nous possédons sur le mode d'apparition des accidents ne permettent pas de s'arrêter à cette idée, car nous savons que la collection liquide qui surmonte le testicule existait depuis longtemps lorsqu'est survenue la blennorrhagie : mais, ce qui est plus important encore, l'examen de la tumeur éloigne toute supposition d'un épanchement dans la tunique vaginale. J'ai insisté, en effet, sur l'indépendance presque complète du testicule et de la tumeur. Cette dernière considération rend impossible du même coup l'idée d'une hydrocèle vaginale ; en effet, si vous vous reportez à la disposition anatomique normale de la séreuse autour du testicule, vous reconnaîtrez qu'il ne peut s'y développer d'épanchement liquide sans que la glande et son appendice, l'épididyme, soient englobés dans la tumeur même et entourés presque complétement par le liquide ; le testicule, en un mot (dans ce cas), forme paroi, pour ainsi dire, de la cavité distendue de la vaginale.

Au contraire, chez notre malade, le testicule est seulement en contact extérieur et en continuité restreinte avec la surface de la tumeur. Qu'est donc cette tumeur, manifestement d'origine ancienne, à marche lente et chronique, franchement fluctuante, et qui siége en dehors de la vaginale ?

Je ne crains pas d'affirmer qu'il s'agit d'une affection assez rare désignée sous le nom d'*hydrocèle enkystée du testicule* ou de *kyste spermatique*. Ces kystes naissent au niveau de la tête de l'épididyme, dans le tissu cellulaire interposé à cet organe et à la tunique albuginée, point d'émergence des canaux efférents. Ils refoulent le tissu cellulaire et soulèvent la tunique vaginale dont la surface externe les recouvre au même titre qu'elle recouvre le testicule lui-même. Deux caractères importants distinguent

ces kystes, ce sont : l'aspect du liquide qu'ils renferment et la présence, au sein de ce liquide, d'une plus ou moins grande quantité d'animalcules spermatiques vivants ou plus ou moins altérés. Tantôt ces derniers sont nombreux, et alors sous l'influence de l'action des spermatozoïdes sur les matières grasses, le liquide est opalin, blanchâtre, lactescent, au lieu d'être citrin comme celui de l'hydrocèle. Vidal (de Cassis) avait observé un cas de cette nature, lorsqu'il décrivait dans son *Traité de pathologie* l'affection qu'il a caractérisée du nom de galactocèle. D'autres fois, le liquide est clair comme de l'eau de roche, il renferme moins de spermatozoïdes. Aussi, Messieurs, toutes les fois que vous évacuerez par la ponction du scrotum un liquide d'une limpidité parfaite ou au contraire lactescent, vous aurez affaire à un de ces kystes spermatiques, et le microscope vous permettra d'y reconnaître la présence des animalcules.

La coloration particulière du liquide contenu dans les kystes spermatiques permet d'expliquer aussi le défaut de transparence, malgré le peu d'épaisseur des parois. C'est ce qui existe chez notre malade et me laisse supposer que le liquide sera très-opaque et lactescent.

La science n'est pas encore fixée, Messieurs, sur le mode de production de ces kystes, et il pourra n'être pas inutile de vous rappeler brièvement les théories qui ont été émises sur ce sujet. Je ne ferai que mentionner l'opinion de Paget qui admet tout-à-fait théoriquement que le seul voisinage de la glande séminale peut donner à ces kystes, de provenance ordinaire, d'ailleurs, la propriété de sécréter les animalcules spermatiques. M. le professeur Gosselin, qui a montré des exemples indubitables de rétrécissement et d'oblitération des canaux seminifères, admet que ces canaux distendus peuvent venir à se rompre et à déposer dans le tissu cellulaire une petite quantité de sperme, qui deviendrait l'origine d'un kyste en communication avec un canal séminifère, mais j'objecterai à cette théorie qu'un liquide épanché dans le tissu cellulaire se résorbe et disparaît, à moins qu'il ne soit le point de départ d'une inflammation s'il est doué de propriétés irritantes ; on oppose également que ces kystes sont tapissés à leur intérieur d'un revêtement épithélial pavimenteux, ce qui n'existerait pas sur une simple paroi adventice qui se serait formée autour d'un corps étranger.

Curling, d'autre part, a fondé une nouvelle hypothèse sur le fait avéré qu'il existe, dans le point précis où se développent les kystes spermatiques, des vestiges du corps de Wolff. Vous connaissez tous, Messieurs, la nature glanduleuse de cet organe transitoire, et vous savez que son existence, au début de la vie intra-utérine est entièrement liée au développement du rein et de la glande séminale chez l'homme. Cet organe est transitoire, mais on sait que le testicule, lors de sa migration, en emporte des débris qui sont représentés à sa surface par des culs-de-sac glandulaires. Follin, M. Verneuil, ont, en outre, démontré que ces rudiments glandulaires peuvent donner naissance à des kystes. Curling a donc pensé que dans de pareils kystes, toujours situés au voisinage des canaux efférents, l'un de ceux-ci pouvait se rompre sous l'influence d'un effort, d'une contusion, et amener l'épanchement du liquide spermatique. Il y aurait donc, suivant lui, deux étapes dans l'évolution de ces kystes spermatiques.

L'existence de kystes nés des vestiges du corps de Wolff est certainement indiscutable, mais leur passage consécutif à l'état de kystes à spermatozoïdes est plus difficile à reconnaître. Les premiers sont toujours petits et à parois minces, les seconds peuvent avoir des parois épaisses ; la rupture des canaux efférents dans leur intérieur est dès lors difficile à concevoir, outre que ce résultat nécessite beaucoup de circonstances délicates et dont la réunion semble bien aléatoire. Pour que le kyste spermatique survienne, d'après cette théorie, il est nécessaire que les canaux séminifères soient distendus, qu'ils aient des rapports intimes avec les parois du kyste, qu'ils viennent à se rompre, et enfin qu'ils se rompent précisément dans l'intérieur de la cavité kystique.

La doctrine qui est le plus en rapport avec les données reçues au sujet de la formation des kystes en général, est celle de Liston ; il admet qu'au testicule, comme dans tous les organes glanduleux (mamelle, etc.), il peut se produire dans un conduit excréteur une altération de parois qui amène sa dilatation à la manière d'un sac anévrysmal. Il est à peu près admis à l'heure actuelle, vous le savez, que la plupart des kystes ont ainsi une origine glandulaire, et résultent de la dilatation d'un point quelconque de la cavité sécrétante ou destinée à l'excrétion. Cette théorie de Liston rend compte de toutes les circonstances propres aux kystes spermatiques, telles que la présence des spermatozoïdes en grand nombre, la reproduction rapide du liquide et de ces mêmes spermatozoïdes après une première ponction. Enfin, l'objection qui pourrait se tirer de ce que certains de ces kystes ne présentent pas de spermatozoïdes, tombe devant l'examen de faits nombreux dans lesquels on a pu constater l'isolement graduel de kystes primitivement glandulaires. Car on comprend que des kystes spermatiques, développés aux dépens d'un canal séminifère dilaté, puissent s'isoler de celui-ci à un moment donné de son évolution.

La récidive après la ponction simple est la règle presque constante ; de plus, cette récidive est ordinairement rapide. Tandis qu'à la rigueur on peut espérer guérir une hydrocèle par la simple ponction, on est forcé, pour guérir ces kystes, de modifier leurs parois à l'aide d'une injection irritante (teinture d'Iode).

Vous vous souvenez, Messieurs, qu'outre la tumeur liquide que je considère comme un kyste spermatique, nous avons trouvé au-dessous du corps du testicule, d'ailleurs parfaitement sain, une petite tumeur allongée, bosselée, dure, douloureuse, que je n'ai pas hésité à regarder comme formée par l'épididyme, légèrement déplacé par le kyste. Or, les caractères de cette tumeur sont ceux de l'inflammation. Vous n'avez pas oublié que le malade a conservé depuis plusieurs mois une blennorrhée, et c'est vraisemblablement, comme il le dit lui-même, sous l'influence de fatigues que l'inflammation s'est propagée des parties profondes de l'urèthre au canal déférent et à l'épididyme. Le toucher rectal vient confirmer cette opinion en nous montrant une sensibilité assez vive du côté de la prostate.

Le diagnostic est donc définitivement celui-ci : kyste spermatique d'ancienne date, avec orchi-épididymite subaiguë, complication récente d'une blennorrhée. La ponction va immédiatement nous renseigner d'une façon définitive.

— Il est évacué environ cent grammes d'un liquide lactescent, blanc sale, absolument opaque, mais d'une faible densité. L'examen microscopique y révèle la présence d'une quantité véritablement surprenante de spermatozoïdes : cet examen ayant été pratiqué environ 6 heures après l'évacuation, on ne peut observer aucun mouvement : quelques-uns des animalcules sont déjà fragmentés.

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — **M. PARROT.**

IX° LEÇON. — **Athrepsie. — Traitement** (1).

Leçons recueillies par E. TROISIER, revues par le professeur.

Dans les formes plus lentes ou torpides, notamment lorsqu'on a affaire à des enfants dont la faiblesse native a été exagérée par la maladie, il faut user de la plus grande circonspection. Tout en s'efforçant de stimuler le malade, et de le nourrir, on doit se garder de dépasser une certaine limite, car un organisme aussi débilité résisterait mal à une secousse, même provoquée dans un but thérapeutique. On agira sur la peau par des frictions, par l'application de quelques rubéfiants, on maintiendra le corps entier à une température assez élevée, mais on ne donnera pas de bains.

(1) Voir les nos 2, 3, 4, 7, 8 et 9.

On fera boire le lait à l'aide d'une cuiller, de peur que l'action de téter, sans satisfaire aux besoins du malade, n'épuise rapidement ce qui lui reste de forces. Dans ces cas, pour aider l'estomac qui, comme le reste de l'organisme, est dans la torpeur, je conseille six fois environ dans les 24 heures, immédiatement après le repas, l'administration d'une demi-cuillerée à café de l'*Elixir de pepsine de Mialhe*. L'action de ce médicament est double. Par sa pepsine, il facilite la digestion du lait et par son principe alcoolique, il est stimulant. A ces enfants, je ne donne aucune autre boisson, car ce qu'exige leur état, c'est un aliment qui pris fréquemment, mais à très-petite dose, soit la source d'une réparation continue. Dans ces cas, il n'y a pas de vomissements, et la diarrhée, en général peu intense, n'exige aucune médication spéciale.

L'on voit certains malades, surtout lorsque leurs garde-robes sont constituées par un liquide séreux et des amas de mucus verdâtre, s'agiter et pousser sans cesse des cris aigus en même temps que leur facies exprime une grande souffrance. Puis, ils font une selle bruyante, et redeviennent calmes, jusqu'à ce que le même besoin amène la même torture. Bien souvent, il m'est arrivé en introduisant dans le rectum le réservoir d'un thermomètre, d'ouvrir un passage aux matières et de faire cesser du même coup les cris et l'agitation. Cela doit faire penser que chez ces enfants, les garde-robes sont douloureusement retenues par une action spasmodique du sphincter anal, et qu'on doit amener un soulagement en leur donnant un libre cours; ce que l'on obtient facilement, par l'introduction dans l'anus, d'un petit suppositoire de beurre de cacao ou de savon préalablement huilé.

Je ne vous ai pas parlé de l'usage des lavements; et peut être quelques-uns d'entre vous ont-ils pensé que c'était là de ma part une omission, tant il est habituel de les voir conseillés et administrés, dans tous les cas où le tube digestif des enfants est en cause. Il n'en est rien; et si je ne vous ai pas signalé ce moyen, c'est que je le considère comme incapable de rendre les services que l'on attend généralement de lui. Les seuls liquides que l'on puisse introduire de la sorte, sont ceux qui sont doués de propriétés émollientes ou astringentes. Or la partie de l'intestin sur laquelle ils peuvent agir, est certainement de toutes, la moins malade chez les athrepsiés; et pourtant elle est très-peu tolérante et ce qu'on y introduit est à peine gardé pendant quelques minutes. Voilà pourquoi j'ai laissé de côté, malgré la vogue dont il jouit encore, un moyen dont l'application n'est pas toujours facile, et dont l'efficacité est plus que douteuse.

Pour ce qui est des préparations opiacées, quelles qu'elles soient, j'en proscris absolument l'usage, même aux doses les plus minimes. Les nouveau-nés sont en effet d'une excessive sensibilité à leur action; et je vous avoue que ce ne serait pas sans de grandes appréhensions que je verrais prendre à un malade de cet âge, un quart de goutte de laudanum de Sydenham (1).

(1) Tousseau considérait l'opium comme un médicament dangereux, désastreux même, lorsqu'on l'applique au traitement des maladies de l'enfance. Il affirme qu'une goutte de laudanum, c'est-à-dire un trente-deuxième de grain d'opium, suffit pour jeter un enfant d'un an dans une stupeur qui dure quelquefois quarante-huit heures. (*Clin. méd.* T. III. P. 134, 1865.)

Le fait suivant observé par le Dr Hawthorn (Annales de la Société de Médecine d'Anvers 1875, p. 521, — extrait du *New Orleans med. and surg. Journal*), montre également combien les jeunes enfants sont sensibles à l'action de l'opium. « Une dame ayant à subir une opération fut soumise à des préparations opiacées. A 10 heures du matin, elle prit 25 gouttes de la solution sédative de Battley, dose que l'on renouvelle à 2 heures de l'après-midi. A 8 heures du soir, elle prit 5 centigrammes d'opium en pilule.

Son enfant, un vigoureux enfant de 7 semaines fut agité tout le jour. A minuit, il prit le sein et tomba dans un sommeil dont il ne sortit que 6 heures après; à son réveil, il téta un peu, puis s'endormit le reste du jour. A 2 heures après-midi, la respiration diminua un peu de fréquence, elle devint moins profonde et saccadée. A 10 heures du soir, M. Hawthorn vit le petit malade; il trouva sa pupille très-contractée; la respiration incomplète, saccadée, très-irrégulière, avait à peu près sa fréquence normale; ce n'est qu'avec beaucoup de difficulté, qu'on pouvait le tirer de son sommeil. On lui donna du café par la bouche et le rectum, et on l'exposa à l'air de la fenêtre. Au bout d'une heure, l'état devint meilleur. Cependant une heure après, sa respiration s'arrêta pendant quelque temps, et il tomba dans un état de mort apparente. Il revint à la vie, et le jour suivant, à 2 heures du matin, il était hors de danger. »

L'auteur pense avec raison qu'il s'agit là d'un cas d'empoisonnement par l'opium; et que le lait de la mère a servi de véhicule au poison. On sait en effet que les alcaloïdes de l'opium, de même que les sels de mercure et les iodures, passent rapidement du sang dans le lait.

Il me reste à vous indiquer les moyens à l'aide desquels vous combattrez les diverses affections locales de l'athrepsie. Ce sera des adjuvants du traitement dirigé contre l'état général; et ils n'auront d'efficacité, qu'autant que ce dernier sera lui-même suivi de succès.

Le muguet est sans contredit, l'une de ces manifestations locales les plus fréquentes. On a proposé contre lui, un grand nombre de topiques. Tous ils peuvent réussir, quand l'état général s'améliore; ils échouent, au contraire, fatalement, quand il décline. Quand la végétation est abondante, avec l'indicateur enveloppé d'un linge fin et sec, on frotte les points de la muqueuse buccale que l'on peut atteindre, de manière à en détacher le parasite; puis on y pratique un badigeonnage que l'on renouvelle 3 fois dans la journée, à l'aide d'un pinceau de blaireau, enduit de l'une des mixtures suivantes:

A. —	Miel Rosat	Parties égales.
	Borate de soude	
B. —	Glycérine neutre	aa 15 grammes.
	Miel Rosat	
	Chlorate de potasse	6 —

En même temps, l'on fera boire, toutes les deux ou trois heures, une cuillerée à café d'un mélange à parties égales d'eau sucrée et d'eau de Vichy.

Le muguet de la bouche et de la partie supérieure du pharynx est le seul que l'on puisse atteindre. Vous n'aurez aucune prise directe sur celui de la glotte, de l'œsophage et de l'estomac. Cela, d'ailleurs, n'a pas une grande importance, car au moment où la mucédinée végète dans ces régions, le malade est mortellement atteint.

Les mêmes topiques seront portés sur les plaques ptérygoïdiennes qui presque toujours coïncident avec la végétation parasitaire.

L'érythème des fesses, des parties génitales et des cuisses, étant déterminé par le contact humide des urines et des matières fécales, disparaît aisément, au début, par l'usage de couches fines et sèches, fréquemment renouvelés en y ajoutant la précaution de saupoudrer les parties atteintes avec une poudre inerte fine et non parfumée. Celles d'amidon, de riz et surtout de lycopode, remplissent ce but à merveille. Elles ont le double avantage de sécher complétement les parties malades et de les isoler soit des parties symétriques, soit des linges eux-mêmes. Ces précautions resteraient sans efficacité, si avant de les employer on n'enlevait pas très-soigneusement, à l'aide de lotions détersives, toutes les souillures résultant des déjections. Lorsqu'il y a des érosions, le blanc de baleine ou cétine, matière onctueuse et difficilement altérable, est un excellent topique. Quand il se forme des ulcérations profondes, on les saupoudre très-légèrement avec de l'iodoforme, puis on fait un pansement simple avec de la charpie enduite de cérat ou de pommade de concombre.

Je n'ai pas d'autres recommandations pratiques à vous faire; car vous n'attendez pas de moi que je vous parle du traitement de l'encéphalopathie. Au moment où elle se manifeste, vous le savez, le mal est incurable; d'ailleurs, comment agirions-nous sur les centres nerveux, alors que la sensibilité et l'absorption sont nulles ou considérablement affaiblies? Cependant depuis que le chloral a été proposé contre le tétanos des adultes, et qu'il a procuré quelques cas de guérison, on a cru devoir l'administrer dans celui des nouveau-nés et vous trouverez dans la bibliographie contemporaine, la relation d'un certain nombre de succès (1).

(1) Un cas de tétanos chez une petite fille âgée d'une semaine guéri par l'hydrate de chloral, par le Dr Félix Ehrendorfer (*Jahrf. f. Kinderkr.*,

Je ne crains pas d'affirmer qu'aucun de ces faits ne se rapporte au trismus tel que je l'entends avec la plupart des cliniciens, et qu'il se présente dans l'athrepsie : et sans nier que le tétanos vrai des enfants du premier âge, dont je vous ai cité un exemple, puisse être guéri par l'hydrate de chloral, j'ai quelque peine à admettre que ce mal auquel se rapportent les observations des auteurs cités plus haut, mérite la qualification de tétanos. Celles que j'ai lues n'ont pu me convaincre, et j'estime que des accidents convulsifs n'ayant des troubles tétaniques que l'apparence, ont fait prendre le change sur leur véritable nature.

MALADIES DES YEUX

ECOLE PRATIQUE. — COURS DE M. LE Dr **E. LANDOLT**.

Du diagnostic des maladies des yeux.

IIe LEÇON. — **Examen extérieur des yeux** (1).

Leçon recueillie par M. A. CHARPENTIER.

Messieurs,

Nous devons maintenant apprendre à mesurer les déplacements que l'œil peut subir, soit en *hauteur*, soit dans le sens *antéro-postérieur*. Ces déplacements sont dus, le plus souvent, à des tumeurs développées dans la cavité orbitaire; il y a aussi des tumeurs de l'encéphale qui peuvent y donner lieu. Or, ce sont ces déplacements qui peuvent fournir les renseignements les plus précieux sur la marche de la tumeur, qu'elle s'accroisse ou qu'elle tende à disparaître. Il ne peut donc pas suffire de constater le déplacement, il faut le mesurer, pour apprécier ces changements.

Il est le plus souvent facile de reconnaître des différences de hauteur entre les deux yeux ; il suffit de faire tenir bien droite la tête du malade. Quant à savoir, dans ce cas, quel est l'œil déplacé, c'est aussi fort simple, car l'œil malade a ses mouvements gênés dans le sens opposé au déplacement: Une tumeur située sur la paroi inférieure de l'orbite gênera l'abaissement de l'œil et le déplacera en haut.

Veut-on évaluer approximativement le degré du déplacement, on tiendra au niveau de la pupille de l'œil sain une règle bien horizontale, et on estimera le nombre de millimètres dont la pupille de l'autre œil est déplacée au-dessus ou au-dessous de la première; pour plus d'exactitude, on pourra mesurer cette dernière quantité avec une règle tenue perpendiculairement à la règle horizontale.

Dans le cas où le déplacement vertical aurait échappé, il y a un symptôme subjectif qui ne manquerait jamais de nous le rappeler, c'est la *diplopie*.

La *diplopie* se produit, en effet, dès qu'il existe la moindre différence de hauteur entre les deux yeux, et elle gêne d'autant plus le malade qu'il lui est très-difficile de réunir les doubles images. Dans la déviation horizontale, une forte contraction des droits internes, une légère rotation de la tête suffisent pour rétablir la vision simple: ici, il n'en est plus de même, et c'est souvent la diplopie seule qui amène le malade auprès du médecin.

Dans un cas semblable, il s'agit de déterminer si la diplopie tient à un déplacement total de l'œil ou à une déviation de celui-ci par suite de paralysie musculaire *incomplète*. Je dis *incomplète*, parce que la déviation qui suit une paralysie très-développée ne saurait être confondue avec un déplacement en totalité, et réciproquement.

Je suppose, par exemple, que l'œil gauche d'un malade paraisse plus haut que le droit. Le malade voit double, l'image de l'œil gauche est plus basse que celle de l'œil droit. Y a-t-il déplacement total de l'œil gauche ou bien paralysie incomplète du droit inférieur, par suite de laquelle la partie antérieure de l'œil est dirigée en haut ?

S'il y a déplacement du globe, la diplopie persistera quand nous élèverons l'objet de fixation, elle diminuera au contraire de plus en plus et cessera même à une certaine hauteur s'il y a seulement paralysie du droit inférieur. Dans ce dernier cas, en outre, l'image sera de l'œil malade non-seulement abaissée, mais encore ramenée vers l'œil sain et inclinée de son côté par sa partie supérieure, ce qui n'aura pas lieu dans le cas du déplacement total de l'œil.

Nous verrons, dans la suite de ces conférences, que des signes complexes, analogues à ce dernier, accompagnent les autres paralysies musculaires ; ces signes n'existent pas dans les déplacements oculaires.

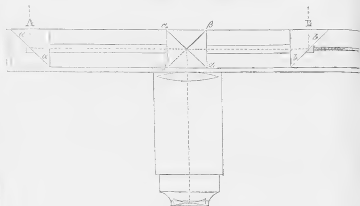


Fig. 21.

Nous pouvons ajouter qu'une tumeur, une exostose, ne se borneront pas à déplacer l'œil dans une seule direction. Dans la plupart des cas, nous aurons, indépendamment du déplacement vertical ou latéral, une protrusion de l'œil, plus ou moins développée.

La *protrusion* de l'œil est un symptôme plus important encore que le déplacement en hauteur.

C'est d'abord un phénomène plus constant, car la partie antérieure de la cavité orbitaire est la seule direction dans laquelle le globe oculaire puisse fuir librement devant toute augmentation du volume des tissus qui l'entourent.

Aussi, trouvons-nous la protrusion comme symptôme principal des abcès, des périostites, des hypérostoses, des tumeurs, des cysticerques de l'orbite; nous la trouvons surtout dans la maladie de *Basedow*, le goître exophthalmique.

La protrusion de l'œil offre, en outre, un intérêt de premier ordre, à cause des suites fâcheuses qu'elle entraîne parfois pour la cornée et l'œil tout entier. Dans la maladie de Basedow, par exemple, l'exophthalmie atteint facilement un degré tel, que les paupières ne suffisent plus à couvrir la cornée : celle-ci commence alors à s'ulcérer, à se dessécher, à se desquamer, et finit souvent par être entièrement détruite, ce qui entraîne fatalement la perte complète de la vision.

On peut mesurer approximativement la protrusion en prenant comme point de repère le bord externe de l'orbite et en déterminant la longueur dont il est dépassé par la cornée de chaque œil. On emploie à cet effet une règle graduée que l'on applique horizontalement contre la paroi externe de l'orbite et on détermine à quels degrés de la règle correspondent et le bord antérieur de cette paroi et le sommet de la cornée.

Evidemment, cette méthode n'est pas très-exacte, parce qu'on n'est pas assuré de viser la cornée sous un angle droit. On peut éviter cette cause d'erreur en se servant de la double règle.

Ce petit appareil se compose de deux règles divisées en

juillet 1873, *et Revue des Sciences médicales*, 1873. T. II, p. 769.) — Du traitement du trismus et du tétanos des nouveau-nés, par l'hydrate de chloral, par le Dr And. Von Huttenbrenner (*Jahr. für Kinderheilkunde, VII jahrg, 1 Heft.* et *Gaz. hebdom.*, 1874, p. 358.)

M. Bouchut s'est occupé, dans ces derniers temps, du même sujet. (Du tétanos et de l'hydrate de chloral dans le traitement de cette maladie. — (*Gazette des hôpitaux*. 1873, p. 371); mais après avoir fait remarquer qu'il y a deux variétés de tétanos chez les enfants : celle qui s'observe chez les *nouveau-nés* et qui est assez rare en France, et celle qu'on rencontre dans *la seconde enfance*; il ne traite que de cette dernière.

(1) Voir les numéros 8 et 9.

millimètres, fixées parallèlement l'une à l'autre, à une distance d'un centimètre environ et superposées de façon à ce que les divisions se correspondent très-exactement. On applique le point zéro de la double règle contre le bord de l'orbite et l'on vise le sommet de la cornée. Si les divisions se correspondent, on est assuré d'avoir visé sous un angle droit.

Cette méthode suffit dans la plupart des cas et peut remplacer tous les instruments, protusiomètres, exophthalmomètres, etc., qu'on a inventés pour mesurer l'exophthalmie, et que je me dispenserai de vous décrire.

Il est cependant un cas où cette méthode ne peut être appliquée, bien qu'il se présente assez souvent : c'est quand l'orbite a pris part au processus qui produit l'exophthalmie. L'orbite alors ne peut plus être prise comme point de repère et n'est plus comparable à celle de l'autre côté. Mais on a encore un point qui reste constant, c'est le dos du nez.

On peut donc chercher de quelle longueur le dos du nez dépasse de chaque côté le sommet de la cornée. Seulement cette mensuration n'est pas si simple que la précédente, car on ne peut appliquer de règle graduée, ni sur le dos du nez, ni sur la cornée ; aussi est-il nécessaire de viser les deux points à distance.

Voici le problème qu'il s'agit de résoudre : quelle est la distance entre un plan donné et deux points situés dans deux plans différents ? Ce problème est connu en architecture sous le nom de profilation, mais il est alors beaucoup plus simple, car on n'a affaire qu'à des plans perpendiculaires l'un sur l'autre, et à des lignes droites. Dans notre cas, il en est tout autrement, et la question serait presque insoluble sans l'instrument que nous devons à *Snellen* d'Utrecht, et auquel il a donné le nom de *métroscope ;* cet instrument est si ingénieux, que je ne puis m'empêcher de vous en indiquer rapidement le principe, d'autant plus qu'il se prête à la résolution d'une foule d'autres problèmes.

Le métroscope se compose d'une espèce de boîte, de dimensions variables, suivant les grandeurs à mesurer ; pour l'emploi ophthalmologique, elle a environ dix centimètres de longueur sur quatre de largeur. Dans son intérieur se trouve à chaque extrémité un miroir, *aa* et *bb*, incliné de 45° sur le diamètre horizontal de la boîte, miroir ayant sa surface réfléchissante dirigée en avant et en dedans ; la boîte elle-même est ouverte en avant. Ces deux miroirs peuvent être rapprochés, isolément, chacun de son côté, du centre de la boîte, tout en conservant leur inclinaison. (*Fig. 21*).

Au centre de la boîte sont deux autres miroirs, αα et ββ, ayant seulement la moitié de la hauteur des précédents ; ils sont placés l'un sur l'autre en formant une croix, et orientés de telle sorte qu'ils tournent leur surface réfléchissante parallèlement aux premiers miroirs, le plus haut regardant, par exemple, le premier miroir de droite, le plus bas regardant le premier miroir de gauche. Ces deux miroirs centraux font donc avec la direction de la boîte un angle de 45°, et l'un avec l'autre un angle droit.

Un objet A, placé devant le miroir *aa*, est réfléchi à angle droit par celui-ci vers le miroir αα, qui le renvoie à son tour sous le même angle dans la direction O. De même un objet B est réfléchi successivement par le miroir *bb*, et par le miroir *bb* est renvoyé dans la même direction O. Un observateur placé en O peut donc, en rapprochant ou éloignant les miroirs *a* et *b* d'une manière convenable, recevoir les deux images, celle de *a* et celle de *b* superposées. A ce moment, si A et B sont situés dans un même plan parallèle à la boîte, leur distance pourra être mesurée par l'écartement des deux miroirs *aa* et *bb*. Je suppose maintenant que B s'éloigne ou se rapproche de la boîte, mais toujours dans un plan perpendiculaire à celle-ci ; les deux images reçues par l'observateur ne cesseront pas d'être superposées, et l'écartement des miroirs *aa* et *bb* ne cessera pas d'indiquer la même mesure, celle de la distance qui sépare l'objet A et le plan sagittal passant par B.

Cet écart des deux miroirs mobiles est indiqué sur l'instrument. De plus, pour faciliter l'observation, une petite longue-vue permet de regarder directement les images superposées fournies par les miroirs croisés.

Au lieu de regarder les deux objets A et B, supposez que nous ayons opéré d'une part sur le profil de la cornée droite et le dos du nez, d'autre part sur le dos du nez et le profil de la cornée gauche, rien de plus facile que de déterminer, d'après ces données, le degré de protrusion d'un œil ; cette protrusion est, en effet, représentée par la différence qui existe entre les deux distances que nous avons ainsi mesurées.

Le degré de la protrusion n'apprend évidemment rien sur la nature de la tumeur. Nous tâcherons de tirer quelques renseignements à ce sujet, d'après la résistance plus ou moins grande opposée par le bulbe oculaire au doigt qui cherche à le repousser dans l'orbite.

Pour cela, on peut appliquer les mains sur les deux tempes du malade, tandis qu'avec les pouces on exerce sur les deux yeux une pression délicate, mais toujours croissante. De cette manière, on apprécie facilement si l'œil malade cède à la pression aussi bien que l'autre, s'il se laisse plus ou moins repousser dans l'orbite, ou s'il échappe à la pression, et dans quelle direction.

Des exostoses, des tumeurs d'une consistance très-dure, ne permettent évidemment pas de grandes excursions au bulbe oculaire, tandis que des exsudations séreuses dans le tissu conjonctif de l'orbite, des abcès mêmes sont plus compressibles.

Si l'œil échappe toujours dans la même direction au doigt qui le comprime, on peut être certain qu'il existe une tumeur d'une certaine consistance sur la paroi orbitaire opposée à cette direction.

Je ne vous décrirai pas l'instrument de Snellen pour mesurer à la fois la protrusion et la réductibilité de l'œil : je vous renvoie, pour la connaissance de cet instrument, à notre *Métrologie*. La sensibilité d'un doigt exercé suffit généralement dans la pratique.

TÉRATOLOGIE

Hémorrhagie pulmonaire chez une femme arrivée au terme de la grossesse. — Mort. — Opération Césarienne.

Par **P. BUDIN**, interne à la Maternité.

Le 29 octobre 1875, à 5 heures 15 minutes du soir, on apportait à la Maternité la nommée Fra... Marie, âgée de 24 ans, célibataire, domestique. Cette femme était habituellement bien portante ; en 1869 ou 1870 seulement elle avait séjourné pendant quelques semaines à l'Hôtel-Dieu, elle avait eu, paraît-il, un œdème généralisé (?). Elle était brune, grande, forte et grasse ; elle était, de plus, enceinte et arrivée à terme, elle attendait de jour en jour sa délivrance. Depuis quelque temps elle toussait un peu, lorsque le 29, à 4 heures du soir, elle se mit tout-à-coup à cracher le sang en grande abondance ; un médecin appelé en toute hâte lui fit administrer une potion ; l'hémoptysie parut s'arrêter et on la transporta à l'hospice de la Maternité. On avait à peine eu le temps de la mettre au lit et d'obtenir d'elle les renseignements qui précèdent lorsque de nouveaux crachements de sang survinrent. L'hémoptysie fut si abondante et si foudroyante que rien ne put l'arrêter et qu'à 7 heures du soir la femme était mourante. En notre absence, on courut en toute hâte chercher notre excellent collègue, M. Golay, interne à la maternité de l'hôpital Cochin et lorsqu'il arriva, la malade avait succombé depuis dix minutes. Comme peu de temps auparavant, on avait entendu les battements de cœur du fœtus, en bas, en avant et à gauche de la paroi abdominale, il pratiqua l'opération césarienne. Cette opération fut simple et rapidement faite. M. Golay parvint à extraire un enfant du sexe masculin qui était placé comme le sont le plus habituellement les fœtus, et présentait le sommet en position O. I. G. A. Cet enfant était en état de mort ap-

parente. Une aide sage-femme l'examina, n'entendit pas les battements du cœur, crut l'enfant mort et l'abandonna sur un lit; dix minutes plus tard, l'autre aide l'ausculta et à son grand étonnement constata l'existence de battements cardiaques très-faibles ou mieux d'un frémissement cardiaque. Elle se mit alors à pratiquer l'insufflation avec une grande persistance; les battements du cœur devinrent de plus en plus forts et enfin au bout de trois quarts d'heure l'enfant fit une première inspiration; après 1 h. 1/2 il était complétement ranimé.

Il parut pendant quelques instants aller assez bien, mais



Fig. 22. Organes génitaux externes.

bientôt il fut pris de mouvements convulsifs, de trismus et le lendemain 30 octobre, à 6 h. du matin, il succombait.

Cet enfant avait une tête légèrement ovoïde, très-régulière, qui, mesurée par nous aussitôt après qu'il avait été insufflé et ranimé, présentait les diamètres suivants :

OM.	12,4
Maxim.	12,9
OF.	11,8
Ss-o-Bg.	10,3
BiP.	10
BiT.	8,7
BiM.	7,8
Grande circonférence (1)	37,6
Petite circonférence	33,5

Cet enfant mesurait 51 cm. de longueur; il pesait 2970 gr. Le point d'ossification de l'extrémité inférieure du fémur était très-apparent comme l'a démontré l'autopsie : il était donc à terme.

A l'examen cadavérique, on constata de plus une congestion de la partie postérieure et de la base des poumons; des taches ecchymotiques nombreuses sur le péricarde, une congestion très-intense des méninges, et un peu de suffusion sanguine sur la convexité des deux hémisphères.

L'AUTOPSIE de la mère fut faite le 30 octobre, à 9 h. 30 minutes du matin. Au sommet des deux poumons on trouva quelques granulations tuberculeuses; au sommet du poumon gauche existaient deux petites cavernes; dans l'une de ces cavernes, qui offrait le volume d'une aveline, du sang était épanché, sang qu'on pouvait suivre dans la bronchiole, la bronche, et la trachée. Du sang était en outre passé dans quelques autres bronches, dans les canaux du lobe inférieur et même dans le poumon droit.

Le *cœur* était volumineux, le ventricule gauche surtout était hypertrophié, complétement vide, et les gros vaisseaux ayant été sectionnés au niveau de leur origine, l'organe pesait 289 grammes: il était, du reste, tout-à-fait sain. Le *foie*, la *rate*, l'*estomac*, les *intestins*, le *pancréas* étaient normaux. Le *rein* gauche pesait 180 grammes et le droit 175 grammes, ils n'étaient ni l'un ni l'autre le siége d'aucune altération.

L'*utérus* semblait avoir été sectionné sur la ligne médiane; l'incision, qui avait été faite, passait juste au niveau du bord du placenta qui s'insérait sur la partie latérale droite de l'organe. Ce placenta était de forme circulaire, il pesait 370 grammes : l'insertion du cordon était centrale.

En examinant de plus près l'utérus, on vit que, si cet organe paraissait normal; en réalité, il ne l'était pas : il était double avec cloisonnement complet et devait être, si on admettait la classification proposée par M. L. Lefort dans son excellente thèse, désigné sous le nom de *Utérus bipartitus globularis*.

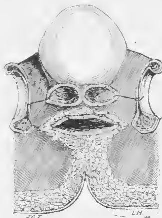


Fig. 23. Coupe transversale et verticale du bassin. On trouve de haut en bas : 1° la vessie ; 2° les deux vagins accolés comme des canons de fusil ; 3° le rectum.

Ce double organe, dans son ensemble, formait une masse pesant 757 grammes et mesurant 20 centimètres de longueur sur 18 centimètres de largeur. Il existait deux cols complétement séparés. L'utérus gravide était l'utérus droit : il mesurait à lui seul 11 centimètres de largeur sur 20 centimètres de longueur. Son col, dont les deux orifices interne et externe étaient fermés, avait conservé toute sa longueur et mesurait 5 centimètres d'un orifice à l'autre; sa cavité était complétement oblitérée par un bouchon gélatineux blanc rosé qui allait de la cavité du corps jusque dans la cavité vaginale, le mucus faisait saillie hors de l'orifice externe qui était circulaire et appartenait nettement à un col de primipare.

Le second utérus, le gauche, était séparé du premier à la surface par un très-léger sillon: au niveau du pourtour de l'organe total, il existait à peine une dépression marquant sa séparation. Il n'était pas accolé au précédent mais formait en réalité un tout avec lui. Il avait 18 centimètres de longueur sur 7 centimètres de largeur. Son col avait la forme du col d'une nullipare : son extrémité inférieure n'était pas sur le même plan que celle du col droit, elle descendait un peu moins bas; la cavité du col gauche mesurait 4 centimètres de longueur et était comme la cavité du col droit totalement remplie par un bouchon gélatineux.

La surface interne du corps de cet utérus gauche non gravide avait un aspect spécial; elle présentait des masses lobulées d'un gris rosé, formant, en certains points, de véritables polypes, masses dues à l'hypertrophie considérable de la muqueuse : sur la coupe, en effet, on voyait la section du tissu musculaire utérin; ce dernier mesurait environ 4 millimètres d'épaisseur et la muqueuse hypertrophiée offrait par places jusqu'à 7 et 8 millimètres de hauteur.

Cette muqueuse était surtout épaisse au niveau du fond de l'organe, son épaisseur diminuait au fur et à mesure qu'on descendait vers le col ; à une certaine distance au-dessus de l'orifice cervical interne, elle semblait s'arrêter tant elle était devenue mince. Il était facile avec le dos d'un scalpel de séparer cette muqueuse du tissu musculaire de l'utérus.

De chaque côté de l'organe total, il y avait un ligament rond, une trompe et un ovaire. A l'extrémité de la trompe droite était appendu un petit kyste en forme de grain de raisin. C'est sur l'ovaire droit qu'existait le corps jaune. Cet ovaire

(1) Pour le tracé graphique de cette tête et pour plus de détails voyez notre thèse : *De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. — Recherches cliniques et expérimentales.*

droit mesurait 45 millimètres de longueur sur 27 de hauteur. L'ovaire gauche mesurait 40 millimètres de longueur sur 25 de hauteur.

Nous avons noté la présence de deux cols; chacun de ces cols s'ouvrait dans un vagin distinct; les deux vagins étaient

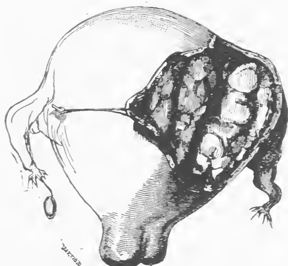


Fig. 24. Utérus bipartitus globularis. L'utérus gravide, le droit, est supposé fermé. L'utérus non gravide, le gauche, a été ouvert et on voit l'hypertrophie de la muqueuse qui offre des saillies mamelonnées.

situés sur le même plan l'un à droite, l'autre à gauche; ils étaient accolés comme deux canons de fusil et séparés par une cloison assez épaisse; cette cloison s'étendait jusqu'au niveau de la vulve. (*Fig. 24.*) Les parois des deux vagins offraient un grand nombre de rides transversales. (*Fig. 23*).

La vulve était unique: il existait deux grandes lèvres, deux petites lèvres, un clitoris, un méat urinaire; mais au-dessous du méat commençait une cloison médiane qui descendait verticalement jusqu'à la fourchette. Les deux orifices vaginaux semblaient également perméables. (*Fig. 22*).

Il nous a été complétement impossible d'obtenir des renseignements précis sur la façon dont s'accomplissaient les fonctions génitales chez cette femme.

Réflexions. — Outre la cause de la mort et les modifications de l'organisme dues à l'état de gravidité, l'hypertrophie du cœur par exemple, étudiée déjà par Larcher, Blot, etc; le volume des ovaires (Cruveilhier, Puech, Guéniot, etc); cette observation offre un certain nombre de particularités intéressantes.

La forme que présentait cet utérus ne se rencontre qu'exceptionnellement. Cet organe avait l'aspect normal à l'extérieur mais possédait un cloisonnement complet à l'intérieur : *uterus globuralis bipartitus*. Voici ce qu'écrivait M. L. Lefort sur ce sujet en 1863. « Les exemples de faits anatomiques appartenant à cette variété pouvaient *a priori* être annoncés comme très-rares. En effet, l'utérus ne présentant à l'extérieur aucune modification dans sa forme n'a rien qui attire l'attention dans les autopsies, sauf le cas où la coexistence d'une cloison vaginale a pu pendant la vie des malades, appeler l'attention du chirurgien. Mais il est une autre raison plus scientifique qui explique la rareté réelle et absolue de ce vice de conformation. Le travail formateur, embryogénique, dont nous avons décomposé les principaux phénomènes est continu dans sa marche, quelques-uns de ses actes sont simultanés. Si les progrès du développement dont le dernier terme est la disparition de la cloison qui sépare les utérus rudimentaires, cessent ou se ralentissent, tout porte à croire que la fusion extérieure des deux utérus (qui n'est pas encore achevée au moment où cette perturbation arrive) ne continuera pas à se faire. Le développement se ralentira ou cessera dans tout l'organe à la fois, produisant ainsi un utérus bicorne ou tout au moins cordiforme plutôt qu'un utérus globulaire. » M. Lefort rapporte deux cas appartenant à cette variété, l'un dû à Eisenmann et l'autre à Liepmann, ce dernier est relaté par Kusmaul. On en trouve un troisième exemple dû à Spaeth et rapporté par M. Courty dans son Traité des maladies de l'utérus.

L'utérus était, dans le cas que nous rapportons, si globuleux et tellement unique extérieurement que s'il avait présenté une légère torsion sur son axe, torsion amenant son bord gauche en avant comme cela a lieu habituellement, l'opérateur eût pu pénétrer dans l'utérus gauche non gravide. Ici, la section césarienne avait été faite tout près de la cloison de séparation.

Le col de l'utérus droit, bien que la femme fût à terme, avait conservé toute sa longueur, sa cavité mesurait 5 centimètres. Il n'est donc pas possible, comme l'a démontré M. Stoltz en 1826, de faire dans les derniers mois le diagnostic de l'âge de la grossesse d'après la longueur du col. C'est un fait à ajouter à ceux qu'ont rapportés Matthews Duncan (d'Edimbourg) et d'autres auteurs.

Le second utérus, l'utérus gauche non gravide, avait suivi son congénère dans son développement; il était considérablement hypertrophié. Son col était, de plus, tout-à-fait oblitéré par un épais bouchon gélatineux qui faisait saillie à l'orifice externe et s'étendait jusque dans la cavité du corps. S'il était possible de savoir à quelle époque de la grossesse existe ce bouchon gélatineux, cela pourrait être d'une certaine importance dans l'étude de cette question si discutée et si discutable de la superfœtation.

Enfin la muqueuse de l'utérus non gravide était considérablement hypertrophiée : il y avait là une véritable caduque A l'examen histologique, fait par M. de Sinéty, on constata une hypertrophie considérable des glandes, et vers la partie de la muqueuse la plus superficielle, la plus interne, par conséquent, l'existence de grosses cellules qu'on trouve habituellement dans la caduque.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Réformes à apporter dans l'enseignement pratique de l'anatomie.

Parmi les réformes qu'un prochain ministère, mû et soutenu par l'opinion publique, imposera à notre Faculté, si elle continue à ne pas pouvoir se réformer elle-même, la plus importante est peut-être celle qui doit créer plutôt que refaire l'enseignement pratique de l'*anatomie*.

J'ai enseigné 10 ans la dissection et la médecine opératoire : 3 ans à Clamart et 7 ans à l'Ecole pratique. C'est pourquoi et par devoir, je vais m'occuper de cette question, exposant d'abord le mal, indiquant ensuite le remède.

I.

Le mal c'est l'état actuel : Le débutant ignore s'il doit disséquer, les locaux sont insuffisants, les sujets manquent, la direction scientifique fait défaut. Le professeur Hardy l'a indiqué dans sa brochure.

§ 1. — *Une des misères des étudiants de Paris, c'est d'être abandonnés à eux-mêmes, sans conseils, sans direction.*

Chaque année, de jeunes débutants viennent, en janvier ou en février, solliciter une place dans un pavillon. Il m'est arrivé souvent de leur demander pourquoi ils venaient si tard. A cela, quelques-uns ont répondu : j'étais malade; mais le plus grand nombre : je ne savais pas. Ils ne savaient pas qu'il fallait disséquer dès le premier jour de leurs études médicales. Personne ne le leur avait dit, personne non plus ne leur avait indiqué les livres à acheter, les cours à fréquenter : Abandon complet de la part de la

Faculté qui se borne à encaisser le montant des inscriptions.

Il en était ainsi lorsque je commençai mes études et j'ai été un des plus embarrassés, car j'avais pour correspondant un charcutier qui ne savait que se vanter d'être de la partie Le premier cours d'anatomie que j'entendis roula sans préambule sur le cerveau et la voûte à 3 ou 4 piliers. Le second, trop chargé de détails pour un commençant, se faisait dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, ignoble réduit dont on emporte la boue au fond de son pantalon et le blanc des murs au dos de son paletot. Je dus découvrir successivement la bibliothèque et le musée Orfila.

C'est au mois de janvier seulement que je pus disséquer, car le découragement et les fêtes du 1[er] jour de l'an avaient fait des vides dans les pavillons. Ne croyez pas pour cela mon évolution accomplie, il faudra qu'un devoir charitable m'appelle dans un hôpital, un jour d'entrée publique, pour que j'apprenne d'un vieillard aveugle qu'il entend de jeunes voix tous les matins dans la salle, et que je dois avoir le droit de venir suivre la visite comme mes camarades.

Et pour disséquer, où sera mon guide ? Je suis présenté au chef de pavillon qui me montre « ma jambe » et me renvoie au lendemain pour me mettre au courant. Le jour suivant, je reviens; le chef de pavillon est dans son cabinet, ce n'est pas moi qui oserai le déranger. J'attends donc devant ma jambe, c'était la gauche ; je la touche, elle me paraît bien froide ; j'attends encore, ne sachant comment faire.

L'étudiant placé en face de moi venait de découvrir les muscles extenseurs des orteils et péroniers : c'était son second cadavre, sur l'autre il avait disséqué le bras. Tenez, me dit-il, incisez en long et décollez la peau. Ce disant, sans quitter sa place, il avait fendu les téguments depuis le dedans du genou jusqu'à la malléole interne et s'étonnait de ne pas trouver de muscles comme de son côté. C'était le futur D[r] Rousset, un garçon hardi qui s'en alla droit au cabinet du prosecteur et sous prétexte d'anomalie, me l'amena incontinent. Le prosecteur me dit qu'il fallait chercher les muscles en dehors et non pas en dedans. Il donna quelques coups de scalpel et me mit dans le chemin. Ce prosecteur ne donnait pas son temps aux élèves. Il avait bien raison puisqu'ils ne le payaient pas. L'Etat lui jetait à 30 ans une miette, et son titre ne lui donnait que le droit de s'entendre dire par ses juges de l'école ou des hôpitaux : vous autres, prosecteurs, habitués à concourir, à enseigner l'anatomie, la médecine opératoire, nous avons le devoir d'être bien plus exigeants pour vos épreuves que pour celles de vos concurrents.

Que d'éditions mon histoire n'a-t-elle pas eues? Elle suffit à montrer les difficultés que rencontrent les débutants isolés pour faire le premier pas dans l'étude de l'anatomie.

§ 2. *Les salles de dissection actuelles*, insuffisantes en nombre, ont été bien améliorées sous le décanat de M. Wurtz ; elles sont peintes à l'huile depuis 3 ans. Nous avons connu les tables de fonte ou plutôt de rouille, avantageusement remplacées d'abord par des tables de zinc et ensuite par de magnifiques et excellentes tables d'ardoise qui n'ont qu'un défaut, c'est d'être beaucoup trop rapprochées les unes des autres. Les siéges, de simples tabourets en bois, sont en nombre tel qu'il y en a un pour deux élèves. Les billots ont la forme d'un sablier ; c'est la plus mauvaise de toutes.

L'eau chaude manque absolument et la froide même fait souvent défaut par suite d'un vice de distribution. Il est vrai qu'il y a un vestiaire avec lavabo à l'eau froide, c'est un progrès, mais d'une telle insuffisance, que je n'insiste pas.

Les pavillons sont aérés par la porte et les nombreuses fenêtres. Ils ont un cube d'air suffisant grâce à leur hauteur, mais leur mince toiture de zinc les protége mal contre le soleil et contre le froid. C'est un très-grave inconvénient. En hiver, les sujets gèlent pendant la nuit et ne dégèlent pas facilement dans le jour, car le chauffage qui devrait être fait en même temps que l'aération avec des flots d'air sec est confié à un unique poêle de fonte. J'ai pris chaque jour la température de mon pavillon pendant l'hiver 1874-75, elle n'a pas excédé $+8^{o}$ à 3 mètres du poêle, chaque fois que le thermomètre était descendu à 0° au-dehors pendant la nuit. Il est impossible de travailler dans des conditions pareilles. Aussi voit-on les rares élèves, assez zélés pour ne pas fuir, se rassembler autour du foyer pour y lire, fumer ou deviser joyeusement.

§ 3. *Nombre des cadavres distribués à chaque table.* Les élèves sont réunis en séries ou tables de cinq pris au hasard, novices ou expérimentés, bons ou mauvais. Chaque série dissèque un cadavre qui est généralement entier, mais qui n'est pas toujours utilisable. Les sujets défectueux, vieillards, femmes grasses, injections conservatrices mal faites, sont en majorité. Mais enfin, bons et médiocres, combien chaque série a-t-elle de sujets à sa disposition par hiver ? Elle en a.... c'est à ne pas le croire.... elle en a deux, à l'Ecole pratique. Ce qui fait quatre pour les deux années réglementaires de dissection. De sorte que 5 élèves ou plutôt 5 médecins auront travaillé sur 4 sujets quelconques, par exemple deux mâles et deux femelles, qui leur auront donné 8 membres, 4 cous, 4 dos, etc., 2 périnées de femme, 2 périnées d'homme, pour 5 !

En fait, tous les bons élèves arrivent, grâce au *désintéressement* des mauvais, à se procurer une fois ou l'autre, un cou, un périnée d'homme, etc. En fait aussi, la majorité des médecins n'a pas disséqué le cou, encore moins le périnée de l'homme et ce n'est pas une raison pour que cette majorité soit moins téméraire. Tout cela doit et peu changer, il n'y a qu'à vouloir. Mais, examinons l'origine, le nombre et la répartition générale des sujets livrés à la dissection.

Il y a actuellement à Paris deux écoles d'anatomie, *Clamart* qui est aux hôpitaux et l'*Ecole pratique* à la Faculté. Les cadavres non réclamés par la famille sont seuls disséqués. La moitié est envoyée à Clamart, l'autre à l'Ecole. Ce partage, fait par l'administration des hôpitaux, favorise considérablement les élèves qui fréquentent son amphithéâtre, malgré le surcroit de sujets que l'école reçoit du dépôt de mendicité de Saint-Denis.

Depuis le moment où l'on commence à conserver les sujets pour être disséqués, c'est-à-dire depuis le 1[er] octobre, jusqu'à la clôture des distributions vers le 15 mars, il arrive à l'Ecole pratique moins de 300 sujets entiers, et moins de 300 dont le crâne, le thorax et l'abdomen ont été ouverts à l'autopsie. Je ne parle pas des fœtus ni des sujets

varioleux, etc., désignés sous le nom de « cimetières, » c'est-à-dire bons à envoyer au cimetière tout de suite. Donc il arrive à l'Ecole pratique en chiffres forts 300 entiers et 300 ouverts par hiver. Des 300 entiers, quelques-uns, 50 ou 60 peut-être, sont donnés aux professeurs, à l'Ecole des Beaux-Arts, au chef des travaux anatomiques, aux sept prosecteurs. Plus de 600 élèves sont inscrits ou doivent l'être pour disséquer à l Ecole pratique. Donc, il nous reste 250 sujets à partager entre 600 élèves ce qui fait bien 2 sujets de qualité très-variable pour 5 élèves pendant les 5 mois d'hiver.

Et des 300 ouvertures, que fait-on? A l'Ecole de médecine on s'en sert pour les épreuves pratiques des premiers et deuxièmes examens de doctorat. Chaque examen est subi par 3 ou 4 élèves, c'est donc 3 ou 4 dissections à faire pour le premier, 3 ou 4 amputations et ligatures pour le second. Bref, il faut pour chaque examen une ouverture, c'est-à-dire en moyenne 9 par semaine. Cela fait 200 pour les 5 mois ou 22 semaines de dissection. Ajoutons à ce chiffre les cadavres destinés au cours de médecine opératoire, ceux qui servent à indemniser quelques séries dont les sujets entiers ne se sont pas conservés du tout, ceux enfin et en petit nombre qui sont abandonnés aux prosecteurs, et nous arrivons à notre total.

Ce qu'il faut conclure de tout ceci, c'est que les sujets de l'Ecole pratique sont d'une part distribués aux élèves à raison de 2 par série de cinq et d'autre part consommés par les examens.

Que se passe-t-il à Clamart? Cet amphithéâtre reçoit un peu moins de sujets que l'Ecole pratique depuis que l'ancien doyen M. Wurtz a obtenu les cadavres du dépôt de mendicité de Saint-Denis. Mais Clamart reçoit 300 élèves au lieu de 600 et n'a aucune servitude, surtout pas d'examens à servir. Il y a donc une fois plus de sujets et une fois moins d'élèves. C'est l'abondance. Un prosecteur de Clamart peut facilement entretenir 20 élèves particuliers. A l'Ecole pratique, depuis 8 ans, jamais il n'a été donné aux prosecteurs 1 sujet par mois. Ils en ont eu ordinairement 3 par hiver avec quelques débris non embaumés, des restes d'examen. S'ils retiennent quelques élèves particuliers et il en faut 10 pour gagner 2000 fr., c'est à force de leçons et de démonstrations orales.

En été, bien qu'il arrive moins de sujets qu'en hiver, la médecine opératoire et les examens n'arrivent pas à tout consommer. Dans la saison chaude, presque tous les cadavres ouverts pourrissent faute de moyens de conservation et sont envoyés au cimetière sans avoir été sérieusement utilisés.

§ 4. *Direction et enseignement donnés aux élèves dans les salles de dissection*. Les élèves sont rassemblés au hasard pour former les séries. Quelquefois 5 élèves de première année se trouvent ensemble et quelquefois 5 qui sont à la veille de leurs examens de doctorat. Les premiers sont fort embarrassés. les autres tiennent peu aux conseils et aux avis qu'on leur offre.

A l'Ecole pratique, un prosecteur a 60 élèves au moins et 90 au plus à diriger. Je me suis trouvé, il y a deux ans, dans la situation suivante : la rentrée avait été retardée par les réparations commencées au dernier moment ; 18 sujets étaient placés sur table dans le pavillon I, 90 élèves y entrèrent tout-à-coup. La moitié voulut bien m'écouter et modérer son ardeur mais les plus impatients, véritables corbeaux, firent un carnage étonnant en quelques heures. Le soir à 4 heures, le pavillon était jonché de débris ; des ventres étaient vidés, des cous disséqués jusqu'aux vertèbres etc. Cette année, les choses ont pu mieux se passer. Sur l'ordre de M. Sée, tous les pavillons ont été ouverts simultanément et complétés petit à petit à mesure de l'arrivée des cadavres, c'est-à-dire dans l'espace de 2 mois à peu près. Dans ces conditions, un prosecteur peut diriger 1 pavillon, même de 90 élèves, s'ils ont tous déjà disséqué. S'ils sont tout-à-fait novices, c'est impossible. Les débutants ont besoin *de voir faire* et plusieurs fois. Disséquer mal c'est s'exercer à la maladresse, à la malpropreté ; c'est se préparer à l'incapacité chirurgicale la plus absolue.

Le prosecteur n'a aucun serviteur à sa disposition : le feu s'éteint, les seaux à débris débordent et se vident par regorgement, etc. Mais ce qui est plus grave, *le prosecteur n'a pas pour 1 franc de matériel d'enseignement*.

S'il fait un cours, il le fait dans le pavillon, les pieds dans le ruisseau : il n'y a plus d'amphithéâtre, pas la moindre tribune qui lui permette de montrer un objet quelconque à plus de deux rangées d'auditeurs. Ceux-ci ne peuvent que s'entasser debout entre les tables, se masquant les uns les autres. Le prosecteur dispose d'un tableau noir, mais il doit acheter à ses frais la craie et les crayons indispensables pour figurer les artères et les veines. Cette année, l'Administration de la Faculté a refusé de dépenser plus de 2 fr. pour fournir de la craie de couleur à l'Ecole pratique, où 6 cours ont été faits embrassant toute l'anatomie. J'ai honte, en pensant qu'un étranger lira peut-être ces lignes ; il faut pourtant les écrire. Il n'y a dans les pavillons d'autres scies, marteaux, rachitomes, etc., que ceux que les prosecteurs paient de leurs deniers ou empruntent à l'inépuisable complaisance de Charrière (1).

Bien entendu, il n'y a ni livres, ni atlas, ni préparations d'aucune sorte, c'est le dénûment absolu. Cependant, dans un pavillon, 60 ou 90 élèves devraient étudier l'anatomie, la grosse anatomie, il est vrai, mais la plus utile au praticien, si je n'ai pas perdu tout à fait le sens commun.

A côté, les nouveaux laboratoires, avec leur personnel choisi, reçoivent plusieurs mille francs par an pour leurs instruments, leurs livres, leurs animaux, etc. Ces laboratoires que telle cité allemande de 10,000 habitants trouverait insuffisants, servent à la science, permettent à ceux qui les dirigent de faire des travaux qui les honorent, ils sont donc utiles ; mais on y voit seulement quelques élèves d'élite qui y travaillent quelques heures pendant quelques semaines. Je veux qu'ils soient encore mieux dotés qu'ils ne le sont. Mais je dis que l'administration s'est montrée impuissante ou injuste à l'égard des besoins de l'enseignement de l'anatomie, lorsqu'elle a créé les nouveaux laboratoires, car elle a négligé tout à fait les pavillons de dissection qui manquent de tout et où pourtant se fait l'enseignement le plus important de l'Ecole pratique. Elle semble avoir oublié que la Faculté était chargée, avant tout, de préparer à la France des *praticiens* capables de ralentir et non de précipiter sa dépopulation relative.

(1) Ceci n'est plus vrai depuis le jour où j'ai corrigé les épreuves de cet article, puisque le chef des travaux anatomiques a pu enfin obtenir pour chaque pavillon une scie et un marteau.

Autre point de vue : Quand même le chef de pavillon aurait à sa disposition un matériel suffisant, je crois que dans l'état actuel, il n'arriverait à rien, et ce pour deux raisons : il manque de zèle et d'autorité ; de zèle, parce qu'il n'a aucun intérêt à en montrer, au contraire. Il est trop peu payé pour négliger les leçons particulières qu'il donne dans son cabinet. S'il s'occupe des élèves du pavillon, il perd ses élèves payants, et ennuie quelquefois les autres. L'étudiant qui a donné 20 fr, à l'Ecole pour acheter des cadavres, n'entend pas qu'un homme qu'il ne paie pas, vienne le régenter. A des conseils gratuits et désintéressés, il répond : cela me regarde, je ne vous demande rien... J'ai entendu pire et me suis dit : c'est bien fait, de quoi te mêlais-tu ? Le chef de pavillon manque d'autorité, parce qu'il manque de zèle, parce que les élèves ne le paient pas directement, parce qu'ils le savent absolument désarmé contre leur paresse ou leurs abus.

Le prosecteur sensé passe dans son pavillon pour entrer dans son cabinet et pour en sortir quand il s'en va. Il répond aux questions qu'on vient lui faire, rend les services qu'on lui demande de temps en temps et fait les leçons réglementaires. Qui donc oserait exiger davantage ? Les prosecteurs sont forcés de concourir 2, 3, 4 ou 5 fois pour arriver au premier rang ; ils ont trente ans et plus, pas de clientèle, pas de cumul. Peuvent-ils vivre avec les 1,600 fr. tout compris, qu'ils reçoivent de l'Etat.

Il n'y a pas de milieu, il faut les payer beaucoup mieux ou consentir à les voir consacrer aujourd'hui, comme il y a dix ans, la majeure partie de leur temps à des élèves particuliers.

Un tel état de choses est tout le contraire de l'idéal : locaux mal appropriés, pénurie de sujets, néant du matériel, insuffisance de la direction et de l'enseignement, et, comme conséquence nécessaire, cette incontestable vérité : la majorité des élèves ne dissèque pas, la minorité dissèque mal.

Je supplie mes maîtres et mes supérieurs de prendre en considération ce que j'écris ici. Je les sais convaincus comme moi de l'étendue du mal auquel il s'agit de porter remède ; je leur demande de peser les réformes que je vais indiquer et de les appuyer, ou bien d'en proposer d'autres plus sûres et plus faciles.

(*A suivre.*) L. H. F.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 février 1876. — PRÉSIDENCE DE M. PARROT.

M. JOUSSET de Bellesme présente à la société un produit toxique nouveau extrait du *Pyrethrum carneum* et auquel cette plante doit ses propriétés insecticides. C'est à tort qu'on a regardé jusqu'ici la poudre de Pyrèthre comme agissant sur les insectes seulement par un procédé mécanique d'obturation des stigmates et qu'on l'a assimilée ainsi à toutes les matières pulvérulentes inertes. M. Jousset met sous les yeux de la société des blattes placées depuis dix heures, dans différentes poudres inertes, poudre de feuilles sèches, de bois, etc., et fait remarquer qu'elles ne présentent aucun phénomène morbide. Il en présente comparativement d'autres, placées depuis une heure dans la poudre de Pyrèthre et qui sont déjà presque mortes en offrant des phénomènes convulsifs très-nets. Or, si on a traité préalablement cette dernière poudre par l'alcool, elle perd ses propriétés insecticides, tandis que l'alcool devient toxique. Il combat ensuite l'opinion par laquelle cette propriété serait due aux huiles essentielles que renferme la plante, en rapportant des expériences directes qui démontrent leur innocuité sur les insectes, et fait ressortir que la substance cristallisée qu'il présente à la société, jouit à un haut degré des propriétés particulières de la poudre. Ce corps paraît devoir être rangé parmi les alcaloïdes et M. Jousset se réserve d'en donner prochainement la composition atomique et les propriétés chimiques.

Séance du 26 février 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

M. HAYEM présente quelques observations sur la question des atrophies musculaires spinales, soulevée par MM. Renaut et Deborde. Les lésions musculaires varient suivant l'affection médullaire qui les a produites. Ainsi c'est dans l'atrophie musculaire protopathique que les lésions sont le plus simples, le plus éloignées des lésions irritatives ; elles sont analogues à celles qu'on observe à la suite de sections nerveuses : mais, tandis que dans ce dernier cas, un grand nombre de fibres est atteint à la fois, dans l'atrophie progressive protopathique, au contraire, la lésion ne frappe que peu de fibrilles : d'où sans doute la conservation pendant longtemps de la contractilité volontaire et électrique. — Dans les affections médullaires aiguës, les lésions musculaires se rapprochent de celles de la myosite. La question des atrophies musculaires est donc, au point de vue histologique, plus complexe qu'on ne le croit généralement.

M. LÉPINE communique le résultat de recherches cliniques qui viennent à l'appui des faits signalés par MM. Colrat et Couturier ; en administrant 400 gr. de glycose à deux individus, atteints de cirrhose hépatique, il a produit une glycosurie qui a persisté cinq et six jours. Dans les cas de cancer du foie, l'ingestion de la même quantité de glycose a été sans résultat. Il semblerait que la glycosurie ne se produit que quand le foie est profondément altéré dans toute son étendue.

M. LÉPINE signale ensuite à l'examen des physiciens la production de chaleur qu'il a constatée au moment de la coagulation du sang. Elle lui paraît trop élevée pour pouvoir être attribuée entièrement au phénomène physique de la solidification.

M. DE SINETY étudie les causes de la rétraction du mamelon dans certaines tumeurs de la mamelle. Dans un cancer du sein, qui ne s'étendait pas jusqu'au mamelon, il a constaté la disparition presque complète des fibres musculaires circulaires avec l'intégrité des fibres longitudinales. Il est donc permis de croire que c'est l'action non contrebalancée de ces dernières qui produit la rétraction du mamelon.

M. FÉRÉ montre un malade qui, il y a 5 ans, est tombé sur la tête d'un deuxième étage ; le choc a porté sur le pariétal droit. Après être resté pendant 12 h. environ sans connaissance, avec un tic non douloureux de la face du côté gauche. Les mouvements convulsifs, qui persistent, prédominent dans l'orbiculaire des paupières et les muscles zygomatiques. La motilité et la sensibilité sont intactes dans les membres. — Le crâne de cet individu présente encore la trace de sa chute : il existe une dépression de 2 centimètres carrés sur la partie postérieure du pariétal droit, sur une ligne horizontale passant par le sommet de l'occipital et le diamètre frontal transverse minimum et environ un centimètre en arrière d'une ligne verticale passant sur la limite postérieure de l'apophyse mastoïde. En comparant la tête du malade avec les crânes présentés à la Société, sur lesquels sont dessinées les circonvolutions, dont les rapports ont été déterminés par le procédé des chevilles, on peut voir que le siége de la lésion correspond à la partie postérieure du pli courbe. Ce rapport déduit théoriquement a été vérifié en enfonçant des chevilles sur des cadavres dans le point désigné. Les recherches de Ferrier indiquent précisément le pli courbe comme le centre moteur des muscles de l'œil ; cette observation tend donc à confirmer les résultats expérimentaux du physiologiste anglais.

M. LEVEN étudie l'action de l'acide chlorhydrique dans le vide au point de vue de la solubilité de l'albumine. C'est à 40° qu'est le maximum de solubilité de l'albumine. Celle-ci est quatre fois plus soluble dans le vide qu'à l'air libre. Etudiant ensuite la question du bouillon, M. LEVEN établit que l'eau se charge à 100° de la plus grande quantité de principes nu-

tritifs. Il s'élève contre l'emploi des potages chez les dyspeptiques au commencement des repas : car la viande ingérée ensuite n'arrive plus au contact de la muqueuse stomacale : d'où des lenteurs dans la digestion. Mieux vaut, suivant le conseil de Schiff, prendre le potage deux heures avant le repas : il est alors rapidement absorbé et prépare, pour ainsi dire, l'estomac à la digestion du repas qui doit suivre.

M. BADAL présente à la Société deux instruments destinés à la mesure des fonctions visuelles.

M. BERT soumet à la Société quelques considérations sur les mouvements des ailes des papillons de jour et de nuit.

M. LANDOUZY, témoin, dans le cours de méningo-encéphalites tuberculeuses, de phénomènes convulsifs partiels, inexplicables par la théorie classique, qui voit dans les convulsions, le résultat d'excitations parties des méninges ou de l'encéphale, pour se réfléchir sur la moelle allongée ; ne comprenant pas comment, des excitations portées au bulbe y pouvaient commander, non des réactions diffuses et générales, mais des réactions partielles, M. L. Landouzy s'est demandé, si la théorie des centres fonctionnels corticaux ne pourrait pas donner raison des troubles moteurs limités à une moitié du corps ou à un seul membre.

Partant des données expérimentales nouvelles, comme d'une hypothèse, il s'agissait de savoir ce que celle-ci vaudrait aux prises avec les faits pathologiques.

La clinique montre des convulsions cloniques ou toniques localisées, soit à une partie, soit à une moitié du corps : convulsions pouvant rester circonscrites ou devenir rapidement diffuses et générales. A ces convulsions succèdent fréquemment, in situ, des paralysies partielles revêtant une allure spéciale.

L'anatomie pathologique décèle, dans l'hémisphère cérébral opposé, des lésions superficielles, variables quant à leur nature, coustantes dans leur siége : ce siége répond aux régions dans lesquelles la physiologie expérimentale place les centres fonctionels corticaux.

La clinique apprend encore à reconnaître des dégénérations circonscrites : 1° envahissant les parties du corps autrefois siéges de troubles moteurs ; 2° coïncidant dans l'hémisphère opposé, avec des lésions destructives de ces mêmes régions lésées dans le cas de manifestations convulsives ou paralytiques partielles.

Telle est la réponse de la pathologie à l'hypothèse de l'excitation directe : cette réponse est fournie par l'analyse de plus de cent observations assez complètes pour qu'on puisse établir des localisations anatomo-pathologiques, sinon détaillées au moins régionales.

Ces observations ayant trait à des lésions diverses (méningites-tuberculeuses, encéphalites, ramollissements, hémorrhagies, contusions, fractures, abcès, tumeurs, ont toutes pour caractéristique de ne porter que sur l'écorce ou la substance blanche sous-jacente : ce sont les plus précises de ces observations qui ont été traduites en schémas présentés à la Société. Ces schémas sont assez nets pour permettre de deviner avec certitude les symptômes accusés pendant la vie, symptômes détaillés dans l'histoire clinique mise en regard.

Les localisations permises par l'analyse des faits ne sont, bien entendu, que régionales et ne permettent pas de retrouver, dans la zone atteinte, les centres fonctionnels annoncés par la physiologie : pourtant, la marche, la contemporanéité, le groupement presque obligés de certains troubles musculaires, permettent souvent de présager, par l'extension et l'allure des troubles moteurs, l'invasion de tel ou tel centre fonctionnel. C'est ainsi, que la coïncidence habituelle des accidents convulsifs ou paralytiques de la face et du bras, du bras et de la jambe, se trouve singulièrement d'accord avec la place marquée par la physiologie pour chacun des autres.

La fréquence de l'hémiplégie faciale dans les lésions corticales, a fait qu'elle accompagne presque fatalement la paralysie du bras ou l'aphasie, a fait qu'elle est presque toujours limitée au facial inférieur, voilà encore des points qu'avait fait pressentir l'expérimentation et qui autorisent, à penser que les physiologistes, en essayant le groupement des centres corticaux chez l'homme (Carville et Duret, Arch. de physiologie 1875, p. 475) ont singulièrement approché de la réalité.

Un dernier symptôme important relevé dans les observations, c'est la déviation de la tête et des yeux qui semble assez fréquemment échapper à la loi de MM. Vulpian et Prévost pour les lésions des ganglions. Dans les lésions corticales, cette déviation se fait, tantôt du même côté, tantôt du côté opposé à la lésion ce qui invite à donner du symptôme l'explication suivante : tantôt la déviation repondrait à l'excitation du centre fonctionnel du côté malade, tantôt à l'excitation du centre du côté sain, resté sans antagoniste par le fait des lésions de l'hémisphère opposé.

Chacun de ces différents points sera développé dans un travail ultérieur ; ce qu'il fallait aujourd'hui c'était établir l'accord de la pathologie et de la physiologie, accord déjà signalé par M. Charcot dans ses leçons inédites (juin 1875) sur les hémiplégies corticales.

M. CHARCOT fait remarquer que la communication de M. Landouzy vient à l'appui des idées qu'il professe.

M. CONTY présente à la Société un homme de 28 ans, convalescent de paralysie spinale aiguë. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 février. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. HARDY lit un rapport sur la malade que M. Desprès a présentée à l'Académie l'année dernière. Cette femme présentait à l'avant-bras et à la main des altérations de la peau caractérisées par une rougeur vive du derme, quelques ulcérations cutanées dont les unes étaient couvertes de bourgeons charnus et dont les autres avaient une teinte grisâtre, et surtout des pertes de substances complètes des parties molles aux trois derniers doigts de la main; l'auriculaire avait même été détruit en entier. Les doigts qui restaient très-amincis, offraient une teinte rouge vineuse; les os étaient à nu en différents points. La malade ressentait des douleurs très-vives quand ses plaies se trouvaient au contact de l'air. — Cette affection singulière avait débuté 7 à 8 ans auparavant par des ulcérations qui s'étaient bientôt guéries et dont les cicatrices persistent encore ; mais la gangrène des parties molles datait seulement d'un an. — La malade, à part quelques engorgements ganglionnaires apparus dans l'enfance, a toujours joui d'une excellente santé ; elle est mère de 4 enfants dont 3 encore vivants sont très bien portants. — Dès le commencement de son mal, elle a remarqué que les douleurs siégeant à la main et l'avant-bras, s'irradiaient vers la colonne vertébrale à la région cervicale. — La commission chargée d'examiner cette femme a, malgré l'engorgement ganglionnaire apparu dans l'enfance, refusé d'admettre que la lésion fut de nature scrofuleuse. Les ulcérations des doigts surtout sont de nature sphacélique et nullement de nature scrofuleuse. Elles ne sont pas non plus de nature lépreuse ; telle est, du moins, l'opinion de deux des membres de la commission. Pour M. Devergie, au contraire, ce serait une forme tuberculeuse de la lèpre. — Il y a lieu de croire que la lésion rentre dans la série des faits décrits par M. Raynaud sous le nom de gangrène symétrique des extrémités, laquelle a pour point de départ habituel un trouble dans la circulation cutanée. — Peut-être pourrait-on rattacher ce trouble circulatoire à une altération de la moelle épinière, qui se traduit en outre dans le cas actuel par des douleurs très-vives. — M. Hardy profite de l'occasion qui lui est offerte, pour mettre sous les yeux de l'Académie le moule en cire du bras d'une femme, actuellement en observation dans son service, qui est atteinte de sclérodermie. Les lésions que l'on y trouve ont quelque analogie avec celles que présentait la malade de M. Després.

M. J. GUÉRIN donne lecture d'un mémoire sur la myotomie oculaire par la méthode sous-conjonctivale.

La séance est levée à 4 heures 3/4. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances de novembre 1875. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT

Hémorrhagie pulmonaire chez une femme arrivée au terme de la grossesse. — Mort. — Opération Césarienne; par P. BUDIN, interne à la Maternité.

M. PINARD. Cette observation peut servir à démontrer la rétractilité de l'utérus, persistant dix et quinze minutes après la mort, fait que M. Bailly a semblé mettre en doute dans un article inséré il y a deux ans dans la *Gazette des Hôpitaux*. Je l'ai observé une fois dans les mêmes conditions que M. Budin.

M. GIRALDÈS. Il faut établir une distinction entre les utérus bicornes et ceux dont la cavité est divisée en deux cavités secondaires par une cloison qui s'étend du fond de l'utérus à la vulve ; dans ce dernier cas, la conformation extérieure est normale. Les exemples de ce genre sont rares. Le musée de l'ancienne Faculté de Strasbourg en possédait un (celui d'Eisenmann). On en trouve un dans les *Guy's Hospital Reports* (1849). Les utérus bicornes sont plus fréquents ; j'en ai observé un que j'ai présenté à la Société en 1830.

27. Adénome du testicule; par M. G. MARCHANT, interne des hôpitaux[1].

Dupuy-Louis, 58 ans, cocher, entré le 1er août 1875, à Cochin,

[1] Cette tumeur a aussi été présentée à la *Société de Chirurgie*, par M. Desprès.

service de M. Després. Pas de maladies antérieures: pas de syphilis; père mort d'accident; mère, frère et sœurs bien portants.

Il y a six ans, le malade s'est aperçu d'une petite grosseur, comme une noisette, dure, mamelonnée, bosselée, non douloureuse, siégeant dans le testicule gauche. Le malade ne s'en préoccupa nullement. Puis cette tumeur a augmenté progressivement « comme le fruit appendu à l'arbre » dit le malade. Cependant depuis deux ans, elle a atteint un volume plus considérable, et sa croissance a été exagérée dans cette période. Le malade n'a pas maigri, n'a pas changé de teint: il offre cependant un facies subictérique qui lui serait habituel. Cette tumeur ne le gêne que par son volume, et les tiraillements qu'elle exerce sur l'abdomen.

Au moment de l'entrée du malade à Cochin, le testicule a le volume d'un gros œuf d'autruche (0,50 cent. de circonférence sur 0,25 cent. de longueur). Elle est pesante, dure, inégale et bosselée. La peau du scrotum qui la recouvre est saine, et ne lui adhère pas: elle glisse facilement sur elle.

La tumeur présente trois bosselures, deux sur la ligne médiane, une troisième à droite du malade. A la partie supérieure, se trouve une couche de liquide qu'on déplace avant d'arriver sur le corps de la tumeur: on peut renvoyer cette couche de liquide du côté opposé. A ce niveau et à la partie supérieure droite, on trouve une petite grosseur (petite fève), douloureuse, ayant une sensibilité spéciale, qu'on reconnaît être le testicule droit: il est atrophié. La verge est cachée par le développement excessif de cette tumeur, qui l'a pour ainsi dire englobée d'arrière en avant, mais le malade n'est cependant pas gêné pour la miction: quant aux rapports sexuels, ils sont impossibles. A droite, hernie volumineuse inguino-scrotale.

Se fondant sur les caractères énoncés plus haut, sur la marche lente de la tumeur, sur l'absence d'engorgement ganglionnaire et de retentissement sur l'organisme, M. Després diagnostique une tumeur adénoïde du testicule, qui selon toute probabilité ne récidivera pas après l'ablation.

C'est le 11 *août* que l'ablation de cette tumeur est pratiquée. L'opération est exécutée suivant les règles ordinaires, sans ligature en masse du cordon. — La tunique vaginale contenait cinq cents grammes environ d'un liquide louche; et la tumeur pesait 3,400 grammes. — Une incision de la tumeur donne issue à de la matière cérébriforme contenue dans quelques unes des loges cloisonnées qui la constituent.

Le pansement employé fut un pansement avec de la charpie trempée dans de l'alcool camphré: le malade sortit guéri de l'hôpital le 23 *septembre*, sans que sa guérison et la cicatrisation de la plaie eussent été entravées par aucun accident.

Voici *l'examen histologique* de la tumeur pratiquée par M. Després, après un séjour de plusieurs jours de la tumeur dans l'alcool.

Tumeur formée par des loges séparées les unes des autres par des cloisons fibreuses. Ces loges renferment des masses fongueuses constituées par des filaments ramifiés, infiltrés de sérosité et baignant dans la sérosité. Ces masses sont analogues à celles que l'on rencontre dans les kystes multiloculaires de l'ovaire: il y a par places des noyaux de matière phymatoïde, qui sont aujourd'hui considérés comme des épanchements de sang transformés. — Les cloisons fibreuses sont composées d'éléments fibreux, purs de tout mélange: il n'y a pas de cartilage.

Les franges synoviales sont composées d'éléments fibro-plastiques figurés, et dans les parties ramollies, on trouve de grosses cellules semblables à celles des bourgeons charnus des plaies, avec un noyau opaque, et des granulations graisseuses en très-grande abondance.

Méningite partielle suppurée, survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde; par M. G. Maunoury, interne des hôpitaux.

Guyet Constant, 27 ans, garçon de magasin, est entré le 24 septembre 1875 à l'hôpital Beaujon, salle François n° 14, dans le service de M. Moutard-Martin.

Cet homme est à Paris depuis 4 ans. Il était bien portant il y a 15 jours, lorsque, ayant été faire une course il eut froid, et à la suite il éprouva de la courbature et de la céphalalgie qui ont été en augmentant depuis, sans s'accompagner ni d'épistaxis, ni d'angine ni de vomissements.

Lors de l'entrée, le malade a l'aspect d'un individu atteint de fièvre typhoïde: céphalalgie, langue blanche, inappétence, soif vive; le ventre est indolent, non ballonné, mais présente quelques taches rosées lenticulaires; il y a un peu de constipation. Râles sibilants disséminés dans les deux poumons. Pouls régulier, fréquent; température élevée. — On porte le diagnostic *fièvre typhoïde* et l'on ordonne des lotions froides.

Les jours suivants, la maladie suit une marche très-régulière; le malade a de l'insomnie, la langue est sèche, le ventre devient ballonné, la diarrhée paraît, le tracé thermométrique est le tracé habituel de la fièvre typhoïde.

Le 2 et le 3 *octobre*, hémorrhagie intestinale extrêmement abondante; pendant ces deux jours les selles sont entièrement formées de sang; il survient alors une légère chute de la température, mais dès le lendemain la température remonte à 40°, 5. et elle se maintient à peu près à ce niveau pendant 5 à 6 jours; en même temps l'état général s'aggrave beaucoup, le malade est dans un état de stupeur profonde avec léger subdélirium continu, soubresauts des tendons, pouls irrégulier; figure pâle et fatiguée avec pommettes rouges; diarrhée abondante; râles nombreux dans le poumon droit avec crachats visqueux.

Bientôt la température devient extrêmement irrégulière, tantôt s'élève ou s'abaisse sans qu'il y ait aucune modification dans l'état général. Enfin, le 23 *octobre*, le pouls devient si petit et si irrégulier qu'il est impossible de le compter; on n'entend aucun bruit anormal à l'auscultation du cœur.

Le 25 *octobre*, le malade est pris d'une attaque épileptiforme avec écume à la bouche, et il meurt immédiatement après cette attaque qui a duré environ une minute.

Autopsie. *Encéphale*. En ouvrant l'arachnoïde, il s'écoule une quantité à peu près insignifiante de liquide séreux. Il existe à la partie antérieure de la face convexe de l'hémisphère gauche, une plaque ovalaire large à peu près comme la paume de la main, de coloration jaune verdâtre, à bords bien limités faisant une saillie très-nette, à surface lisse recouverte par le feuillet de l'arachnoïde. Quand on essaie d'enlever cette plaque, on voit qu'elle n'adhère que très peu au cerveau dont la surface est parfaitement saine, du moins à l'œil nu; et on reconnaît que cette plaque est formée par une substance verdâtre, molle, friable, qui n'est évidemment autre chose que du pus concret infiltré dans les mailles du tissu sous-arachnoïdien; cette plaque a une épaisseur de 3 à 4 millimètres.

En face de cette lésion, sur la portion correspondante de la dure-mère, existe une rougeur anormale avec mince pseudo-membrane.

Partout ailleurs, les méninges sont parfaitement saines; on ne voit nulle part trace d'épaississement ni de tubercules; les méninges de la base sont examinées avec soin et on n'y voit absolument rien d'anormal.

Le cerveau est également sain, de consistance et de couleur normales; les ventricules ne renferment pas de sérosité. Cependant immédiatement au-dessous d'une des circonvolutions supérieures du lobe frontal du côté droit, il existe une petite tumeur grosse comme un pois, arrondie, dure, blanche, entourée d'une petite zone demi-transparente, et qui est évidemment un tubercule crétacé du cerveau.

Intestin. Dans le dernier mètre de l'intestin grêle, il existe une quinzaine d'ulcérations à différentes périodes de cicatrisation; les unes à bourrelet circulaire blanchâtre surplombant le fond rose et lisse de l'ulcération, d'autres a bords affaissés se continuant avec le fond ardoisé de l'ulcération; sur la valvule iléo-cœcale, on voit plusieurs ulcérations confluentes. *Ganglions* mésentériques de volume à peu près normal.

Les deux *poumons* sont légèrement congestionnés, le droit un peu plus que le gauche; des morceaux de tissu pulmonaire pris dans les points suspects surnagent tous.

Cœur normal, à tissu rouge et ferme. *Rate* de volume normal. *Reins* congestionnés. Les *muscles* grands droits de l'abdomen ont conservé leur aspect et leur consistance normale et ne semblent nullement altérés.

M. Hayem. Dans la plupart des maladies aiguës infectieuses, on peut rencontrer une inflammation des couches corticales de l'encéphale; le cas n'est cependant pas très-commun.

M. Troisier. Je me rappelle avoir vu un malade qui eut à la suite d'une fièvre typhoïde, non seulement une plaque purulente limitée, mais une méningite étendue aux enveloppes de l'encéphale et de la moelle.

M. Pitres. J'ai observé récemment une femme, qui le lendemain de son accouchement, fut prise de phénomènes cérébraux ressemblant à l'éclampsie : il n'y avait pas d'albumine dans l'urine. A l'autopsie, on trouva une nappe de pus étendue sur toute la longueur de l'axe nerveux encéphalo-rachidien.

29. Maladie d'Addison ; par M. F. Dreyfous, interne des hôpitaux.

Dumont, âgé de 46 ans, charron, entré le 20 septembre 1875, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Martine, n° 21 service de M. Frémy).

D. est un homme d'une bonne constitution, n'ayant jamais eu aucun accident de syphilis ni d'herpétisme ; il a éprouvé dans sa jeunesse quelques douleurs articulaires; pas de toux habituelle. Père mort à 73 ans, mère morte de suites de couche. frère et sœurs bien portants.

Lui-même n'a eu d'autres maladies qu'une pneumonie à 19 ans et une pleurésie à 25. Pas d'excès alcooliques : l'été dernier seulement, il a bû 2 ou 3 litres de vin par jour et avait perdu l'appétit. Depuis quelques années, le malade avait parfois ressenti des douleurs de reins.

Mais c'est au mois de *juillet* 1875 qu'il offrit les premiers symptômes alarmants : impossibilité de manger, sans dégoût véritable ; faiblesse survenue rapidement au point de le forcer à quitter son travail et à prendre le lit ; puis, « jaunisse » et coliques intestinales. Au début la peau n'était pas encore colorée, et c'est tout au plus si la peau de la face était brûlée comme « par un coup de soleil. » Le médecin qui le soignait le traitait alors pour une entéralgie.

Après un séjour d'un mois à l'hospice de Saint-Denis, il sortit et chercha à se remettre au travail. Cependant la coloration de la peau s'accusait de plus en plus ; la faiblesse fut bientôt telle que, devenu incapable de faire un pas, il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Le 20 *septembre*, au moment de l'entrée, amaigrissement ; teint brun ; cheveux et moustache noirs (ils l'ont toujours été).

La peau de tout le corps est le siége d'une pigmentation qui offre quelques particularités, comme nuance et comme disposition, à la face, aux troncs, aux membres.

D'une façon générale, *la face* est celle d'un mulâtre. En y regardant de près, on voit très-nettement sur le pavillon de l'oreille, par exemple, et dans les points voisins, de petites taches d'un jaune foncé qui se rencontrent et se confondent, ou qui restent isolées et entourées de peau saine ou moins altérée, dont la nuance plus pâle permet de bien apprécier la marche de la pigmentation. De plus sur les joues, çà et là se trouvent disséminés quelques points noirs et non plus bruns, gros comme un grain de millet ou un pois. ressemblant à des taches de lentigo ou aux macules que laissent de petits nævi, mais noirs comme du jais.

Tronc : Coloration moins marquée que celle de la face, sauf en un point de la paroi abdominale antérieure où se voit une large plaque bronzée ; cette plaque répond à une ancienne application de teinture d'iode qui a laissé après elle cette modification de la peau. La teinte bronzée n'est pas plus marquée sur la ligne médiane que sur les côtés.

Le *scrotum* est presque celui d'un nègre ; mais c'est surtout le raphé médian qui est véritablement noir, ainsi que les plis horizontaux et parallèles, plus foncés aussi que les points intermédiaires. Cette pigmentation du scrotum est bien supérieure en couleur a celle de la face, et tranche nettement entre les cuisses dont la coloration est peu modifiée.

Membres : Sur les membres supérieurs, la peau est bien plus foncée que sur les membres inférieurs. Sur les uns comme sur les autres, la coloration est plus marquée du côté de l'extension que du côté de la flexion ; c'est surtout à la main que la différence est frappante ; le dos de la main est foncé, la paume et la face palmaire des doigts sont blanches. Pas d'altération des ongles.

Muqueuses : La muqueuse de la bouche est foncée ; mais cette coloration paraît encore plus marquée près de la commissure des lèvres à droite et à gauche, à la rencontre des dents des mâchoires supérieure et inférieure, où se voient des plaques noires presques ecchymotiques, plus étendues en longueur qu'en hauteur, à limites mal déterminées mais bien appréciables.

Le malade peut encore se lever ; intelligence intacte.

Douleurs vagues dans l'abdomen, entéralgie. A la pression douleur de chaque côté par la palpation abdominale, au niveau de l'extrémité supérieure des reins. Constipation fréquente. Pas d'appétit. Grande faiblesse complétement inexplicable. L'examen du cœur, des poumons, du foie, ne permet d'affirmer aucune altération de ces viscères. Un léger nuage d'albumine dans les urines. *Traitement* : Vin de quinquina, iodure de potassium.

20 *octobre*. Vomissements de matières bilieuses.

21 *octobre*. Les vomissements persistent et s'accompagnent de douleurs épigastriques, d'entéralgie ; céphalée ; douleurs dans les jambes ; constipation. Cœur et poumons : rien d'appréciable.

Facies exprimant la souffrance ; l'habitus du malade indique un état grave ; yeux caves, aspect presque cholériforme.

Traitement : Vésicatoire à l'épigastre, puis poudre de morphine.

Dans l'après-midi pour la première fois, attaque convulsive : convulsions des membres, agitation extrême au point qu'on a dû lui mettre la camisole, délire, exacerbation des douleurs 2 pilules de cynoglosse sont données à ce moment.

Nous le voyons trois heures environ après l'attaque : il est affaissé, dans un état qui est de la stupeur mais qui n'est pas encore le coma ; il est calme, abattu, triste.

22 *octobre*. Vomissements bilieux persistants ; délire calme ; il divague, prononce quelques paroles incohérentes, et surtout il est plongé dans le plus profond abattement. C'est à peine s'il peut parler, tant il est devenu incapable du moindre effort ; ses paroles sont prononcées à voix basse et avec lenteur Il se plaint toujours de coliques ; le pouls est insensible : il fuit sous le doigt, 92 pulsations. T. A. 37°,9. — *Soir*. Même état. T. A. 38°,4.

23 *octobre*. Même état ; abrutissement de plus en plus marqué ; facies exprimant l'hébétude et la lassitude ; traits déviés au point de simuler presque une hémiplégie faciale. Il se plaint toujours du ventre et de la tête. (La plaie du vésicatoire est rouge empâtée, entourée d'un contour noirâtre). Il meurt le 23 *octobre*.

Autopsie faite le 25 *octobre*.

Peau : La pigmentation persiste telle qu'elle a été décrite.

Tissu cellulaire : Celui de la paroi abdominale antérieure offre en plusieurs points de petits grains noirs.

Muscles : Légère pigmentation d'un des grands droits de l'abdomen.

Muqueuses : La muqueuse buccale offre la coloration sus-indiquée ; celle des bronches n'est pas modifiée. Coloration de la muqueuse intestinale conservée : il y a seulement saillie des follicules clos du gros intestin, saillie et coloration blanche de deux plaques agminées.

Ganglions : Ceux du mésentère sont gros. noirs ; ceux des bronches aussi.

Rate : Volume normal.

Séreuses : Quelques dépôts de pigment, et, sous la plèvre notamment, de petites plaques noires.

Cœur affaissé, mou, sans consistance, pâle, feuille morte. Valvule mitrale épaissie.

Poumons : Adhérences pleurales ; à la surface des poumons, plaques d'aspect fibreux, congestion générale. Au sommet du poumon gauche, deux ou trois noyaux durs ; à la coupe, on voit qu'ils sont constitués par une coque calcaire, contenant au centre une masse blanchâtre caséeuse. Pas de granulations tuberculeuses visibles dans le reste des poumons.

Ganglions semi-lunaires : ils paraissent normaux comme volume.

Cerveau congestionné.

Adhérences du *foie* à la face antérieure et à la petite courbure de l'estomac. Entre le foie et l'estomac se trouvent deux masses

[illegible]res à la périphérie, blanches et ayant la consistance du mastic au centre. Sur le bord antérieur du foie, à droite, se voit une masse du volume d'une noisette, blanche, ayant aussi la consistance du mastic. En sectionnant cette masse, on voit qu'elle est en rapport direct avec la substance hépatique, et que au dessus d'elle il n'existe pas de capsule de Glisson. Cette masse paraît donc avoir pris naissance dans le foie lui-même. Le volume, la couleur, la consistance du foie n'offrent rien d'anormal. A la face inférieure du foie adhère la face [illegible]ure de la capsule surrénale droite, de sorte qu'on voit la capsule et le rein couchés sur cette face, contre laquelle ils sont étroitement maintenus.

Reins normaux.

Capsules surrénales: 1° La capsule gauche est augmentée de volume, et surtout plus épaisse, elle se présente sous forme d'une masse triangulaire, blanchâtre, caséense, difficile à disséquer à cause de son peu de cohésion. A la coupe: partie extérieure épaisse d'un millimètre, fibreuse; partie intérieure formée moitié de pus blanc, moitié de substance caséeuse.

2° *Capsule surrénale droite.* Elle adhère au foie au-dessous duquel elle bombe; et son enveloppe amincie se rompt [illegible] et laisse sortir un pus laiteux, liquide, abondant: c'est un véritable abcès froid. Le volume de la capsule droite est supérieur à celui de la gauche.

En faisant de cet organe une coupe antéro-postérieure qui intéresse en même temps la portion adhérente du foie, on constate qu'une portion de la substance hépatique voisine s'est transformée aussi en pus laiteux, semi-caséeux.

Réflexions. Cette observation est un type de la maladie bronzée telle qu'on peut encore aujourd'hui la concevoir. Elle nous montre bien cette coloration caractéristique de la peau avec coloration pseudo-ecchymotique de la face interne des lèvres, importante au point de vue diagnostique; et surtout cet état général grave qui n'est ni la cachexie, ni l'état typhoïde vrai, et qui plonge le patient dans un abattement, un affaissement de toutes les facultés physiques et morales. La marche si rapide du cas présent (quatre mois en tout) rendit encore plus frappant le tableau terminal de la maladie.

Au point de vue anatomique, on y voit une tendance générale des différents organes à la caséification: foyer caséeux dans le poumon, masses caséeuses développées aux dépens du foie, des ganglions; et surtout transformation caséeuse complète des capsules surénales.

M. Hayem. Il me paraît bien difficile que l'on puisse retrouver des tubercules dans cette masse caséeuse. D'ailleurs quelle que soit la forme de l'altération subie par la capsule surrénale, il suffit que l'organe soit détruit, pour que l'on observe les symptômes qui caractérisent la maladie d'Addison; les symptômes fondamentaux (cachexie avec mélanodermie) existent toujours; la diversité porte seulement sur les symptômes accessoires; il est vrai, que sous ce rapport, on peut observer toutes les variétés; mais je le répète, le fond reste le même dans tous les cas.

Végétations globuleuses du cœur; par M. F. Balzer, interne des hôpitaux.

[illegible]aise, 55 ans, entre le 2 août 1875, au n° 5 de la salle Saint-Jean dans le service de M. Audhoui, suppléant M. le professeur Axenfeld.

Cette femme très-obèse, a les yeux saillants, le facies rouge, [illegible]; sa respiration est parfois difficile; son pouls, assez fort, présente des irrégularités.

Le ventre est très-développé: à la palpation on sent une tumeur arrondie, remontant jusqu'à l'ombilic, dure, assez mobile, retombant toujours du côté où la malade se couche. Le ventre est peu sensible, l'exploration ne détermine pas de douleurs, mais cette tumeur gêne beaucoup la malade par son poids, par les tiraillements qu'elle détermine du côté des reins; les membres inférieurs sont infiltrés, la malade les meut avec peine. Elle est, du reste, à peu près impotente; elle perd ses urines et les matières fécales. Elle se laisse toujours glisser vers le pied de son lit, et on est à chaque instant obligé de la remonter.

L'intelligence est également très affaiblie; il est à peu près impossible d'obtenir d'elle aucun renseignement précis.

On ne trouve rien d'important à signaler à l'examen de la poitrine. La respiration est faible, mais s'entend dans toute l'étendue du thorax; par instants la malade est rouge, oppressée, elle se plaint d'étouffements.

La pointe du cœur est abaissée, sa matité plus étendue qu'à l'état normal. On entend à l'auscultation un bruit de souffle assez fort, au premier temps, ayant son maximum à la pointe.

L'appétit est normal, et les digestions se font assez régulièrement, bien que la malade soit légèrement oppressée après les repas.

La malade reste à peu près dans le même état pendant toute la durée du mois d'*août*. Seulement l'infiltration gagne peu à peu le tronc et les membres supérieurs; la face elle-même s'œdématie, quand la malade reste trop longtemps couchée sur le côté, au point que les paupières gonflées ne peuvent plus s'entrouvrir. Ces infiltrations diminuent promptement, quand on place la malade dans une meilleure position.

Pendant le mois d'*octobre*, on voit apparaître de temps en temps des hémoptysies. La malade crache le sang par petites quantités, pendant deux ou trois journées consécutives. Le sang est pur, rutilant, mêlé parfois à une expectoration aérée. Rien à l'auscultation de la poitrine, sauf quelques râles disséminés; pas de matité. Ces hémoptysies cessent pendant quelques jours pour recommencer bientôt, avec les mêmes caractères.

A partir du 18 *octobre*, l'œdème des parties supérieures du corps devient persistant et augmente rapidement. Le pouls devient petit, la face se cyanose, la respiration s'embarrasse de plus en plus. Elle meurt le 23 *octobre*.

A l'Autopsie, on trouve d'abord un énorme *corps fibreux sous-péritonéal*, présentant à peu près le volume d'une tête d'adulte. Cette tumeur est arrondie, presque régulière, elle tient au bord supérieur et à la face postérieure de l'utérus. Elle est recouverte dans toute son étendue par le péritoine, et ne présente aucune adhérence sur la paroi abdominale et les organes voisins. On trouve encore, autour de l'*utérus* et dans les ligaments larges, trois autres corps fibreux du volume d'une petite noix; un autre, beaucoup plus petit est situé dans la paroi utérine; enfin deux autres font saillie dans la cavité du corps de l'utérus. Les parois de cet organe sont congestionnées, ramollies; sa cavité est irrégulière, par suite du développement des corps fibreux. Les ovaires sont sains.

Le *foie*, normal comme volume, est légèrement gras. Les *reins* sont sains, ainsi que la *rate* et les *intestins*.

Les *poumons* sont congestionnés à leur base: malgré les recherches les plus attentives, il est impossible d'y trouver aucun noyau d'apoplexie pulmonaire.

Le *cœur* est gros, flasque; ses parois sont imbibées de sang noir, les valvules aortiques sont un peu épaissies, mais suffisantes. La valvule mitrale est saine. On trouve couché sur la paroi du ventricule gauche un caillot ancien, très-adhérent, solide, d'une couleur rouge lie de vin. Un peu au-dessus de lui on en voit un second beaucoup plus petit. Tous deux sont très adhérents à la face interne du cœur; le plus grand est, en plusieurs points, traversé par les cordages tendineux, qui en certains points semblent se continuer directement avec le caillot. Il présente une longueur d'environ 6 centimètres, une largeur de 1 centimètre; son épaisseur est d'un centimètre dans le point qui proémine le plus.

On ne trouve dans le ventricule droit que des caillots *post mortem*; mais dans l'oreillette droite, on trouve quatre nouvelles productions polypeuses. L'une d'elles est considérable et présente à peu près le volume d'une petite noix; elle s'étale sur une assez large surface, en adhérant très-étroitement au tissu du cœur. De même que celle du cœur gauche, elle a une surface lisse, et semble se continuer directement avec l'endocarde. A la coupe, elle paraît ramollie, formée par plusieurs stratifications successives. Les trois autres végétations sont plus petites, et présentent tout-à-fait l'aspect de polypes arrondis lisses, très-étroitement unis au tissu du cœur.

La dissociation de ces polypes a montré qu'ils étaient entièrement composés de globules blancs. Ces globules, colorés avec le picro-carminate d'ammoniaque sont parfaitement reconnaissables en certains points: ailleurs ils se présentent à l'état de désintégration granulo-graisseuse.

L'*examen microscopique* a été fait dans le laboratoire de M. Charcot. Sur des coupes faites après durcissement dans l'alcool absolu, et colorées par le picro-carminate d'ammoniaque, on voit tout d'abord que les *fibres musculaires* sont saines dans la portion de la paroi du cœur sur laquelle sont implantées les végétations globuleuses. Au contraire, les muscles papillaires compris dans la coupe présentent des altérations assez avancées. L'un d'entre eux, surtout, est remplacé dans la moitié de son étendue par du tissu fibreux; dans l'autre moitié, les fibres musculaires sont encore reconnaissables, quoiqu'elles aient subi une atrophie très-notable. Les mêmes altérations, sclérose et atrophie, existent sur d'autres points, mais moins nettement accusées.

L'*endocarde* a subi un épaississement considérable, et ses lésions paraissent déjà anciennes. On voit sur sa coupe des faisceaux épais de tissu conjonctif avec des noyaux et des cellules fusiformes en assez grand nombre.

Les *végétations* sont presque entièrement formées de globules blancs, parfois isolés, parfois réunis en masses épaisses ou en travées qui paraissent comprimées et aplaties. Ces globules blancs entourent les muscles papillaires de tous les côtés, s'enfoncent dans les dépressions de la paroi du cœur, et viennent se mettre en contact avec l'endocarde. Ils sont ordinairement très-granuleux; on trouve au milieu d'eux des gouttelettes de graisse. Il existe aussi une notable quantité de fibrine, reconnaissable surtout dans les points où les globules blancs sont isolés; elle forme là autour d'eux un fin réticulum. Les globules rouges forment des amas isolés, nettement circonscrits, au milieu des globules blancs; sur d'autres points, ils sont mélangés en très-petit nombre à ceux-ci. Leur matière colorante a diffusé dans la masse des globules blancs, qui sont moins fortement attaqués par le carmin dans les points qui les avoisinent.

En résumé, on peut dire qu'il y a de la fibrine et des globules rouges dans ces végétations polypiformes; mais ce qui domine dans leur structure, ce sont les globules blancs qui s'y montrent dans des proportions énormes. Leur formation paraît avoir été précédée ou accompagnée par des lésions profondes dans l'endocarde, moins importantes dans le myocarde.

Néphrite parenchymateuse (gros rein blanc) chez un sujet scrofuleux, pris pour une dégénérescence amyloïde pendant la vie; par M. de Boyer, interne.

Le 23 août 1875, entrait chez M. Bouchut, une fille de 12 ans, dans un état d'anasarque prononcé; elle était atteinte depuis quatre ans d'une coxalgie de forme osseuse, incomplètement guérie par ankylose et dont le pus s'écoulait encore au dehors par quelques fistules de la cuisse droite. — En outre un érysipèle cachectique siégeait sur le membre inférieur gauche et avait causé une série d'abcès. L'œdème avait débuté par les jambes. L'œil était brightique, l'examen ophthalmoscopique révélait non pas une rétinite albuminurique mais bien des plaques d'atrophie choroïdienne; du reste quelques troubles amblyopiques avaient existé. — Œdème du poumon; œdème du tissu cellulaire. Le cœur présentait, outre un degré d'hypertrophie assez prononcé, un bruit de galop de la pointe, signe indiqué dans les maladies des reins par *Traube*, et plus récemment par MM. *Potain* et *Exchaquet*; c'était un souffle, ou du moins un bruit soufflant prolongé systolique suivi d'un dédoublement diastolique. La malade avait la diarrhée d'une façon continue. — *Examen des urines.* Elles sont d'une densité de 1008, peu abondantes, 5 à 700 gr. contiennent 6 gr. d'urée environ; elles sont remarquables, 1° par l'abondance et la persistance de l'albumine; 2° par un dépôt constitué par du sang, des globules blancs, des cylindres épithéliaux, quelques cylindres granulo-graisseux, enfin des cylindres vitreux, réfringents, ayant l'aspect de la matière amyloïde, se colorent en brun par la teinture d'iode. En présence de ces symptômes nous croyons à une néphrite chronique épithéliale, avec *très-probablement* quelques points de dégénérescence amyloïde, d'autant que le foie est augmenté de volume ainsi que la rate.

Après avoir été amélioré par le séjour à l'hôpital, l'enfant en sort et revient chez M. Archambault, salle Sainte-Geneviève n° 23; elle présente les mêmes signes que deux mois avant, en outre, il a eu quelques phénomènes urémiques, (céphalalgie, vomissements) — *les urines offrent les mêmes caractères*; Mort le 4 novembre 1875, après avoir eu une douleur pongitive à droite, sous le mamelon.

Autopsie. — M. Archambault ayant eu l'obligeance de nous laisser faire l'autopsie, nous constatons: une pleurésie récente à faible épanchement purulent. Le cœur augmenté de volume mais sans trace de péricardite ou d'endocardite: quelques caillots préagoniques — Le foie et la rate sont gras, mais sans présenter les réactions de la substance amyloïde. Les reins augmentés de volume présentent 310 grammes ensemble. La capsule s'en détache aisément sans laisser voir de kystes ou de granulations brightiques; la substance corticale épaissie de volume également, étrangle les pyramides: nulle part, même en les points les plus lardacés, on ne trouve les réactions de la matière amyloïde; c'est un gros rein blanc lisse; l'examen microscopique dénote une intégrité parfaite des vaisseaux; seul le système épithélial offre une dégénérescence granulo-graisseuse avancée dans certains points, en voie de formation dans d'autres. Rien aux centres nerveux ni à l'intestin.

On pouvait à bon droit considérer ce fait, pendant la vie, comme un exemple de dégénérescence amyloïde des organes et cependant l'autopsie n'a pas confirmé ce diagnostic. La dégénérescence amyloïde ne paraît pas d'ailleurs aussi fréquente qu'on le dit, survenant comme complication de la scrofulose osseuse, et elle est rarement observée à l'hôpital des Enfants (communications orales de MM. Archambault, Bouchut, Simon).

Utérus cloisonné; petits kystes purulents des trompes; par Ch. Féré, externe des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie à la Salpêtrière (service de M. Charcot), sur une femme de 69 ans, morte de pneumonie; elle avait eu trois grossesses arrivées à terme sans accidents. — L'utérus présente un diamètre transversal de 6 centimètres; sa longueur est aussi de 6 centimètres, dont 3 pour le col. Le fond offre deux convexités sensiblement égales, séparées par une échancrure anguleuse de 3 millimètres de profondeur, à laquelle fait suite, sur les faces antérieure et postérieure du corps, une dépression linéaire qui n'est plus appréciable sur le col. Le corps est mou et fluctuant; on ne peut en chasser le contenu par la pression. Une sonde cannelée ordinaire traverse facilement l'orifice externe et la cavité du col, mais elle est arrêtée à l'orifice interne qui ne se laisse que difficilement franchir; alors on voit s'écouler une quantité assez considérable de liquide verdâtre un peu gluant, contenant presqu'exclusivement des globules de pus. Après avoir poussé la sonde jusqu'au fond de la cavité utérine, si on cherche à imprimer à son bec des mouvements de latéralité, on sent qu'il est arrêté sur la ligne médiane par une cloison résistante.

En pratiquant sur la face antérieure une incision en Y dont les deux branches divergentes vont de l'orifice interne du col, aux orifices des trompes, on trouve la cavité du corps divisée en 2 parties égales par un éperon épais en haut et mince en bas où il se termine un peu au-dessus de l'orifice interne du col par une arcade falciforme antéro-postérieure qui aboutit sur les faces antérieure et postérieure par deux minces piliers qui descendent jusqu'à l'orifice cervical supérieur. Ainsi la cavité du corps, au lieu d'être piriforme et aplatie d'avant en arrière, a à peu près la forme d'un *as de cœur*. La muqueuse qui la tapisse est rouge et ecchymosée par places.

La cavité du col qui mesure 3 centimètres de long présente une face antérieure concave en arrière, lisse et sans trace d'arbre de vie; sur sa face postérieure, on voit une saillie lisse, fusiforme de 1 centimètre de large à sa partie moyenne, effilée au niveau des orifices, épaisse d'environ 2 millimètres. La cavité du col se prolonge sur les côtés de cette saillie qu'elle embrasse et acquiert ainsi une largeur de plus de 2 cent. La coupe transversale de cette cavité se présente sous la forme d'un fer à cheval à convexité antérieure; cette disposition paraît être aussi une trace de l'adossement tardif et incomplet des 2 conduits de Muller. — Le vagin n'offre pas de traces de division.

Cette pièce est encore remarquable par un état particulier des trompes :

De chaque côté, dans toute sa longueur, l'oviducte a un aspect moniliforme ; son trajet est interrompu par de petites masses globuleuses du volume d'un pois environ. Lorsqu'on incise ces nodosités qui sont au nombre de 4 à gauche et de 5 à droite, on voit qu'elles sont constituées par une coque fibroïde épaisse de 1 millimètre, se laissant facilement isoler des parties voisines, sauf sur deux points opposés où elle semble se continuer avec le canal oblitéré de la trompe et contenant quelques gouttes de pus couleur chocolat. Ces petits kystes ne communiquent pas entre eux et, dans leur intervalle, on ne peut distinguer le canal de la trompe.

De chaque côté aussi le pavillon, recourbé en arrière et en bas, est fixé à la partie postérieure du ligament large par des adhérences péritonéales ; son orifice abdominal est oblitéré ; il présente environ le volume d'une amande et est distendu par un liquide analogue à celui qu'on a vu dans les petits kystes du tube.

Ces kystes paraissent dus à la propagation de l'inflammation catarrhale de la muqueuse utérine à celles des trompes ; les parois de l'oviducte se sont agglutinées dans certains points, tandis que dans d'autres, elles se sont laissé dilater par l'exsudat.

Caduque menstruelle ; par Féré, externe.

Cet utérus appartenait à une femme de 38 ans, ayant eu trois enfants à terme. — Elle était de bonne santé habituelle, un peu obèse ; sa menstruation était régulière, et jamais à ses époques elle n'avait interrompu son travail de laveuse. Elle est morte subitement, pendant son travail, au quatrième jour de ses règles, à la suite d'un repas copieux composé surtout de moules.

L'autopsie n'a révélé que des lésions insignifiantes de l'estomac énormément distendu par les derniers ingesta à peine digérés. — Rien dans le cerveau, dans le bulbe, ni dans les viscères.

Le volume de l'utérus est augmenté ; le diamètre longitudinal a 8 centimètres ; le diamètre transversal 5 ; l'antéro-postérieur 0,035. Son tissu est mou, et la pression fait suinter sur la surface de la coupe un liquide sanguinolent. La cavité du corps est lisse, uniformément rosée et luisante ; elle ne contient pas de caillots ni de sang liquide. Mais sur le fond, dans le voisinage de l'orifice de la trompe gauche, on voit adhérer à la paroi par un pédicule épais et court, sans qu'il soit possible de la détacher sans déchirure, une masse du volume d'une amande, d'une couleur framboisée avec quelques points plus sombres et flottant dans la cavité utérine. Sa partie inférieure est déchiquetée, et en insinuant le bec d'une sonde entre les lambeaux, on le voit pénétrer dans l'intérieur de la masse qui est constituée par un véritable sac dont la cavité a à peu près la forme et les dimensions d'une cavité utérine dans la période intermenstruelle, et paraissant formée par la muqueuse utérine détachée tout d'une pièce.

L'altération rapide de cette membrane après l'autopsie n'a pas permis d'en faire l'examen histologique.

M. Budin. Il eût été intéressant, à cause de la rareté des observations de ce genre, de rechercher dans ce cas, si l'opinion de M. Williams (*Obstetrical Journal*, 1875) est exacte. M. Williams prétend que la muqueuse utérine toute entière tombe à chaque période menstruelle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er Mars 1876. — Présidence de M. Houel.

M. Reverdin communique deux observations *de plaie où la greffe épidermique* a produit une cicatrisation prompte. Il s'agit dans le premier cas d'une brûlure par l'eau bouillante, et dans le second d'une surface dénudée par l'ablation d'une tumeur. (Une Commission est chargée d'examiner ces deux communications).

M. Verneuil lit un rapport sur deux cas de *tétanos traumatique, traités par le chloral*. Le premier a été communiqué par M. Laurence : une femme, atteinte de tétanos, est guérie après avoir pris de l'hydrate de chloral pendant treize jours. Elle a toujours été maintenue dans le sommeil et la résolution musculaire. Le second cas appartient à M. Bresson, médecin à Port-National (Algérie). Il s'agit d'un Kabyle brûlé par l'éclat d'une mine chez lequel le tétanos se déclara promptement. Le chloral avait amené de l'amélioration quand un bain chaud fut administré, et le malade succomba subitement, quatre heures après. M. Verneuil ne doute pas que la mort de ce tétanique doive être mise sur le compte du bain ; les différentes manœuvres auxquelles on a soumis le malade ont occasionné des réflexes qui l'ont asphyxié par spasme de la glotte. Aussi a-t-il grand soin de préserver les tétaniques auxquels il donne ses soins, de toutes ces irritations extérieures ; il les enveloppe complétement de coton et laisse ce pansement à demeure. — Depuis deux semaines, il est entré dans son service deux malades que le tétanos a enlevés avec une rapidité formidable. L'un était un maçon dont les deux pieds avaient été gelés : il est mort en seize heures d'un spasme de la glotte. L'autre est un enfant porteur d'une plaie contuse de la main. Sous l'influence du chloral, les accidents s'étaient amendés, quand le douzième jour le tétanos survint et l'emporta en quelques heures. Dans les deux cas le pansement ouaté a été employé, et dès son application les douleurs atroces dont souffraient ces malades, avaient disparu. Ces deux malades ont permis à son interne, M. Richet, de faire d'intéressantes recherches sur les paralysies des muscles respirateurs à l'aide du pneumographe de Marey. D'ailleurs, M. Verneuil se propose, dans une séance ultérieure, de donner ces observations en détail.

M. Larrey engage ses collègues à essayer, à l'occasion, le jaborandi dont l'action sudorifique pourrait avoir de l'effet sur le tétanos.

M. Tillaux à l'époque où eut lieu la discussion si orageuse sur les injections intra-veineuses de chloral, avait montré des caillots trouvés dans les veines et le cœur d'un malade traité par ces injections et qu'il mettait sur le compte de la causticité du chloral. Mais il doit à la vérité de dire que la méthode de M. Oré n'occasionne pas toujours cet accident, car dernièrement il a injecté dans la veine céphalique d'un tétanique 10 gr. de chloral dans 50 gr. d'eau distillée sans qu'à l'autopsie il ait pu rencontrer la moindre trace de phlébite ni de caillot.

M. Després ne croit pas que l'administration prolongée du chloral soit sans danger ; il a vu périr un malade, auquel il avait été donné en abondance, avec tous les signes de la syncope. — *M. Sée* a vu un fait analogue à Ste-Eugénie.

M. Lannelongue est de l'avis de M. Verneuil, relativement aux réflexes qu'il faut éviter aux tétaniques. Il a eu à soigner un malade, dans la plaie duquel était un petit bourgeon qui ne pouvait être effleuré par un pinceau sans que le malade éprouvât des convulsions formidables.

M. Larrey dit que ce fait avait été observé par son père sur les soldats de la campagne d'Egypte et qu'il recommandait alors les pansements rares. *M. Blot* a remarqué que les convulsions cloniques de l'éclampsie étaient souvent provoquées par des attouchements intempestifs.

M. Verneuil qu'intéresse si fort tout ce qui a rapport au chloral et au tétanos, dit qu'il fera au sujet des faits cités par ses collègues des études et des recherches complètes.

M. le Dentu a vu une femme qui avait avalé par mégarde 10 grammes de chloral, rester pendant trois jours sous l'influence de ce médicament, sans présenter la moindre convulsion. Il a vu aussi des tétaniques non soumis au chloral, succomber subitement.

M. Périer lit une observation de *fracture du crâne avec enfoncement ; trépanation, redressement du fragment, guérison*. Il s'agit d'une jeune fille chez laquelle quelques jours après l'accident survinrent des vomissements, de la fièvre et même des attaques épileptiformes. Sous l'influence de l'opération, tous ces phénomènes disparurent ; la guérison fut complète.

M. Panas présente un malade sur lequel il a pratiqué la *désarticulation tibio-tarsienne* par le procédé de J. Roux, à la suite d'un écrasement du métatarse et de la région antérieure du tarse. Malgré le pansement ouaté, il survint des phéno-

mènes inflammatoires et de nombreuses fusées purulentes des gaines des muscles de la région postérieure de la jambe nécessitèrent des contre-ouvertures. Néanmoins, la guérison est complète et le malade marche très-bien à l'aide d'une botte spéciale. M. Panas demande à ses collègues si ces fusées purulentes surviennent souvent à la suite de cette opération, et s'il ne serait pas possible d'y remédier à l'aide du drainage.

MM. Verneuil, *Desprès*, *Nicaise*, ont observé ces fusées purulentes à la suite de cette opération et malgré les drains. *M. Tillaux* ne les a pas vues survenir. M. Perrin n'a pas observé ces accidents chez ses malades ; c'est qu'il taillait un lambeau très-long. Mais il préfère à cette opération la désarticulation sous-astragalienne qui est bien moins dangereuse et dont les résultats sont bien plus satisfaisants. Une discussion s'établit entre *MM. Panas, Perrin et Le Fort*, sur la préférence à donner à la désarticulation sous-astragalienne ou sous-malléolaire. Les avis sont partagés.

M. Dannet (du Gros-Caillou), présente un *épithélioma tubulé* de la langue et du pharynx ayant amené la mort subite par hémorrhagie de la faciale à son origine. Le sang épanché dans la trachée a asphyxié le malade.

M. Le Fort montre un bout de porte-plume en ivoire qu'il a retiré de la vessie d'un homme à l'aide de la taille prérectale. Il avait été introduit il y a 18 mois et un abondant dépôt calcaire le recouvrait.—M. Guéniot présente une ceinture spéciale qu'il a imaginée pour remplacer avec avantage la ceinture hypogastrique. I. B.

REVUE MÉDICALE

Conséquences de l'embolie des artères pulmonaires.

Lorsqu'une branche de l'artère pulmonaire est obturée par une embolie, deux circonstances peuvent être observées: tantôt il se produit au-delà de l'oblitération un infarctus hémorrhagique, tantôt et plus souvent on ne constate aucune altération anatomique, de même qu'aucun trouble respiratoire ne s'est montré pendant la vie. Dans les deux cas cependant l'artère est aussi complétement obstruée et le coagulum offre des caractères identiques. *Virchow* et *Panum*, dans leurs expériences ont pu constater chez des animaux l'intégrité absolue du parenchyme pulmonaire plusieurs mois après qu'ils avaient provoqué l'oblitération de branches artérielles importantes par l'injection de corps étrangers (boules de caoutchouc, cristallins de poissons). Cohnheim et Litten ont fait plusieurs fois la même observation après l'injection de paraffine ; parfois, au contraire, ils ont constaté l'existence d'infarctus hémorrhagiques.

Comment s'expliquer, dans certains cas, le développement de lésions parenchymateuses qui, dans d'autres, font complétement défaut ? C'est une question à laquelle il est difficile de répondre.

Il est bien démontré par les anatomistes, que les branches de l'artère pulmonaire constituent des divisions terminales et ne s'anatomosent pas entre elles ; Cohnheim et Litten ont pu s'en assurer par un procédé nouveau : après avoir produit des embolies de paraffine, ils injectent dans une veine un liquide contenant en suspension du chromate de plomb ; les petites artères du poumon se remplissent alors d'une masse jaune qui ne dépasse pas les capillaires ; or, dans ce cas, le territoire vasculaire correspondant au vaisseau obturé, qu'il y ait ou non infarctus ne renferme pas une particule plombique. Le cours du sang n'est cependant pas suspendu complétement dans cette zone où les tissus conservent leur intégrité, et il semble tout d'abord que l'artère bronchique doit fournir à la circulation collatérale. L'expérience suivante paraît contredire cette hypothèse : lorsqu'après avoir lié une des artères pulmonaires on injecte dans le sang de l'animal une solution neutre de carmin ou du bleu d'aniline (suivant la méthode de *Chrzonszczewsky*) tout le système artériel se colore sauf dans le poumon dont l'artère est liée. Il faudrait donc admettre que le sang qui pénètre dans le territoire du vaisseau oblitéré, provient seulement des capillaires pulmonaires voisins qui ne peuvent assurer qu'une circulation bien précaire.

Lorsqu'on tente l'injection naturelle après avoir produit des embolies de paraffine, le poumon se colore en entier mais les zones qui correspondent aux oblitérations sont pâles; sur l'animal vivant, le sang s'écoule à peine d'une incision faite à ce niveau, tandis qu'il jaillit des parties voisines. Cette irrigation sanguine suffit néanmoins pendant un certain temps à la nutrition du parenchyme pulmonaire, plus tard les capillaires se dilatent, des vaisseaux nouveaux peuvent même se produire aux dépens de l'artère bronchique (voyez une expérience très-intéressante de Virchow (*Gesamm. Abhandl.* p. 295), enfin le caillot oblitérant peut se creuser d'un canal qui permette le rétablissement de la circulation. On s'explique ainsi les cas d'embolie sans lésion du parenchyme pulmonaire; mais il suffit pour que l'infarctus hémorrhagique se produise que le cours du sang soit plus complétement entravé. A ce titre, la présence de caillots dans les petites branches artérielles voisines du rameau oblitéré en diminuant le courant sanguin dans les capillaires, l'affaiblissement des contractions cardiaques en augmentant la stase veineuse, seront des conditions favorables au développement des infarctus. D'ailleurs le danger des embolies ne dépend pas exclusivement des altérations du tissu pulmonaire ; l'oblitération d'un gros vaisseau ou de nombreuses branches d'un plus petit calibre peut subitement diminuer assez le champ des échanges respiratoires pour amener la mort sans qu'on trouve à l'autopsie aucune trace de lésions parenchymateuses (*Virchows Arch.* LXVI, p. 99).

Le rétablissement de la circulation pulmonaire par les voies collatérales que Virchow a observé chez un chien longtemps après avoir déterminé l'oblitération des branches artérielles principales d'un poumon par des embolies artificielles se constate dans certains cas pathologiques où l'on a peine à comprendre que la vie ait pu persister avec une circulation pulmonaire fort restreinte. M. d'Heilly rapporte en abrégé dans sa thèse (1864) l'observation (empruntée à *Jacobson*) d'un enfant atteint de cyanose, chez qui l'artère pulmonaire était oblitérée sans que le canal artériel fut resté largement perméable. J'ai moi-même observé un cas analogue qui est rapporté dans les Bulletins de la Société anatomique (1873) et dans la thèse de M. Hugues (1874) ; il s'agissait encore d'un cas de cyanose; l'orifice extrêmement rétréci de l'artère pulmonaire était complétement obturé par un caillot dense, adhérent, formé sans aucun doute longtemps avant la mort ; le canal artériel était oblitéré. Enfin M. *Chevers* (Arch. de méd. 1847) a publié un fait comparable aux précédents. Les artères bronchiques, péricardiques, intercostales se dilatent dans ces cas exceptionnels pour fournir à une hématose très-imparfaite et à la nutrition du poumon qui du reste est presque toujours en souffrance (on sait la fréquence des altérations caséeuses dans la cyanose congénitale).

Des effets produits par la suppression artificielle de la perspération cutanée chez les animaux.

M. Sokoloff a répété dans le laboratoire de professeur Botkin de Saint-Pétersbourg, les expériences anciennes de Fourcault d'Edenhuizen et de Laschkewitsch sur les effets physiologiques produits par la suppression des fonctions cutanées au moyen d'enduits imperméables.

Edenhuizen avait conclu de ses expériences que les accidents observés en pareille circonstance sont dus à la rétention de produits azotés qui seraient normalement éliminés par la peau et qu'on retrouverait dans le sang sous forme d'ammoniaque ou d'une ammoniaque composée et dans la sérosité du tissu conjonctif et du péritoine sous forme de phosphate ammoniaco-magnésien.

Laschkewitsch admet que la présence de l'enduit détermine une hypérémie générale de toute la peau et du tissu cellulaire comme si tout le système des vaso-moteurs périphériques était paralysé, ce qui rendrait compte de l'abaissement de la température profonde.

Sokoloff a fait 46 expériences dans lesquelles il a recouvert soit une partie, soit la totalité de la surface cutanée d'un enduit siccatif; c'est l'huile de lin qu'il a employée de préférence.

Dans le cas d'enduit partiel, la température s'élève en général modérément pour s'abaisser ensuite peu avant la mort.

Lorsque l'enduit est très-étendu, l'animal survit peu et sa

température s'abaisse dès le début. L'urine devient constamment albumineuse, renferme des cylindres hyalins et granuleux, des épithéliums et de jeunes cellules ; dans un cas se produisit une hydropisie générale. La diarrhée est fréquente. L'action cardiaque diminue d'énergie, l'impulsion faiblit, le pouls s'accélère ; les mouvement respiratoires sont plus lents, parfois plus superficiels ; leur rhythme est irrégulier. Enfin se montrent des convulsions et de la somnolence qui précèdent la mort.

A l'autopsie, on observe constamment l'œdème de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, quelquefois même l'infiltration pénètre les muscles; les grandes cavités séreuses renferment toujours des épanchements plus ou moins abondants Les poumons sont le siége d'une congestion œdémateuse ; le foie est hypérémié, la rate, au contraire, est rétractée, exsangue. Les fibres musculaires présentent une striation peu distincte; elles renferment parfois de petits extravasats sanguins.

La théorie de Laschkewitsch semble manifestement erronée; les pertes de chaleur ne sont pas augmentées d'une façon très-notable par l'application d'enduits à la surface de la peau; la réfrigération centrale se produit, en effet, chez des animaux que l'on enveloppe d'ouate après les avoir vernissés.

L'hypothèse d'une intoxication par rétention des matériaux excrémentitiels paraît plus probable sans qu'on puisse affirmer la nature du principe chimique nuisible; les altérations inflammatoires qu'on observe dans les divers parenchymes et l'albuminurie ne sont pas les moindres preuves en faveur de cette théorie.

L'injection du sang d'un animal vernissé dans les veines d'un animal sain provoque chez ce dernier une albuminurie temporaire que ne fait pas apparaître une injection de sang normal ou d'eau distillée, mais elle n'est pas suivie des phénomènes propres aux animaux couverts d'enduits, du refroidissement central en particulier. Cette immunité peut s'expliquer par l'intégrité des fonctions de la peau.

Senator, qui a recommandé l'emploi des enduits imperméables chez les fébricitants, dans les cas surtout où l'on ne peut faire usage de bains ou d'applications froides, n'a pu démontrer un abaissement constant de température chez ses malades ; il n'a pas recherché la présence de l'albumine dans l'urine ; ses études sont donc restées incomplètes et non démonstratives. (*Virchow's Archiv*. 1875. LXIV, p. 81). G. HOMOLLE.

BIBLIOGRAPHIE

Des anévrysmes de l'artère pulmonaire développés dans les cavernes du poumon, par le Dr CHARDIN. — In-8° de 57 pages. — Paris, 1874. — V. Ad. Delahaye, éditeur.

M. Chardin a rassemblé tous les faits connus d'anévrysmes de l'artère pulmonaire développés dans les cavernes du poumon ; nous n'insisterons pas longuement sur ce sujet, dont le *Progrès médical* (1) a publié les premières observations recueillies en France. Rappelons seulement que ces anévrysmes, développés sur les rameaux de l'artère pulmonaire qui avoisinent des cavernes, peuvent, par leur rupture, donner lieu à des hémoptysies mortelles, et que bon nombre des hémoptysies graves de la dernière période de la tuberculose paraissent être dues à cette cause. M. Chardin discute l'origine de ces anévrysmes, et fait jouer dans la pathogénie de la dilatation et de la rupture des artères le rôle principal aux lésions (endartérite et périartérite avec destruction des fibres élastiques) qui se trouvent signalées dans les observations françaises. Ce travail intéressant ne contient d'ailleurs aucune donnée nouvelle sur cette lésion ; on y trouve seulement une observation inédite de M. Ollivier. A. S.

VARIA

La bibliothèque des internes en médecine de l'hôpital Lariboisière.

Dans sa séance du 26 février, le Conseil municipal sur le rapport de M. Fr. Combes a alloué une subvention de 2,000 fr. à la bibliothèque des internes en médecine de l'hôpital Lariboisière pour l'acquisition de livres scientifiques.

Nous ne saurions trop féliciter le Conseil de son vote; nous espérons que ce concours financier ne sera pas le dernier et que, successivement, dans la mesure des ressources du budget les autres bibliothèques se verront également favorisées. Dans tous les cas, le don fait par le Conseil municipal doit, dès maintenant, encourager sérieusement les internes des hôpitaux à développer des créations utiles dont l'initiative revient entièrement au corps de l'internat.

Empoisonnement par l'opium contenu dans le lait maternel.

Le coroner de Manchester présidait la semaine dernière une enquête sur la mort d'un enfant du sexe masculin, âgé de deux jours. O'Brien déclare au magistrat que son enfant, qui paraissait bien se porter, est mort subitement peu d'heures après avoir pris le sein pour la première fois. La mère a eu des convulsions qu'elle attribue à la funeste habitude qu'elle a de consommer des quantités considérables d'opium ; elle n'en prend pas moins de 30 grammes par semaine. Il y a environ un an que O'Brien s'est aperçu de l'habitude de sa femme et il eut la faiblesse de l'encourager en lui procurant lui-même l'opium nécessaire par l'intermédiaire d'un droguiste de ses parents. Le d^r Fletcher appelé comme témoin déclara que l'enfant avait été empoisonné par le lait maternel. Le jury se prononça dans ce sens et recommanda à O'Brien de restreindre autant qu'il le pourrait la funeste habitude de sa femme. (*Med. Press and Circ.*)

Du gelsemium sempervivens comme remède contre les névralgies, et surtout contre la toux.

Le *Gelsemium sempervivens* ou *intidum* (logoniacées), qui croît sur les bords des rivières et sur les côtes de l'Océan, exhale, par ses fleurs jaunes, l'odeur du jasmin officinal. Avec sa racine, douée d'un parfum très-âcre, on forme une teinture qui a été vantée en Amérique contre un grand nombre d'affections dans lesquelles il importe d'exercer une action sédative (rhumatisme, céphalalgie, etc.). L'écorce de cette racine contient « un alcaloïde en combinaison avec un acide organique, à l'état de gelsémiate de gelsémine ». (Gubler, *Commentaire de thérapeutique*.) « La gelsémine, ajoute le même écrivain, d'après divers expérimentateurs, éteint d'abord la sensibilité, puis la motricité, chez les animaux à sang froid, et fait l'inverse chez les mammifères. Elle affaiblit et paralyse les muscles respirateurs, surtout le diaphragme, tandis qu'elle diminue seulement l'activité du cœur, qui continue à battre après la cessation des mouvements du thorax. Finalement il survient de la mydriase, de la diplopie, avec conservation de l'intelligence, et la mort peut suivre l'introduction des doses toxiques. »

On peut relever dans le journal même où nous trouvons la note de M. R. Thomson, des indications assez récentes concernant les effets du jasmin sauvage sur le système nerveux (*Brit. med. Journ., 2 mai 1874* ; voy. aussi le *Practitioner, août 1875*) ; mais cette note est plus particulièrement relative à l'efficacité de cette plante contre la toux ; qu'elle qu'en soit l'origine : de la toux en tant que symptôme, en tant qu'effet réflexe d'une lésion irritative des voies respiratoires. Sept observations, extrêmement écourtées, sont appelées en témoignage ; il s'agit de cas de phthisie, d'angine aiguë, de congestion pulmonaire, etc. Certainement de semblables faits ne sauraient suffire à établir la vertu, pour ainsi dire spéciale, que l'auteur attribue au *gelsemium* ; mais on comprend qu'un remède qui serait doué des vertus rappelées plus haut puisse exercer une heureuse influence sur la toux. Quoiqu'il en soit, nous avons surtout voulu saisir cette occasion pour appeler l'attention sur une plante médicinale fort peu connue des médecins français. N'oublions pas de dire que M. R. Thomson administre la teinture de *gelsemium* à la dose de cinq à huit gouttes.

(*Revue méd. du Midi.*)

11. Angine couenneuse; douches de coaltar-saponiné Le Beuf.

La Gazette des hôpitaux rapporte l'observation d'une jeune fille atteinte d'une angine couenneuse grave; sur les amygdales existaient des fausses membranes blanches, épaisses, résistantes, ayant l'aspect d'une pellicule de parchemin blanc mouillé. Les ganglions sous-maxillaires étaient tuméfiés, douloureux. La maladie, ajoute M. Bouchut dans le service duquel était la malade, était locale ; elle n'a produit aucun phénomène d'infection générale ou d'empoisonnement. Les topiques et l'alimentation ont suffi pour la guérir. J'ai prescrit toutes les heures, les douches pharyngiennes de coaltar-saponiné Le Beuf au 40° (Emulsion-mère 1 partie ; eau 7 parties), des œufs crus, de la purée de viande et du vin. Ces moyens ont parfaitement réussi.

12. Oléo-saccharure de gadnine au quina (*A. de Fleury.*)

Pour vaincre la répugnance qu'éprouvent certains malades à prendre l'huile de foie de morue, M. A. de Fleury préconise la formule suivante :

Gélatine pure.............	8	grammes ;
Eau.....................	30	—
Sirop de quinquina de calysaia	90	—
Huile de foie de morue blonde	121	—
Essence de citron.........	15	gouttes.

(1) *Progrès médical, 1874*, passim.

La gélatine est dissoute dans l'eau bouillante. On ajoute successivement : sirop, huile et aromate. On plonge dans l'eau froide le vase contenant ce mélange. La gelée est alors battue pendant cinq minutes, et on la verse encore chaude dans un vase approprié : 12 heures sont nécessaires pour donner à cette gelée la consistance normale : la confiture se prend facilement par cuillerées à café.

Erratum. Il faut ajouter, à la note intitulée *Elixir* (p. 143), le passage suivant : Filtrez. La dose est de 2 à 3 cuill. à bouche par jour, suivant les cas; elles doivent être prises : la première, le matin à jeun, et les autres au milieu et à la fin de la journée, au moment le plus éloigné du repas. La médication doit être continuée jusqu'à la cessation de l'asthme. La modification apportée par M. Desnos dans la formule primitive consiste dans la diminution de l'iodure de potassium, qui était de quinze grammes. Avec cette proportion considérable, M. Desnos a vu des accidents graves au côté du pharynx, et, avec la dose réduite à six grammes, il est encore bien important de surveiller l'arrière-gorge. *(Journal de médecine et de chirurgie.)*

Enseignement médical libre.

Clinique médicale. M. le dr Bucquoy, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Cochin, commencera ses leçons cliniques dans cet hôpital le mardi 7 mars à 9 heures 1/2 et les continuera les mardi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Faculté de médecine. — La Faculté s'est réunie pour préparer la liste de présentation des candidats aux deux chaires vacantes. — Pour la chaire de l'histoire de la médecine, elle a présenté : en première ligne, M. Parrot; en 2e, M. Ollivier; en 3e M. Ball. — Pour la chaire de pathologie interne, elle a adopté le classement suivant: en 1re ligne, M. Potain; en 2e, M. Jaccoud; en 3e, M. Peter.

Collége de France. — M. Schutzenberger, suppléant de M. Balard, fera une série de leçons sur quelques points de *chimie physiologique*, les samedis et mercredis à une heure et demie à partir du 4 mars.

Mortalité a Paris. — Population, 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 24 février 1876, on a constaté 1,112 décès, savoir: variole, 10; rougeole, 7; scarlatine, 6; fièvre typhoïde, 17; érysipèle, 8; bronchite aiguë, 73; pneumonie, 136; dyssenterie, 0; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 6; choléra nostras, 1; angine couenneuse, 12; croup, 14; affections puerpérales, 9; autres affections aiguës, 258; affections chroniques, 490, dont 169 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 43; causes accidentelles, 22.

Londres. — Population, 3,489,428 hab. Décès du 15 au 21 février 1876, 2,005 : variole, 0 : rougeole, 48; scarlatine, 40; fièvre typhoïde, 12; érysipèle, 9; bronchite, 410; pneumonie, 118; dyssenterie, 0, diarrhée, 18; choléra nostras, 0, diphthérie, 8, croup, 19; coqueluche, 130.

Exposition d'appareils électriques.—Le Palais de l'industrie sera mis, du 1er juillet au 30 novembre 1877, à la disposition de M. le comte Hallez d'Arros, qui se propose d'y installer une exposition internationale des applications de l'électricité. *(Répertoire de pharmacie.)*

Réunion des Sociétés savantes a la Sorbonne. — La 14e réunion des délégués des Sociétés savantes des départements aura lieu à la Sorbonne au mois d'avril 1876. Les séances de lecture et de conférences publiques seront faites pendant les journées du mercredi 19, jeudi 20 et vendredi 21 avril. Les personnes qui auront à faire des lectures ou des communications, et les délégués des Sociétés, auront droit à des billets de chemin de fer d'aller et retour avec une réduction de 50 0/0 sur le prix des places. Les billets de circulation destinés aux représentants des Sociétés seront valables du lundi 10 au mercredi 26 avril. *(Union médicale).*

La Société française de secours aux blessés vient de prendre une louable mesure. Par suite de la liquidation d'un grand nombre de pensions de retraite et l'augmentation de secours temporaires accordés par le Ministre de la Guerre, la somme des besoins à contenter par cette société se trouvant notablement diminué, elle vient de prendre le parti de consacrer annuellement cent mille francs à la création de mille secours de cent francs qui seront accordés aux blessés de la dernière guerre, reconnus les plus intéressants. En outre, cette Société a ouvert un crédit de cinquante mille francs, confiés à une commission chargée d'assurer à nos morts d'Allemagne une sépulture décente et de donner aux cendres de nos soldats une pierre qui rappelle la France. *(Bulletin français.)*

Vacance médicale. — *Un poste de médecin civil à l'île Miquelon.* — Un poste de médecin civil est vacant à l'île Miquelon (dépendances de nos possessions de Terre-Neuve). Cette place rapporte annuellement un revenu qu'on peut évaluer, tout compris, outre le logement en nature, à 6 ou 7,000 fr. De plus, le médecin a droit au passage gratuit (aller et retour) pour lui et pour sa famille. Les conditions à remplir pour obtenir cette position sont les suivantes : 1° Etre reçu docteur; 2° Prendre l'engagement de résider au moins trois ans dans la colonie (sous peine de perdre ses droits au rapatriement gratuit), et ensuite de ne résilier ses fonctions que dûment remplacé et du consentement de l'autorité. Les candidats doivent adresser leurs demandes au Ministère de la Marine (direction des colonies, 2e bureau), en y joignant, avec leurs diplômes, tous certificats constatant leur honorabilité et les titres qui les recommandent à la bienveillance de l'administration.

Le médecin qui aura été agréé devra être en mesure de s'embarquer au mois d'avril, au plus tard, pour Saint-Pierre (Terre-Neuve). *(France méd.).*

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine

Farabeuf (L.-H.) — Le système séreux, anatomie et physiologie, in-8° de 118 p. avec 3 pl.

Planat (F.) — Recherches sur la picrotoxine, in-8 de 32 p. 1 fr. 25.

Rapport sur l'insuffisance des ressources de thérapeutique dans les affections chirurgicales : in-8° de 95 p.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille.

Carlotti (R.) Assainissement des régions chaudes insalubres : in-8° de 87 pages, 2 fr.

Collongues. Le bioscope appliqué à la mesure des fonctions de la sécrétion cutanée : in-8° de 32 p.

Librairie F. SAVY, 77, boulevard Saint-Germain, près la rue Hautefeuille.

Puech (A.) Les mamelles et leurs anomalies étudiées au point de vue de l'anatomie, de la physiologie et de l'embryogénie : grand in-8° de 120 pages, 3 fr.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE, 17, r. de l'Ecole de Médecine

Bouchardat (A.). — Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1876 (36e année), un vol. in-18 : 1 fr. 50.

Jousset de Bellesme. Recherches expérimentales sur la digestion des insectes et en particulier de la blatte ; in-8° de 87 p.

Byasson (H.) et Byasson (L.) Etudes nouvelles sur les eaux de Cauterets et en particulier sur l'eau de Mauhourah. In-8° de 54 pages. fr. 25.

Librairie V.-A. DELAHAYE et Ce, place de l'Ecole-de-Médecine

Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J.-H. Depaul ; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Le numéro de *mars* vient de paraître. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

Exchaquet (Th.) — D'un phénomène stéthoscopique propre à certaines formes d'hypertrophie simple du cœur, in-8° de 93 p. 2 fr.

Hottenier (V. G.) Contribution à la pratique des accouchements, étude théorique et pratique sur une espèce peu connue de version pelvienne par manœuvres internes sans extraction, qu'on pourrait appeler la version simple. In-8.

Richet (A.) Leçons cliniques sur les fractures de la jambe, in-8 de 63 p. 2 fr. 50 c.

Worthington (L.-S.) — De l'obésité, in-8 de 188 p. 3 fr. 50 c.

Anales de la Sociedad anatomica espanola. Directeur : Dr Eligio Callejas Y. Garriga. Madrid, oficina tipografica dec lhospicio.

Vigier (P.) Quelques mots à propos de la préparation du phosphure de zinc, et de son emploi en thérapeutique : in-8° de 16 p.

Woodworth (John). Cholera epidemic of 1873 in the United States : in-8° de 1025 p.

Richet (Ch.). Du somnambulisme provoqué, in-8, 1875.

Rouyer (R.). Essai sur les doses toxiques et les contre-poisons de quelques composés arsenicaux. Thèse de doctorat, Nancy, 1875.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital des Enfants-Malades. Service de M. Labric. Consultations le vendredi. Salle Saint-Jean (G.): 3, entérite tuberculeuse; 8, pleurésie double; 9, endo-péricardite; 10, tuberculose généralisée; 13, eczéma; 18, albuminurie, suite de scarlatine pseudo-membraneuse secondaire; 37, albuminurie aiguë; hydrothorax double; 37, albuminurie aiguë, hydrothorax simple; 43, 44, chorée non rhumatismale; 51, coqueluche, pneumonie gauche.

Service de M. Bouchut. Consultation le lundi. Leçons cliniques le mardi. Salle Sainte-Catherine (F.) : kyste hydatique du foie; 11, fièvre typhoïde; 13, 14, affection cardiaque; 15, chorée; 16, entérite tuberculeuse.

Hôpital Cochin. — *Médecine.* Service de M. Bucquoy. Salle St-Jean (H.): 3, aortite chronique; 5, péritonite chronique; 6, insuffisance et rétrécissement mitral avec emphysème; 7, affection cardiaque; 8, fièvre continue; 14, cirrhose, 18, sciatique; 20, ictère; 21, saturnisme; 24, affection cardiaque; 25, dilatation du tronc brachio-céphalique. — Salle Saint-Philippe (F.) : 2, pneumonie; 5, sarcome du rein; 7, rhumatisme articulaire; 8, rétrécissement mitral; 13, laryngite chronique; 16, cirrhose hypertrophique; 22, hystérie. — Salle Ste-Marie (F.): 2, dyspepsie; 10, phthisie galopante; 11, rétrécissement mitral avec emphysème.

Chirurgie. Service de M. Desprès. Cliniques le mercredi et le vendredi. — Baraque I. (H.) : 3, abcès du dos de la main, fistule lymphatique; 4, fracture de l'épicondyle; 6, entorse du genou; 7, contusion de la hanche avec impuissance du membre; 10, abcès de l'ombilic, tumeur abdominale; 11, épithélioma de la face; 15, érysipèle de la face. — Salle Cochin (H.): 2, fistule de la glande de Cowper; 7, lymphangite de la main et de l'avant-bras; 12, kératite interstitielle, hypopyon; 14, blépharite, trichiasis; 15, fistule stercorale; 16, rupture de varices; 21, fracture de bras; 22, fistule à l'anus, hernie interne.— Salle St-Jacques (F.): 8, exophthalmie, périostite de la base du crâne; 9, arthrite scapulo-humérale; 16, fracture du cubitus au tiers supérieur; 21, polype de l'urèthre.

Hôpital de la Pitié. Service de M. Verneuil (Clinique chirurgicale). — Salle Saint-Augustin (F.) : 1, geuu valgum; 17, kyste inguinal; 25, fistule vésico-vagiuale. — Salle Saint-Louis (H. : 3, phlegmon du cou; 29, lymphadénome du cou; 30, rétention d'urine, suite d'un rétrécissement urèthral; 39, fracture de côte; 46, tubercules du testicule, 48, amputation de jambe, méthode Lister; 51, fracture compliquée de jambe; 54, résection de deux métatarsiens; 58, fracture de cuisse.

Service de M. Labbé. Salle Saint-Jean (F.): 1, prolapsus utérin; 7, fibrome de la lèvre antérieure du col; 10, fracture sous-trochantérienne; 24, abcès du sein.

Service de M. Gallard. Salle Saint-Athanase : 3, lésion aortique, néphrite interstitielle; 7, colique hépatique; 11, néphrite interstitielle, hypertrophie du cœur, pleurésie; 15, pleurésie; 17, délirium trémens; 20, ictère catarrhal; 31, double lésion aortique; 42, cirrhose; 43, fièvre typhoïde; 53, stomatite aphtheuse.

Service de M. Gombault. Salle Notre-Dame : 24, insuffisance et retrécissement aortique; 2, cancer du vagin; 17, relâchement des symphyses du bassin. — Salle Saint-Michel : 9, paralysie labio-glosso-laryngée; 12, pneumonie suppurée; 17, cirrhose; 28, sciatique double ?

Service de M. Chauffard. Salle Sainte-Claire (F.) : 4, lésion syphilitique de la colonne vertébrale; 5, tumeur du cerveau; 11, insuffisance et rétrécissement mitral; 17, tumeur cérébrale; 25, cancer du foie; 13, hystéro-épilepsie; 46, ataxie avec arthropathie.—Salle Saint-Benjamin (H.) : Service des varioleux.

Hôpital Beaujon. — Service de M. Gubler. Salle Saint-Louis : 1, cancer de l'estomac; 11, sclérose en plaques; 15, pleurésie double. — Salle Sainte-Marthe : 1, paralysie labio-glosso-laryngée; 2, péricardite; 20, anémie.

Service de M. Moutard-Martin. Salle Saint-François : 7, insuffisance mitrale, pleurésie; 13, hémoptysie; 15, emphysème pulmonaire, albuminurie secondaire; 19, pleurésie interlobaire; 28, pleurésie et syphilis; 29, petit mal épileptique. — Salle Sainte-Claire : 2, Albuminurie, péricardite; 14, hystérie, reiu déplacé; 20, broncho-pneumonie; 28, altération générale des artères, anévrysmes de l'aorte et du tronc brachio-céphalique.

Service de M. Lefort. Opération tous les mercredis. Salle Sainte-Agathe : 3, tumeur volumineuse de la joue; 14, sarcome du sein (3e récidive). — Pavillon II : 3, arrachement du ligament externe du genou; 8, périostite traumatique; 22, phlébite de la saphène externe; 47, lymphadénome du cou; 49, corps étranger de la vessie.

Service de M. Dolbeau. Opération les jeudis. Salle Sainte-Clotilde : 1, Mal de Pott, abcès par coqueluche; 27, cancer du rectum.

Hôpital Saint-Louis. Service de M. Duplay. Salle Saint-Augustin (H.): 12, 36, 44, plaies par arrachement; 19, périarthrite aiguë; 20, autoplastie faciale prochaiue; 21, vaginalite avec épanchement; 25, hernie graisseuse de la ligne blanche; 39, cataracte molle, opération prochaine chez un homme de 30 ans; 40, énormes productions de nature indécise englobant tous les os de la face; 57, mal perforant; 64, ulcération tuberculeuse de la langue. — Salle Sainte-Marthe (F.). 58, fracture ext. sup. tibia; 59, fistule vésico-vaginale; 63, iritis syphilitique; 64, auus contre nature; 74, hygroma proliférant.

Service de M. Lailler. Salle Saint-Mathieu : 20, 30, 31, 33, 37, 41, 63, 68, 70, 75, 76, 78, 79, eczéma; 19, 21, 27, 45, 47, 50, 51, 62, 67, 74, psoriasis; 23, lupus; 28, syphilis (nécrose des narines); 39, lupus papillomateux; 43 ulcérations tuberculeuses du voile du palais et du pharynx; 44, acné; 48, syphilis; 49, teigne tondante; 53, syphilides ulcéro-crustacées, 54, lupus (narines et voile du palais); 57, syphilide pustulo-crustacée; 58, pemphigus; 60, eczéma sycosiforme; 61, varices lymphatiques; 64, lichen; 65, lupus; 69, eczéma lichénoïde; 73, acné rosacea; 77, teigne faveuse.

Service de M. Hillairet. Pavillon Gabrielle : 14, Syphilis, accidents tardifs ; 15, pemphigus. — Salle Saint-Louis : 1, lichen pilaris ; 6, pelade ; 2, psoriasis ; 77, purpura simplex. — Salle Henri IV : 1, purpura, érythème papuleux ; 20, lupus ; 24, lichen ; 26, lupus acnéique.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES, IMP, CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

4e ANNÉE. — N° 11 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 11 MARS 1876.

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÉGE DE FRANCE. — M. RANVIER.

Quatrième leçon (1).

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

SOMMAIRE. — Etude générale des organes du mouvement. — Mouvements des Amibes, des Rhizopodes, des Infusoires ciliés. — 1re différenciation des éléments nerveux et musculaires. Cellules névro-musculaires des hydres d'eau douce. — Les divers modes du mouvement peuvent être tous étudiés chez un même vertébré. — Mouvements amiboïdes des cellules lymphatiques, des épithéliums, à cils vibratiles des muscles lisses à coutractiou lente et involontaire. — Muscles volontaires : à contractiou brusque et rapide ; à coutraction lente et progressive. — Adaptation des organes aux fonctions.

Messieurs,

SI nous ne connaissions les mouvements curieux des sensitives et ceux non moins remarquables qui s'opèrent dans le protoplasma de certaines cellules végétales, nous pourrions, comme les anciens, définir les animaux par leurs mouvements. Si nous suivons ces mouvements dans la série, nous les voyons se perfectionner graduellement. Ils deviennent en effet de plus en plus étendus et de plus en plus spéciaux, en même temps que les organes chargés de les exécuter se différencient les uns des autres.

Dans les organismes tout à fait simples comme ceux des amibes, les mouvements s'exécutent à l'aide de prolongements de la masse entière de l'animal, qui s'étire pour former des expansions non persistantes appelées *pseudopodes*. Ces derniers ne sont en effet nullement préformés et résultent simplement de l'extension, dans un sens donné, de la masse molle du corps de l'animalcule. Au bout d'un certain temps, généralement assez court, le Pseudopode rentre dans la masse grenue qui forme l'amibe, tandis qu'un autre point de celle-ci fournit une ou plusieurs expansions nouvelles qui s'effacent peu après à leur tour, de la même façon que la première. On rencontre des mouvements semblables chez les Rhizopodes, dont les expansions rétractiles, bien étudiées par Max Schultze, sont le siége de courants intérieurs analogues à ceux qui s'opèrent au sein du protoplasma de certaines cellules végétales.

Chez d'autres infusoires, on voit apparaître le mouvement ciliaire, résultant de l'action d'organes particuliers et persistants, chargés uniquement de l'exécuter. Ces premiers organes du mouvement, *les cils*, hérissent le corps tout entier ou seulement certaines de ses parties et sont animés de mouvements vibratoires. Jusqu'ici cependant on ne peut distinguer de l'organe du mouvement celui qui préside à l'élaboration de l'incitation motrice et celui qui transmet cette dernière au moteur lui-même. La séparation s'effectue seulement chez les polypiers et notamment chez les hydres d'eau douce bien étudiées à ce point de vue par Kleinenberg. Dans ces animaux encore très-simples, puisque la cavité centrale de leur corps consiste en une poche qui reçoit l'eau chargée d'oxygène et de substances alibiles, et joue ainsi le double rôle de surface respiratoire et d'intestin, les fonctions de la génération ne sont déjà plus confondues. Celles de l'innervation et du mouvement commencent à se différencier. La poche munie de tentacules, qui compose le corps de l'hydre, est revêtue d'un *ectoderme* ou tégument épais séparé de la couche interne, muqueuse, ou *endoderme* par un plan fibreux nommé *mésoderme* (*Fig.* 25). Il est facile de constater que lorsque l'animal se contracte sur les aliments ingérés, le mésoderme est le siége et l'agent de cette contraction. Il doit par suite contenir les organes qui l'exécutent, Kleinenberg, en dissociant le corps de l'hydre par la macération dans les acides dilués (acide acétique à 1 p. 100 ou

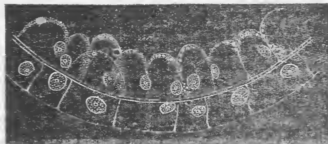


Fig. 25. — Coupe de la paroi du corps de l'hydre d'eau douce. L'ectoderme, le mésoderme et l'endoderme sont superposés de haut en bas.

1 p. 1000), est en effet parvenu à isoler les éléments contractiles du mésoderme, et il a pu reconnaître qu'ils étaient constamment reliés de la manière suivante aux cellules de l'ectoderme.

D'après Kleinenberg, dont je n'ai pu encore contrôler les observations, le mésoderme de l'hydre d'eau douce est formé de filaments imbriqués, présentant une analogie lointaine avec les fibres cellules musculaires, mais qui ne sont nullement des éléments cellulaires isolés. Bien au contraire, ils ne doivent être considérés que comme des expansions des cellules de l'ectoderme. auxquelles ils sont reliés par un pédicule plus ou moins distinct, parfois allongé sous forme de tige (*Fig.* 26).

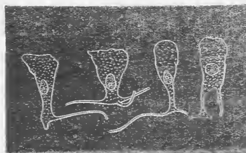


Fig. 26.— Cellules névro-musculaires de l'hydre d'eau douce, d'après Kleinenberg.

Il résulte de cette disposition des cellules formées de deux segments ou étages distincts. Le segment supérieur et externe, qul fait partie de l'ectoderme contient un noyau entouré de granulations protoplasmiques. Le segment inférieur est constitué par une expansion en forme de pied de la cellule de l'ectoderme. D'un autre côté, le mésoderme contractile est formé exclusivement par la réunion des expansions des cellules ectodermiques, d'où l'on peut conclure avec vraisemblance que ces expansions elles-mêmes sont douées de contractilité.

Kleinenberg a donné aux éléments singuliers que nous venons de décrire le nom de cellules *névro-musculaires*, et il a admis que la portion élargie, munie d'un noyau et qui fait partie de l'ectoderme, représente dans la cellule à deux segments qu'il a décrite l'élément cellulaire nerveux. La partie contenue dans le mésoderme, douée de propriétés contractiles, représenterait pour lui l'élément musculaire. Si l'on se place à un point de vue très-général, la conception de Kleinenberg ne paraît pas invraisemblable. Nous savons, en effet, que les cellules de l'axe gris myélencéphalique émanent du feuillet corné du blastoderme qui se déprime pour former chez l'embryon le sillon pri-

(1) Voir les nos 4, 5, 6 et 8.

mitif, premier vestige du système nerveux central. Il existe donc entre les cellules du tégument et les cellules nerveuses une communauté réelle d'origine ; ces dernières ne sont, en effet, que des éléments particuliers du feuillet corné, séparés du reste et modifiés pour une fonction spéciale. On peut donc comprendre que chez des animaux tout à fait inférieurs comme les hydres, les propriétés du système nerveux restent diffuses dans la peau dont les cellules deviennent alors à la fois le siége des impressions sensitives et le point de départ des incitations motrices,

On peut considérer de la sorte, chez l'hydre, l'expansion mésodermique de la cellule névro-musculaire comme un organe du mouvement dépendant de cette cellule même. On voit ainsi dès l'origine les segments extrêmes de la chaîne névro-musculaire former un tout continu. Cette continuité subsiste à mesure que la différenciation indiquée seulement chez l'hydre se poursuit et s'accentue. En même temps que les deux extrémités de la chaîne motrice, c'est-à-dire la cellule nerveuse et le mscle subissent des transformations morphologiques corrélatives à leurs perfectionnements successifs, ils s'éloignent plus ou moins l'un de l'autre. Le segment intermédiaire qui les relie, c'est-à-dire le nerf prend par suite une longueur plus ou moins grande.

Nous reconnaîtrons bientôt, Messieurs, que les réactions physiologiques des divers organes du mouvement sont variables avec la longueur même de la tige conductrice qui les réunit aux centres.

Les considérations qui précèdent étaient, je crois, nécessaires pour bien montrer que les différents organes qui concourent à la production du mouvement, d'abord confondus, puis incomplétement séparés et localisés en des points différents d'une même cellule, restent dans les organismes les plus élevés toujours étroitement unis et comme conjugués. Je ne poursuivrai pas dans la série les perfectionnements croissants de ces organes. Cette étude est du ressort de l'anatomie comparée, non de l'anatomie générale. Au début de ces leçons je vous définissais cette dernière science : « *l'Histologie comparée, limitée à un seul organisme.* » Je puis maintenant justifier cette définition. Vous connaissez déjà les principaux modes suivant lesquels les mouvements s'exécutent chez les animaux. Vous savez que les éléments anatomiques peuvent être contractiles à la manière des amibes et des rhizopodes, des infusoires ciliés, des hydres d'eau douce, qu'il existe enfin des muscles à contraction lente et des muscles à contraction brusque. Je ne vous montrerai pas ces mouvements chez des êtres différents où nous pourrions les étudier isolément les uns après les autres, nous les trouverons en effet réunis chez les vertébrés supérieurs, et pour les étudier tous un lapin nous suffira.

Je vais pratiquer devant vous sur l'un de ces animaux la section du bulbe. L'opération est faite rapidement, le lapin exécute quelques mouvements convulsifs et reste ensuite dans une immobilité complète et définitive, il est mort en tant qu'individu, mais si nous pratiquons la respiration artificielle, vous n'ignorez pas que les éléments anatomiques qui composent ses tissus et ses organes persisteront à vivre tant que la respiration sera continuée. Si, dans ces conditions, nous étudions les organes du mouvement, nous verrons que certains d'entre eux ont cessé de fonctionner, que certains autres, au contraire, ont gardé leur activité normale. Les mouvements volontaires exclusivement placés sous la dépendance de l'encéphale ont en effet cessé d'exister. Inversement ceux dont l'origine est périphérique ont continué à s'exécuter. Pour prendre des exemples, les membres sont flaccides, mais le cœur bat, les cils vibratiles continuent la série de leurs ondulations, les cellules lymphatiques sont demeurées actives et poussent des pseudopodes.

Si, en effet, nous ouvrons l'animal, et si nous recueillons à l'aide d'une pipette effilée la lymphe dont est remplie la citerne de Pecquet, nous pourrons constater, en l'étudiant sur la platine chauffante, que les éléments cellulaires jouissent entre 37° et 40°, et en présence de l'oxygène, de toutes leurs propriétés motrices ordinaires. Les cellules de la lymphe observées de la sorte poussent en effet des pseudopodes comme les amibes, et se fixent aux surfaces par ces prolongements, absolument comme avant la suppression de l'influence nerveuse encéphalique opérée par la section du bulbe. L'action du système nerveux central sur les éléments de la lymphe peut donc être considérée comme absolument nulle, du moins en ce qui regarde l'excitation de leurs mouvements.

Nous retrouvons également chez le lapin le mouvement vibratile, complétement analogue à celui qu'on observe chez les infusoires ciliés. Il ne paraît pas beaucoup plus influencé que le mouvement amiboïde par la suppression des centres nerveux encéphaliques. Si, en effet, nous râclons la trachée et que nous examinons dans le sérum du sang ou dans l'albumine les cellules épithéliales détachées de la paroi, nous voyons leurs cils vibrer à peu près normalement. Il résulte de là que le cil vibratile ne reçoit point directement l'incitation motrice du système nerveux central, mais la puise probablement dans la cellule même qui le supporte, puisque ses ondulations continuent quand cette cellule a été isolée de l'organisme, et cessent au contraire quand, dans la préparation, le cil a été accidentellement séparé de cette dernière.

Nous allons voir maintenant qu'à côté de ces mouvements entièrement indépendants du système nerveux, que l'on pourrait à la rigueur appeler *cellulaires*, l'organisme du lapin nous en montre d'autres analogues à ceux qui se passent dans le mésoderme des hydres et s'exécutent d'une manière très-peu différente.

Le cœur bat, en effet, dans la poitrine après la section du bulbe. Si même on l'arrachait il battrait pendant un certain temps sur la table d'expérience. Ce fait est bien connu, mais dans l'espèce il acquiert une grande importance, car il montre que le cœur puise en lui-même l'incitation motrice qui détermine sa contraction. Conséquemment les segments extrêmes de la chaîne motrice, la cellule nerveuse et la cellule musculaire doivent être dans cet organe très-peu éloignés les uns des autres, de manière à constituer par leur union un ensemble plus ou moins analogue à la cellule névro-musculaire de Klinenberg. Or, nous savons aujourd'hui, Messieurs, grâce aux recherches de Remak, de Ludwig et de Bidder, que le myocarde est semé d'amas ganglionnaires. D'un autre côté, Stannius a montré par l'expérience l'influence directe exercée par ces masses nerveuses sur la contraction des fibres musculaires du cœur auxquelles elles sont pour ainsi dire adjacentes.

Une expérience bien simple et que je vais exécuter sous vos yeux, montre également que dans les plans musculaires de l'intestin les cellules nerveuses sont aussi très-voisines des éléments anatomiques chargés d'exécuter la contraction, c'est-à-dire le mouvement. Quand on ouvre l'abdomen d'un lapin récemment sacrifié par la section du bulbe, on voit se produire le phénomène bien connu des mouvements péristaltiques spontanés. Ces mouvements s'exécutent lentement, par ondulations successives et comme propagées. D'un autre côté, sous l'influence des excitants électriques, on voit l'intestin se contracter de deux façons essentiellement différentes. Si nous excitons, à l'aide d'un courant interrompu, sa tunique musculaire sur un point donné, nous voyons se former, sur le lieu même de l'excitation une sorte de plaque dure qui devient rapidement exsangue et acquiert une consistance en quelque sorte cartilagineuse. Ce premier phénomène est dû à l'excitation directe des fibres musculaires lisses de l'intestin ; il consiste dans une espèce de contraction tonique analogue à celle qui se produit dans le pied des mollusques gastéropodes quand on les irrite, et qui atteint son maximum d'intensité avec une certaine lenteur. Mais bientôt de ce point contracté partent des ondes péristaltiques qui se propagent au-dessus et au-dessous de lui avec une intensité décroissante. Dans ce deuxième stade de la contraction, tout se passe donc comme si l'excitation pri-

mitive s'était irradiée autour du point excité, déterminant de proche en proche des incitations secondaires de plus en plus faibles à mesure que croît la distance du point contracté au point excité, et mettant en action l'une après l'autre des zones musculaires successives.

Dans ce dernier phénomène, il est clair que le courant électrique n'agit pas directement sur les fibres musculaires lisses qui sont situées en dehors du nœud de contraction primitive. Les contractions successives qui forment l'onde péristaltique ne peuvent être, en effet, produites que par des excitations motrices aussi successives. Il est probable que ces dernières sont consécutives à l'excitation des cellules nerveuses ganglionnaires disséminées par groupes dans les plans contractiles de l'intestin et qui tiennent sous leur dépendance, au point de vue de la contractilité des groupes particuliers de cellules musculaires dont elles ne sont séparées que par de très-courtes distances. En effet, après que l'excitation a cessé, le mouvement ondulatoire continue et se propage avec lenteur à partir du point excité. Mais une pareille disposition n'existe pas dans tous les muscles lisses soustraits à l'influence de la volonté. Sur le mésentère du lapin en expérience que vous avez sous les yeux, la circulation continue, le sang coule dans les artères, et vous n'ignorez pas que la paroi de ces dernières est revêtue d'une tunique contractile formée de fibres musculaires. Si nous appliquons sur un point donné des ramifications de la mésaraïque, les électrodes d'un courant induit et interrompu, l'artère se contracte sur le lieu même de l'excitation, un rétrécissement temporaire se forme, mais on n'en voit plus partir d'ondes péristaltiques comme dans l'intestin. Si notre hypothèse est exacte, les cellules nerveuses d'où partent les incitations motrices qui font contracter la tunique moyenne de l'artère sont donc relativement éloignées et situées en dehors de la sphère d'action du courant. Or, vous savez, Messieurs, que les tuniques artérielles, au point de vue de leur innervation diffèrent considérablement de celles de l'intestin, et qu'elles sont totalement dépourvues de cellules ganglionnaires.

Ainsi nous voyons, par ce qui précède, que des muscles identiques entre eux en tant que muscles comme le sont ceux des tuniques artérielles et de l'intestin peuvent différer profondément en ce qui regarde leurs connexions avec les masses nerveuses, origines des incitations motrices qu'ils reçoivent. Nous pouvons aller plus loin. Le lapin que j'ai mis en expérience devant vous est une femelle ; si nous excitons son utérus non gravide, nous constatons qu'il est absolument insensible à l'action de l'électricité. Si nous dissocions cependant sa paroi, nous la trouverons composée de fibres musculaires, il est vrai, peu développées, mais pourtant reconnaissables à leurs caractères histologiques. Voilà donc un muscle dans lequel non-seulement la contraction ne se propage pas, mais encore dans lequel elle ne se produit pas, même localement. Nous aurons tout à l'heure l'explication de ce fait singulier, paradoxal seulement en apparence.

Nous avons vu jusqu'ici les différents muscles que nous avons excités, le cœur excepté, se contracter lentement sur le point même de l'excitation, et le mouvement, quand il se propage, ne s'est produit que sous les formes d'ondulations successives. Si maintenant nous appliquons les électrodes sur l'œsophage, qui, de même que les muscles des membres, est resté définitivement immobile depuis que la section du bulbe a été opérée, nous voyons ce muscle creux se contracter brusquement dans toute son étendue. Le même mode de contraction s'observe dans le muscle grand adducteur de la cuisse que je découvre et que j'excite. Ce muscle se contracte tout à coup, et chaque interruption du courant induit donne lieu à une secousse distincte, produite par la contraction instantanée de la masse musculaire tout entière.

Le muscle adducteur du lapin, de même que la plupart des muscles volontaires, chez cet animal, présente une coloration à peine rosée. C'est à proprement parler un muscle blanc. Si nous considérons maintenant le muscle demi-tendineux ou le soléaire, nous les voyons colorés en rouge et tranchant par cette coloration sur les muscles pâles qui les entourent. Leur mode de contraction diffère également, et d'une manière totale, de celle des muscles blancs analogues au grand adducteur. Sous l'influence de l'excitation électrique produite par un courant interrompu de 20 à 50 fois par seconde, on voit la contraction du muscle rouge commencer lentement et se poursuivre progressivement et sans secousses distinctes pour arriver au tétanos. Si l'on cesse alors d'exciter le muscle rouge, sa décontraction n'est pas brusque comme celle du muscle pâle ; elle s'opère progressivement comme la contraction et ne devient entière qu'au bout d'un certain temps après que l'excitant électrique a cessé d'agir sur le muscle.

Il existe donc, au point de vue physiologique, chez le lapin, deux sortes de muscles recevant l'incitation motrice de cellules situées dans les centres nerveux éloignés, et dont le mode de contraction est absolument différent. Les uns pâles et translucides ont des contractions brusques et rapides, les autres, colorés en rouge se contractent lentement et progressivement. Ces deux sortes de muscles se retrouvent, d'ailleurs, séparés les uns des autres chez certains animaux avec une apparence et des réactions identiques, notamment chez les raies, à la face dorsale et entre les arêtes des nageoires latérales.

Si l'on vient à exciter, sur un de ces animaux convenablement préparé, la cornée transparente avec un fort courant, la nageoire du côté opposé se soulève brusquement sous l'influence de la contraction réflexe et brusque des muscles blancs. Ceux-ci se détendent subitement dès que l'excitation a cessé, mais la nageoire, au lieu de retomber tout d'un coup, revient à sa situation première graduellement et avec une assez grande lenteur. Elle est, en effet, soutenue par des bandelettes musculaires rouges, dont la décontraction s'opère peu à peu, régularisant ainsi le mouvement de descente que subit l'organe natatoire.

Chez d'autres animaux la distinction entre les muscles à contraction brusque et rapide et les muscles à contraction lente et progressive ne peut se faire par la simple vue. Pour prendre un exemple chez l'hippocampe, toutes les masses musculaires sont pâles et translucides, mais tandis que les muscles moteurs de la nageoire dorsale, vibrant avec rapidité pendant la nage, donnent sous l'influence des excitants électriques la réaction des muscles à contraction brusque, et que ceux des nageoires accessoires, voisines des ouïes, se comportent de la même façon, tous les autres muscles du corps agissent à la manière des muscles rouges du lapin. Cette disposition rend compte de la lenteur et de la souplesse comme vermiculaires avec lesquelles s'exécutent les mouvements du corps de l'animal, étrangers au mécanisme de la natation. Je citerai enfin un dernier exemple. Tous les muscles de la grenouille sont optiquement blancs. Tous ceux que nous avons soumis à l'expérimentation, à l'exception de la langue de l'animal, sont à contraction brusque. Cette dernière se contracte lentement et progressivement sous l'influence des courants interrompus et sa décontraction, une fois l'excitation cessée, est également lente et progressive.

Il était nécessaire d'établir que les propriétés des muscles à contraction brusque et rapide, et celles des muscles à contraction lente et soutenue, dépendent uniquement de ces muscles eux-mêmes et que les nerfs n'y sont pour rien. Il est facile de faire cette démonstration en supprimant, chez un animal vivant, l'action du système nerveux moteur à l'aide du curare. Si l'on maintient la vie, chez un lapin curarisé, en pratiquant la respiration artificielle, et si l'on excite successivement les muscles rouges et blancs de ses pattes postérieures, longtemps après que la paralysie des nerfs moteurs s'est effectuée, les résultats sont absolument les mêmes que chez le lapin dont le bulbe a été sectionné; les muscles se contractent chacun à leur manière.

Il résulte de là, que les phénomènes observés dans les deux ordres de muscles appartiennent bien à leur substance, et non à des modalités particulières de l'incitation

motrice. Ici, une dernière question se présente ; nous devons, en effet, déterminer si l'incitation normale, transmise aux muscles rouges et blancs par les cordons nerveux, c'est-à-dire l'incitation naturelle agit sur les appareils contractiles de la même manière que les excitants artificiels.

Sur un lapin, dont le bulbe a été sectionné, et dont on entretient la vie par la respiration artificielle, nous coupons le nerf sciatique en deux points : immédiatement au-dessous de l'échancrure ischiatique et à la partie moyenne de la cuisse. Nous avons supprimé, de la sorte, les actions réflexes, d'une part ; de l'autre, l'action directe sur les muscles du segment tibial de la patte. Excitons maintenant le tronçon isolé du nerf à l'aide d'un courant interrompu ; nous voyons le muscle demi-tendineux et les muscles pâles qui l'entourent entrer en contraction, et celle-ci se produit suivant le mode spécial à chaque ordre de muscles. Le demi-tendineux se contracte lentement et progressivement, les muscles pâles se raccourcissent brusquement. Il résulte, de là, que les nerfs volontaires agissent sur les deux ordres de muscles comme le ferait une excitation directe.

Messieurs, les diverses expériences que je viens de faire devant vous, celles dont je vous ai simplement raconté les détails, vous ont, je pense, suffisament montré qu'il existe deux variétés bien distinctes de muscles soumis à l'influence de la volonté. Parmi les muscles soustraits à cette influence, vous avez vu ceux de l'intestin se comporter à l'égard des excitants électriques d'une autre façon que les muscles des artères, et les muscles de l'utérus à l'état de vacuité ne présenter aucune contraction. Nous reviendrons plus tard sur le mécanisme de la contraction utérine, qui se produit énergiquement dans cet organe au moment de l'expulsion de fœtus, mais dès maintenant nous sommes conduits à conclure qu'en dehors de la gestation, les tuniques musculaires de l'utérus ne contiennent qu'en germe, pour ainsi dire, les fibres musculaires que la gestation développe et prépare pour un moment donné, qui est celui de la parturition.

Dans cet ordre d'idées nous arrivons à concevoir les différents organes musculaires comme subordonnés aux fonctions qui leurs sont propres et auxquelles on les voit pour ainsi dire s'adapter. Les muscles à contraction lente du corps de l'hippocampe ne suffiraient pas à sa locomotion : ses organes locomoteurs sont pourvus de muscles à contractions brusques. La langue des animaux supérieurs a besoin de mouvements rapides pour la préhension, la déglutition ou pour des fonctions spéciales comme la parole, elle prend les réactions physiologiques d'un muscle à contraction brusque. Enfin, chez les raies, nous voyons les muscles à contraction lente jouer dans le mouvement des nageoires un rôle régulateur qui, très-probablement, constitue la véritable fonction des muscles rouges partout où ils se montrent. Dans la patte du lapin par exemple, le triceps sural est composé de muscles évidemment synergiques : les jumeaux qui sont des muscles blancs, le soléaire qui est un muscle rouge. Il est probable que, chez cet animal, ce dernier muscle, par ses contractions lentes et soutenues, joue un rôle important dans la production des mouvements synergiques eux-mêmes.

Messieurs, je ne poursuivrai pas plus loin l'analyse des propriétés générales des muscles. Je ne rechercherai pas chez les animaux supérieurs et chez l'homme la distribution topographique des masses musculaires qui diffèrent entre elles par leur mode de contraction. Je vous ai montré jusqu'ici les organes du mouvement dans leur ensemble d'une part, dans leur variété d'action de l'autre, et s'adaptant à la fonction qu'ils sont destinés à exécuter, tout en restant soumis aux mêmes dispositions morphologiques générales. C'est ainsi que les organes contractiles de tous les ordres forment un système dans le sens attribué à ce mot par Bichat. Dans la prochaine leçon nous entrerons au cœur même de notre sujet et nous étudierons analytiquement les tissus dont je ne vous ai donné jusqu'ici qu'un aperçu synthétique. (*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE.

Un cas de myélite antérieure aiguë (paralysie atrophique spinale, paralysie infantile) chez l'adulte ;

Par **A. LAVERAN**, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

On a cru longtemps que la paralysie atrophique était une maladie propre à l'enfance, d'où le nom de *paralysie infantile* adopté par la plupart des auteurs pour la désigner. Les faits qui montrent que cette variété de myélite aiguë peut se rencontrer chez l'adulte, ne sont pas nombreux ; treize ou quatorze observations, dont quelques-unes même pourraient prêter à la critique, voilà jusqu'ici tout le bilan de la paralysie atrophique spinale chez l'adulte. Duchenne (de Boulogne) qui, le premier, a déclaré que la paralysie dite infantile pouvait se rencontrer chez l'adulte, ne rapporte, dans la dernière édition de son *Traité d'électrisation localisée*, que trois observations à l'appui de son dire (observations LXIX, LXX, LXXI) ; encore dans deux de ces cas les malades n'avaient-ils été soumis à l'observation de Duchenne que longtemps après l'invasion du mal; il faut noter aussi que l'un des malades n'avait que 10 ans au moment des premiers accidents qui, il est vrai, s'étaient reproduits à l'âge de 31 ans.

D'autres cas de myélite antérieure aiguë chez l'adulte ont été publiés depuis ; ces observations sont dues à MM. Charcot (3 cas chez des hommes de 15, 19 et 35 ans ; 1 cas chez une femme de 60 ans, morte à 67 ans), Bernhardt (3 cas chez des hommes de 20, 22 et 35 ans), Cuming (1 cas chez un homme de 40 ans) et Kussmaul (3 cas chez un homme de 28 ans et chez des femmes de 18 et de 33 ans). MM. Bourneville et Teinturier ont publié en 1874, dans le *Progrès médical*, une excellente revue critique de tous les travaux relatifs à la paralysie spinale de l'adulte, je crois inutile de résumer un article d'aussi fraîche date, j'y renvoie le lecteur (1) et je passe immédiatement à la relation du cas nouveau qu'il m'a été donné d'observer.

OBSERVATION. — Gosnet, Philippe, âgé de 23 ans, clairon au 74e de ligne, est un garçon bien constitué, intelligent, il répond avec beaucoup de précision à toutes les questions qui lui sont posées.

Le malade a eu la variole à l'âge de 3 mois, il en porte de nombreuses cicatrices; en 1874, il est entré à l'hôpital de Vincennes pour une fièvre typhoïde légère et il a été envoyé en convalescence pendant trois mois dans sa famille. — La mère du malade est morte à 59 ans ; elle était paralysée du côté droit depuis quatre ans au moment de sa mort; le père vit bien portant ainsi qu'un frère et une sœur ; avant son entrée au service, Gosnet était cultivateur.

Les accidents qui amènent Gosnet à l'hôpital sont survenus très-rapidement au mois de septembre 1875 pendant les grandes manœuvres. Gosnet était alors avec son régiment dans le département de l'Eure; le 12 septembre au soir il se coucha sans avoir éprouvé le moindre malaise, après avoir dîné de fort bon appétit et s'être promené dans le camp ; depuis plusieurs jours il avait beaucoup plu, Gosnet s'endormit sur le sol humide de sa tente. Le lendemain matin le malade se réveilla le bras droit paralysé, il n'éprouvait pas de malaise général, pas de céphalalgie, pas de douleurs ; il crut qu'il avait pris en dormant une fausse position et que son bras était simplement engourdi, tel fut aussi l'avis du médecin qui vit le malade.

Gosnet continua à faire son service, il tenait son clairon de la main gauche et toute la journée il suivit l'officier qui commandait l'école de tirailleurs. L'engourdissement du bras droit loin de disparaître augmenta rapidement ; le 13, vers 4 heures du soir, la paralysie du membre supérieur droit était presque complète ; le malade ne pouvait plus remuer que les doigts, encore était-il incapable de serrer un objet avec force.

Trois jours après ces premiers accidents le malade en se levant sentit que sa jambe gauche pouvait difficilement le sup-

(1) *Progrès médical* 1874, p. 78, 93, 123, 140, 152.

[illegible] sur lui, ses camarades l'aidèrent à se mettre debout et Gosnet put encore se rendre à pied à l'ambulance d'où il fut dirigé sur l'hôpital de Bernay.

La paralysie du membre inférieur gauche alla en augmentant; au bout de trois jours, elle était arrivée à son maximum, le malade ne pouvait plus se soutenir sur la jambe gauche, il lui était impossible de marcher: néanmoins, dans le lit, il pouvait encore exécuter quelques mouvements: flexion et extension des orteils, flexion de la jambe sur la cuisse, le talon trainant sur le lit.

Pendant douze jours la paralysie du bras droit et celle de la jambe gauche restèrent stationnaires; l'état général était très-satisfaisant, l'appétit conservé, il n'y avait aucun signe de fièvre d'après le malade (la température n'a pas été prise à l'hôpital de Bernay); mais des douleurs survinrent peu de temps après l'entrée à l'hôpital. Ces douleurs consistaient en élancements dans les extrémités paralysées, principalement dans la jambe, puis en douleurs de reins; les souffrances étaient plus vives la nuit que le jour. A aucune époque le malade n'a ressenti de fourmillements dans les extrémités, ni de douleurs en ceinture; la sensibilité des parties paralysées n'a jamais été diminuée, et l'on ne trouve non plus à noter aucun trouble de la miction, ni de la défécation.

Prescriptions : Bains sulfureux, frictions des parties malades avec l'alcool camphré; teinture de noix vomique à l'intérieur; trois vésicatoires furent appliqués successivement sur le bras droit. Au bout d'une douzaine de jours la paralysie du membre inférieur s'amenda; en même temps les élancements disparurent; le malade fut bientôt en état de se tenir debout et de marcher, mais la jambe gauche était encore très-faible et le bras droit restait paralysé, un mois environ après l'entrée à l'hôpital le malade remarqua que les extrémités paralysées, le bras surtout, diminuaient de volume.

Le 23 novembre 1873, le malade est évacué sur le Val-de-Grâce et placé dans le service de M. le professeur L. Colin, qui prescrit l'emploi de l'électricité et des douches froides; à la fin du mois de décembre, je prends le service de la salle 30 où se trouve couché le malade et je constate l'état suivant (20 décembre 1873) :

Tous les muscles de l'épaule et du bras droits et quelques-uns des muscles de l'avant-bras droit sont paralysés et en voie d'atrophie. Le malade ne peut ni soulever le bras droit, ni fléchir l'avant-bras sur le bras, ni étendre les trois derniers doigts de la main droite, il est obligé de se servir de la main gauche pour mouvoir son bras droit; la main étant placée dans la pronation le malade ne peut pas la mettre en supination (paralysie des long et court supinateurs), il ne peut pas non plus mettre la main en extension forcée sur l'avant-bras (paralysie des radiaux); les mouvements de pronation, de flexion du poignet et des doigts, ceux d'extension du pouce et de l'index sont conservés ainsi que les mouvements d'abduction des doigts et d'opposition du pouce, ce dernier étant toutefois limité. Gosnet prétend qu'il peut étendre l'avant-bras sur le bras, mais en le voyant faire on se convainc facilement qu'il n'obtient ce mouvement qu'en laissant l'avant-bras obéir à la force de la pesanteur.

L'atrophie des muscles de l'épaule et du bras est évidente; elle porte principalement sur les pectoraux, le deltoïde, le biceps et le triceps brachial; lorsque le malade est debout ou assis, la tête de l'humérus, qui n'est plus soutenue par le deltoïde et le [illegible], atrophié lui aussi, se sépare de la voûte acromienne. A l'avant-bras l'atrophie est moins marquée, elle paraît porter en particulier : 1° sur l'extenseur commun des doigts; (par suite de la paralysie de ce muscle les trois derniers doigts de la main droite sont à l'état de demi-flexion permanente, le malade ne peut pas les relever, tandis que l'extension du pouce et de l'index se fait facilement à l'aide des extenseurs propres); 2° sur les long et court supinateurs; 3° sur les radiaux, le deuxième surtout qui est extenseur direct du poignet (Duchenne). A la main les saillies des muscles des éminences thénar et hypothénar persistent; les espaces interosseux ne sont pas déprimés comme dans l'atrophie musculaire progressive. La mensuration faite comparativement du côté sain et du côté malade donne :

Bras gauche [illegible]	[illegible]	de circonférence.
Bras droit id. [illegible]	[illegible]	—
Avant-bras gauche [illegible]	[illegible]	—
Avant-bras droit [illegible]	[illegible]	—

L'exploration électrique des muscles montre ce qui suit : les pectoraux, les sus et sous-épineux, le biceps, le brachial antérieur, le triceps, le coraco-brachial ne se contractent pas sous l'influence du courant au maximum (pile de Morin) il en est de même de la plus grande partie du deltoïde; un petit faisceau du bord antérieur de ce muscle se contracte légèrement, mais il n'a pas la force d'imprimer un mouvement au bras, on le voit seulement se raidir sous la peau au moment du passage du courant. A l'avant-bras l'extenseur commun des doigts, les court et long supinateurs, les radiaux sont insensibles à l'électricité, les autres muscles de l'avant-bras et ceux de la main nous paraissent jouir de leur contractilité électrique normale.

Un petit fragment de la partie postérieure du deltoïde, enlevé à l'aide de l'emporte-pièce de Duchenne (de Boulogne) et soumis à l'examen microscopique présente les caractères suivants : la striation transversale normale fait défaut sur presque toutes les fibres; on ne distingue plus que des stries longitudinales et un contenu finement granuleux sans gros globules graisseux. Les noyaux, qui se colorent par le picro-carminate, ne sont pas altérés. Deux ou trois fibres seulement dans toute la préparation montrent encore des stries transversales et une apparence qui rappelle l'état normal. Une petite artériole enlevée avec le fragment de muscle n'est pas altérée.

La sensibilité est intacte, aussi parfaite au membre supérieur droit qu'au membre sain.

Les troubles de la motilité sont heureusement beaucoup moins graves dans le membre inférieur gauche que dans le membre supérieur droit, le malade marche sans boiter, mais il se plaint encore de faiblesse dans la jambe, et dès qu'il essaie de courir la jambe fléchit, la boiterie reparait. Dans le lit tous les mouvements du pied, de la jambe et de la cuisse se font régulièrement; tous les muscles se contractent sous l'influence de l'électricité. La cuisse et la jambe gauche présentent des traces d'atrophie ainsi que le prouvent la simple inspection et la mensuration :

Cuisse droite (partie moyenne).......	36 c.
Cuisse gauche id.	35 c.
Jambe droite (1/3 supér.)...........	30 c. 5
Jambe gauche (1/3 supér.)...........	28 c. 5

La sensibilité est intacte au membre inférieur gauche.

Pas de troubles de la miction ni de la défécation, pas de troubles trophiques autres que l'atrophie des muscles. Toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement, le malade mange trois portions. L'exploration des organes internes, poumons, cœur, etc...... ne donne que des résultats négatifs.

Le diagnostic porté est celui *de myélite antérieure aiguë avec paralysie atrophique consécutive*. — Traitement : électrisation localisée. Douches froides. (*A suivre*).

De l'étranglement intestinal par double flexion de l'S iliaque sur elle-même.

Par le Dr **RENDU**.

Parmi les nombreuses communications de M. Léger, il en est une sur laquelle je désirerais appeler l'attention. Elle est relative à deux cas d'étranglements internes observés dans le service de M. le professeur Dolbeau. (Voir page 194.)

L'autopsie fit voir dans les deux cas une lésion identique, consistant en une torsion de l'S iliaque sur elle-même, et décrite du reste complètement dans les observations de M. Léger. Sur le sujet qui avait été opéré, on voyait que le cœcum était complètement et parfaitement fixé à la paroi abdominale, de manière à rendre impossible tout épanchement de matières dans le péritoine. Mais le premier point qui s'était rompu avait porté sur l'S iliaque, distendue elle-même au niveau de la partie antérieure et moyenne de sa portion droite, c'est-à-dire, de la portion qui, descendante à l'état normal, s'était portée au

devant et en dedans de l'autre portion déjà basculée sur elle-même.

La ressemblance exacte dans ces deux cas des lésions mettant obstacle au cours des matières, pourrait faire penser que cette variété d'obstruction intestinale est fréquente. Mais si l'on recherche des observations analogues, il est facile d'en constater la rareté. Le mémoire de Duchaussoy (*Académie de médecine* 1860), est le seul travail qui en fournisse des exemples. Dans son chapitre sur l'étranglement de l'intestin par l'intestin, Duchaussoy donne un tableau qui porte, en tête d'une colonne, comme cause d'obstruction, la torsion de l'S iliaque et sous ce titre se trouvent seulement consignées cinq indications :

P. Hewett, Parker (*Edimburgh medic. and surg. journal*).
Easton (*Union médicale* 1851, ou *Monthly journal*, Dec. 1850).
Barlow (*Arch. générales de médecine*, 4e série T. VIII).
Busk (*Path. Soc. of London*. V. I. P. 108).

A la suite, deux de ces observations sont seulement rapportées, et on ne peut mieux faire que de citer le texte lui-même. » Barlow, dit-il, fournit un bel exemple des effets produits par » la torsion de l'S iliaque. L'abdomen est presque complétement » rempli par l'S énormément distendue, hypertrophiée dans » sa tunique musculaire, et deux fois contournée sur son axe. » Le colon descendant passait au-devant du rectum dans le » point où il se continue avec cet intestin. Immédiatement au » dessus de cette portion du colon, il y avait une perforation » de l'intestin. L'S était tordue sur elle-même dans sa portion » inférieure. Ensuite elle se portait un peu à droite, puis en » arrière. Le mésentère était épaissi, enflammé. Le rectum, » immédiatement au-dessus du point où il passait derrière le » colon descendant, offrait une dilatation considérable avec » épaississement. »

Plus loin vient l'observation de P. Hewett et Pollock. « Voici, » dit Duchaussoy, les résultats de la torsion unie à l'accumu- » lation des matières fécales : On trouve le ventre occupé par » une large tumeur de couleur brune, qui a déplacé les divers » viscères et même empiété sur la poitrine. Cette tumeur est » formée par l'S iliaque énormément distendue, et unie à la » fosse iliaque par un pédicule formé par un long mésocolon » tordu sur lui-même. Cette torsion avait produit une obstruc- » tion incomplète de l'intestin, dont les ouvertures vers le colon » descendant et le rectum se trouvaient très-étroites et tortueu- » ses. La cavité de cet intestin distendu était pleine de fèces. »

On voit dans cette dernière observation que la description pathologique de la pièce ne se rapporte pas exactement à la lésion des 2 cas qui font l'objet de ce mémoire. Peut-être s'agissait-il d'une disposition identique, mais les détails ne sont pas suffisamment expliqués, car il n'est parlé en aucune manière du genre de déplacement qu'avait subi l'S iliaque et on ne signale que la torsion de son mésocolon.

Quant aux autres observations mentionnées seulement comme titre par Duchaussoy, en se reportant à ses indications bibliographiques, on voit que le cas de Parker est relatif à une constriction de l'S iliaque par un tour de l'iléon passant devant, puis derrière, et au-dessus d'elle. Ce fait n'est donc nullement comparable à nos deux observations.

Le cas consigné par Busk dans les *Bulletins de la Société anatomique de Londres*, est relatif à un jeune homme de 28 ans, admis à l'hôpital dans un état désespéré. A l'autopsie, on vit que l'S iliaque occupait la presque totalité de la cavité abdominale. Il était gangrené, immensément distendu ; les bandes musculaires étaient effacées et la tunique séreuse rompue. En examinant avec soin la lésion, on vit que cette portion de l'intestin avait d'abord été attirée en haut, et qu'elle était devenue étranglée en retombant sur elle-même du côté droit, causant ainsi la formation d'un pas de vis et par conséquent d'un étranglement. Il n'y avait qu'un léger épanchement péritonéal. Le colon et le rectum furent trouvés sains. Le patient était habituellement sujet à la constipation.

Cette description semble montrer qu'ici existait un simple demi-tour de l'S iliaque. La torsion aurait donc été incomplète et il ne se serait produit que le premier temps du mécanisme décrit dans les deux observations de M. Léger.

Enfin dans l'*Union médicale* 1851 p. 44, on trouve comme titre de l'observation d'Easton : Oblitération de l'intestin causée par une conformation spéciale de la courbure sigmoïde du colon. Mais en lisant cet article, on se rend facilement compte de la mauvaise interprétation du fait. Il s'agit d'une jeune femme de 27 ans, souffrant d'une constipation opiniâtre depuis déjà longtemps et succombant à une obstruction intestinale. « A l'autopsie, dit-on, on vit que la cause de la mort rési- » dait dans une disposition anormale et congénitale du colon » dans sa partie sigmoïde. En effet, cette portion du gros » intestin égalait presque en longueur toutes les autres parties » du colon prises ensemble. A partir de la région iliaque, d'où » il naissait comme d'habitude, il s'élevait sur la ligne » médiane, s'inclinait un peu à gauche pour atteindre la région » splénique et s'enfonçait au-dessous des fausses côtes gau- » ches ; là, il se recourbait brusquement à angle aigu pour » suivre ensuite sa direction habituelle. De cette disposition, » il résultait que l'origine du colon était couchée en avant de » l'autre extrémité de cet intestin et que cette dernière se » trouvait fortement comprimée sur le promontoire du sacrum » par les matières fécales arrêtées en ce point. »

On voit d'abord dans cette description qu'il n'y a aucune preuve en faveur de l'existence congénitale de cette disposition particulière, et de plus, en réfléchissant un peu, on se rend facilement compte que tout ceci n'est que le premier temps du mécanisme de la lésion décrite par M. Léger. On voit en effet que l'origine du colon iliaque ou S iliaque a été portée en avant de la terminaison de cet intestin par une rotation à droite de la première portion, et a causé l'étranglement à ce niveau.

Il résulte de ces recherches qu'on ne trouve en résumé qu'une seule observation, celle de Barlow, qui soit exactement semblable aux nôtres. Deux ensuite, celle de Busk et d'Easton, s'en rapprochent beaucoup et pourraient même être regardées comme analogues, puisque le mécanisme réduit au premier temps de la torsion a produit le même résultat, c'est-à-dire la distension exagérée de l'S iliaque sur elle-même et l'obstruction intestinale. Peut-être la pièce de P. Hewett et Pollock est-elle aussi la même, mais le mécanisme n'est pas suffisamment expliqué dans cette observation pour qu'on puisse en tirer des conclusions certaines. Quoi qu'il en soit, en appréciant le plus largement possible ces observations d'obstruction intestinale, on ne trouve dans la science que quatre exemples au plus des lésions décrites par M. Léger.

Après avoir ainsi montré la rareté de ces torsions de l'S iliaque, il convient de comparer les deux observations pour y trouver des points de ressemblance qui puissent mettre à l'avenir sur la voie du diagnostic. Les sujets étaient tous deux d'un âge mûr, ainsi que celui de Barlow ; le malade de Busk et celui d'Easton étaient beaucoup plus jeunes, 28 ans seulement. Aucun fait analogue n'a été observé au dessous de cet âge. Nous verrons que c'est là un point qui n'est pas sans valeur, bien qu'il paraisse au premier abord sans importance.

Les deux malades de M. Léger ont présenté les signes généraux de tout étranglement interne, et comme dans la plupart des cas où l'obstacle siége sur le gros intestin, ils n'ont pas eu de vomissements fécaloïdes. Mais la forme du ventre chez eux, s'est écartée du type classique de l'occlusion du gros intestin : ni l'un ni l'autre n'a offert cette apparence de fer à cheval que donne si souvent, en pareille circonstance, la dilatation des côlons.

Chez la femme, l'abdomen était distendu régulièrement, plutôt proéminent au centre que sur les parties latérales. L'homme, au contraire, avait le ventre inégalement gonflé, et c'était le côté droit qui faisait saillie beaucoup plus que le côté gauche. L'autopsie a donné l'explication de cette prééminence des flancs et de l'épigastre, en montrant que les côlons étaient presque vides de gaz et fort peu développés, tandis que l'S iliaque, renversée sur la ligne médiane et du côté droit de l'abdomen, était le siége d'une distension énorme. Il faut admettre que l'obstacle siégeant sur le gros intestin, les côlons ont fait l'office d'une pompe foulante qui a fait accumuler les gaz dans l'S : de là, le développement colossal de cette portion du gros intestin qui contribuait, pour la plus grande partie, à la déformation de l'abdomen.

La femme qui fait le sujet de la 1re observation de M. Léger

a, de plus, offert une particularité très-intéressante, c'est la constriction sentie par le doigt à la partie supérieure du rectum.

Il est évident que cette constriction était le résultat de la torsion de l'S iliaque. C'était là, ce semble, une indication de passer une sonde œsophagienne à travers le rectum, tentative qui malheureusement n'a pas été faite, car il était presque certain que là était l'obstacle aux matières fécales. En l'absence de sensation bien nette de cancer intestinal, on ne pouvait craindre qu'une chose, c'est que la sonde ne pût franchir l'obstacle : dans le cas où elle l'eût dépassé, le résultat eût été forcément excellent, l'S iliaque se serait dégonflée instantanément, et la malade eût probablement guéri.

On doit noter enfin que, dans toutes les observations publiées, comme dans les deux nôtres, on a soigneusement remarqué la constipation très-prononcée qui existait auparavant.

A propos du diagnostic, on ne pensera d'abord jamais à cette espèce d'obstruction quand on sera en présence d'un arrêt des matières chez un enfant. Il faut donc que le sujet soit déjà d'un certain âge et nous expliquerons ce fait qui n'est pas seulement fondé sur la statistique, (bien insuffisante pour cette variété de volvulus), mais sur l'idée que nous nous faisons du mécanisme. — On pourra ensuite soupçonner cette lésion, si, avec les symptômes d'une obstruction siégeant sur le gros intestin, absence de vomissements stercoraux, quelquefois ténesme rectal... etc., on voit un développement irrégulier du ventre, surtout bombé de la partie supérieure des pubis vers le bord inférieur du foie. A plus forte raison croirait-on à ce genre d'obstruction, si le toucher rectal faisait sentir à la partie la plus élevée qu'on puisse atteindre, une espèce de striction, sans que le sujet eût présenté auparavant de signes d'altération organique de cet organe. Il est inutile de signaler ici la confusion impossible entre cette striction, qu'on sent à peine, et la saillie d'un tube invaginé à la partie supérieure du rectum, car outre les symptômes propres à l'invagination, les deux sensations doivent être bien différentes.

Il reste à expliquer comment, d'après M. Léger, on doit concevoir le mécanisme de la lésion. Celle-ci, jusqu'à présent, s'est toujours rencontrée sur des sujets avancés en âge et antérieurement constipés. Or, la constipation agit à la longue de deux façons sur l'intestin.

D'une part elle distend graduellement l'S iliaque, et d'autre part elle l'affaiblit en paralysant l'effort de contraction de ses fibres musculaires. Le mésocôlon prend également part à la distension, et le résultat de cette élongation habituelle est de rendre les deux courbures normales de l'intestin beaucoup plus prononcées. Outre cette cause d'ampliation, il existe aussi des différences individuelles assez accusées, comme on peut s'en assurer en examinant l'S iliaque sur une série de sujets.

Si, dans ces conditions de développement exagéré, on suppose une réplétion de l'S iliaque rendant son poids plus marqué et son ballottement plus facile, dans un brusque mouvement de gauche à droite, surtout si le sujet est couché, la première portion tournera autour de la seconde, amenant dans son mouvement la fin du côlon descendant en avant de l'origine du rectum. C'est le premier temps du mécanisme, et tout peut du reste se borner là, comme le montrent l'observation de Busk, celle mal interprétée d'Easton et aussi un cas que M. le professeur Charcot se souvient d'avoir vu à la Salpêtrière.

Ces données ne sont pas une simple hypothèse, car si sur un sujet portant une S iliaque dans les conditions voulues, c'est-à-dire avec deux courbures bien prononcées, et pourvue d'un mésocôlon assez lâche, on incline le cadavre sur le côté droit, on voit l'S iliaque basculer dans sa première portion au-devant de la seconde, et le premier temps du mécanisme s'accomplir de lui-même. Quant au second temps, il nous a été impossible de le reproduire jusqu'ici par l'insufflation ou par tout autre moyen. Du reste, le nombre de fois où il s'est réalisé pathologiquement est égal jusqu'ici à celui des cas dans lesquels il a manqué. Il est clair que les sujets ayant une S iliaque distendue par une constipation habituelle se livrent souvent à des mouvements qui doivent faire basculer à droite la première portion de cet intestin, mais celui-ci, distendu par des gaz ou n'ayant pas encore un mésocôlon assez relâché, doit reprendre de lui même sa position normale, et c'est probablement ce qui fait qu'heureusement les étranglements dus à cette cause sont fort rares. Mais il suffit d'une fois où cet intestin se porte à droite d'une manière plus prononcée, ou qu'il soit alourdi par des scybales, pour qu'il ne revienne pas à sa place habituelle; l'obstruction est alors constituée. Quant au deuxième temps, il est dû très-probablement à l'accumulation des gaz qui s'amassent surtout dans l'anse descendante et entraînent sa rotation en avant par une action toute mécanique; mais j'ai déjà dit que toutes les tentatives ont été jusqu'ici infructueuses pour le produire sur le cadavre.

Ces considérations ne sont pas purement spéculatives, car on peut en conjecturer pour l'avenir l'efficacité d'un traitement rationnel. Si on pensait en effet avoir affaire à une semblable lésion, surtout si on sentait le point serré (perçu dans notre première observation) il serait indiqué de recourir aux manœuvres suivantes. Comme l'obstacle agit par pression d'avant en arrière sur la partie supérieure du rectum, en faisant mettre le malade sur les genoux, on diminuerait déjà un peu cette striction, et on parviendrait peut-être à faire passer une sonde œsophagienne dans l'S iliaque dilatée, le doigt servant de guide. L'anse distendue se viderait naturellement de ses gaz, et revenant sur elle-même, aurait beaucoup plus de facilité à reprendre sa position normale, surtout aidée par un mouvement brusque du malade de droite à gauche.

Si la sonde œsophagienne ne pouvait pénétrer, la ponction aspiratrice de l'anse dilatée serait probablement efficace. Mais en supposant que la réussite couronnât l'essai de l'introduction d'une sonde œsophagienne, il ne faudrait pas croire à une guérison certaine trop prématurément, car on n'a qu'à se reporter à la description de l'état dans lequel se trouvait l'S iliaque si fortement distendue et inerte pour comprendre comment la péritonite est imminente dans ces cas. Tout dépendrait donc de la durée des accidents qui auraient précédé le moment de l'intervention chirurgicale. — Enfin en supposant que tout moyen eût échoué et que l'entérotomie fût jugée nécessaire, on voit la tendance de l'S iliaque à se présenter au-devant de la paroi abdominale, car c'est elle qui avait été prise par le premier point de suture dans la seconde observation de M. Léger. Du reste cette remarque se trouve déjà dans le travail de Duchaussoy. « Notons encore ici, dit-» il après la relation du fait de Pollock, que le procédé opé-» ratoire de Nélaton n'eût pas manqué de faire tomber sur » l'intestin étranglé. »

Dans ces cas, ce ne pourrait être qu'une mauvaise condition, car si le malade guérit de son obstruction par le bénéfice de cet anus contre nature, l'S iliaque fixée à la paroi abdominale ne pourra revenir à sa position normale et l'anus contre nature sera très-probablement persistant. Si, au contraire, comme l'avait fait M. le professeur Dolbeau, une anse autre que l'S distendue était fixée à la plaie, cette S se viderait par le bout supérieur, s'affaisserait sur elle-même et serait dans les meilleures conditions pour revenir à sa position normale. Dans cet état, les matières reprendraient leurs cours habituels et l'anus artificiel se fermerait naturellement. Toutefois, il est bien probable que l'intestin resterait toujours longtemps inerte et temporairement paralysé, et qu'il serait prédisposé à des récidives ultérieures.

Société de Médecine du Nord. — *Prix.* — La Société de Médecine du Nord décernera un prix de 1,000 francs, au meilleur mémoire inédit sur le sujet suivant : « Résumé de l'état actuel des connaissances acquises en hématologie normale et pathologique. » Les mémoires devront être envoyés avant le 1er janvier 1877, au secrétaire général de la Société, suivant la forme académique, c'est-à-dire franco, sans indication de nom d'auteur et portant une devise répétée sur un billet cacheté, contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

Conditions générales du concours : Les mémoires, lisiblement écrits en français, seront seuls admis à concourir. Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être manuscrites. Les manuscrits envoyés deviennent la propriété de la Société. Les rapports du concours et les mémoires couronnés paraîtront dans le *Bulletin médical du Nord*. De plus, la Société publiera dans le *Bulletin* les travaux qui, sans mériter le prix, lui paraîtront néanmoins dignes de la publicité. (*Bulletin médical du Nord.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

La variole à Lyon. — L'isolement des varioleux

Vers la fin de l'année dernière et le commencement de celle-ci, la *Société de Médecine de Lyon* s'est occupée de la variole et des mesures prophylactiques que l'on doit lui opposer. Le point de départ de la discussion était un travail de M. Joanny Rendu, interne des hôpitaux de Lyon, qui avait suivi, pour ainsi dire pas à pas, une épidémie développée dans cette ville (1).

En quelques mots, voici les faits.

Le 24 avril, arrive à Lyon un détachement du 27e de ligne, venant de Mâcon, où existait alors une petite épidémie de variole. Un militaire de ce régiment, *un seul*, présente les symptômes de la petite vérole quelques jours après son arrivée au camp de Sathonay, et, transporté à l'hôpital des Collinettes, il y succombe. Sa mort est rapidement suivie, durant le mois de mai, de l'apparition de 27 cas de variole dans ce même hôpital ; mais le foyer s'éteint les premiers jours de juin, car on défend alors de recevoir à l'hôpital des malades autres que les varioleux.

Malheureusement, il était trop tard pour enrayer le mal, dont les conséquences devaient se montrer dans l'intérieur de la ville. Les façades qui donnent directement sur les Collinettes sont les premières visitées par l'épidémie (13 cas) ; la façade sud-est, la seule indemne, est séparée de l'hôpital par un vaste square. Les maisons voisines sont ensuite atteintes, et l'on peut relever dans ce quartier un total de 52 cas, pendant une durée de deux mois et demi (fin mai, juin, juillet). De ce quartier, la maladie rayonne dans les différentes parties de la ville, et le chiffre de ces cas isolés, formant de petits foyers secondaires, s'élève à 88.

Ce n'est pas tout : un détachement d'infirmiers militaires part des Collinettes le 14 mai, se rend pour la saison des bains à Bourbon-l'Archambault, et l'un de ces infirmiers est atteint de la variole le lendemain de son arrivée. Quelques jours après, un capitaine de hussards et d'autres militaires en traitement dans le même hôpital, étaient victimes de cette maladie. Des cas semblables se sont produits à Longchêne.

En somme, de la fin d'avril au commencement de décembre, M. Rendu a recueilli près de 200 cas, pour lesquels il a suivi la filiation, et qui *tous* (sauf 3 où elle a échappé, faute de renseignements suffisants), se rapportent à la contagion.

Ces faits viennent démontrer une fois de plus le rôle de la contagion dans la propagation de la variole. C'est un point d'ailleurs sur lequel il y a aujourd'hui peu de contestations : sauf quelques médecins qui opposent encore à la contagion le *quid ignotum* épidémique (2), et accordent à ce génie malfaisant la plus grande influence, tout le monde s'accorde sur ce fait que la variole se propage surtout, sinon exclusivement, par la contagion, et que tous les efforts doivent tendre à empêcher celle-ci de s'exercer.

Les bienfaits de la vaccine sont reconnus par tous, mais par tous aussi, il est admis qu'elle ne crée pas une immunité absolue, certaine, que la variole elle-même n'assure pas. La prophylaxie véritable consiste à isoler les malades ; aussi, dans la seconde partie de son mémoire, M. Rendu insiste-t-il sur la nécessité de l'isolement et sur les moyens de l'appliquer.

L'isolement, tel qu'il est pratiqué en France, est encore fort incomplet, et nous sommes loin, sous ce rapport, de ce qui se fait dans d'autres pays.

En Suisse, dès que la variole apparaît dans un village ou dans une ville, la commission de salubrité publique prend les mesures prescrites par la loi ; ces mesures sont les suivantes :

« 1° La séquestration complète des habitants de la maison infectée. Sur la porte, on place un écriteau portant les mots : *petite vérole*, et toutes les personnes qui y séjournent ne peuvent avoir avec les autres habitants que les rapports indispensables. Les enfants de la maison cessent de fréquenter l'école, et les adultes quittent momentanément les ateliers où ils travaillent. La séquestration n'est levée que sur une déclaration du médecin constatant que l'individu est désormais incapable de devenir un agent de contagion.

« 2° La création d'un lazaret est nécessaire pour assurer, dans tous les cas, l'isolement des varioleux ; on y transporte les malades qui, dans leur logement, ne pourraient être soignés convenablement ou suffisamment isolés.

« 3° La vaccination ou la revaccination est prescrite à tous les habitants d'une maison infectée, s'ils ne prouvent avoir été vaccinés avec succès dans les sept années précédentes.

« 4° Après la guérison, le malade prend des bains ou au moins fait de nombreuses lotions au savon. Les vêtements, les pièces de literie, sont soigneusement lavés et désinfectés ; les murs de l'appartement sont blanchis, les boiseries et les planchers lavés avec un liquide désinfectant.

« 5° Tous les soins à donner aux varioleux doivent, autant que possible, être confiés à des personnes à l'abri de la contagion. La commune supporte les frais et les pertes que ces mesures occasionnent aux indigents. »

A Londres, il existe un hôpital pour les varioleux, mais c'est surtout à New-York que les prescriptions sont rigoureuses : « Il existe un conseil de santé qui, de concert avec les autorités de la police, a le pouvoir de faire transporter tous les cas de petite vérole (aussitôt qu'ils ont été signalés) dans l'*Hôpital des Varioleux*, situé dans l'île de Blakwell, non loin de la cité. C'est le devoir de tout médecin (à moins d'encourir une pénalité) de déclarer au conseil de santé tous les cas de variole et autres maladies contagieuses. Les varioleux ont le choix entre l'hôpital et leur propre maison, à la condition cependant, dans ce dernier cas, de s'engager à n'avoir avec le dehors aucune espèce de communication. Mais il reste au conseil de santé le droit de décider, dans chaque cas, si le rang et la fortune du patient permettent à celui-ci de remplir de telles conditions..... Le *bureau sanitaire central* est relié par des fils télégraphiques à tous les quartiers de la ville. Dès qu'il est prévenu et que la variole est constatée, le patient est transporté dans une voiture d'ambulance *ad hoc* à un pavillon situé au bord de la rivière de l'Est ; de là un steamer *spécial* le conduit à l'île de Blakwell. L'hôpital des varioleux est situé à l'extrémité sud de l'île, et séparé de la Charité par une vaste plaine, au milieu de laquelle se trouve un bâtiment où les parents des varioleux viennent

(1) *Lyon médical*, 1875 et 1876, *passim*.
(2) V. *Lyon médical*, janvier 1876.

prendre de leurs nouvelles et donner les objets qu'ils leur destinent. Le malade demeure dans l'île de deux à quatre semaines, et fait pendant sa convalescence un usage libéral de bains et de savons désinfectants. Après son entier rétablissement, il obtient la permission de quitter l'île, mais il ne peut le faire que sur un bâtiment *spécial*. On ne rend les vêtements, lorsqu'on ne croit pas devoir les brûler, qu'après les avoir préalablement désinfectés au moyen de l'acide sulfureux ».

Telles sont les précautions que l'on prend à l'étranger pour l'isolement des varioleux, en dehors même des vaccinations et des revaccinations, dont le service est largement assuré. Malheureusement, ces mesures ne sont peut-être pas suffisamment pratiques, et sont trop souvent éludées, même en Amérique ; elles seraient probablement difficiles à faire accepter chez nous. Les propositions faites à la Société de médecine de Lyon, par M. Diday et M. Soulier, sont un peu moins radicales, tout en restant encore assez sévères. « Quand un individu est atteint de variole, dit M. Diday, il faudrait que l'autorité fût immédiatement prévenue, et comme une sanction est nécessaire, j'en propose une double. D'abord, toute personne convaincue de n'avoir pas déclaré une variole survenue chez elle, serait frappée par l'autorité d'une amende de simple police, puis je voudrais que les sujets atteints secondairement pussent intenter une action en dommages-intérêts, et pour cela l'amende de simple police serait une indication et un gage. — En second lieu, l'isolement devrait être complet ; une fois le varioleux déclaré, et la déclaration devrait être faite dans les quarante-huit heures, je voudrais que personne ne pût plus sortir de la maison. La variole étant moins communicable les premiers jours, le délai de quarante-huit heures permettrait de vider les lieux à ceux qui ne veulent pas rester près du malade. — Enfin, dans les hôpitaux, on devrait rendre l'isolement encore plus complet, en tenant les visiteurs absolument à l'écart. »

Pour M. Soulier, du moment que l'on admet la contagion de la variole (et elle ne peut être niée), il faut isoler ; « mais, dit-il, une salle d'isolement dans les hôpitaux ne suffit pas ; car l'isolement n'est pas absolu, et il y a de temps en temps dans les salles des cas isolés se rattachant à la salle d'isolement. Ce qu'il faut, c'est un hôpital isolé, et l'administration des hôpitaux accepterait l'isolement dans un hôpital-baraque ; dans cet hôpital, on pourrait, d'ailleurs, employer tous les désinfectants. Cet hôpital serait entouré d'arbres ; on y pourrait avoir des chambres payantes, et comme personnel, des sœurs âgées, moins exposées que d'autres. Pourquoi priverait-on de ce bienfait de l'isolement les malades de la ville ? M. Diday a donné un projet qu'on a accusé de radicalisme ; il n'y a pas de moyens trop radicaux en pareil cas, et pour moi, j'ai pensé aux suivants :

« 1° Le médecin appelé près d'un varioleux serait tenu d'avertir l'autorité, qui enverrait alors une circulaire engageant à la revaccination ;

« 2° On placerait au-dessus de la porte de la maison un écriteau indiquant qu'il y a un varioleux ; je ne crois pas cette mesure bien vexatoire ;

« 3° J'admets aussi avec M. Diday l'amende de simple police comme sanction. »

A la suite de la discussion, dont nous avons seulement envisagé l'un des côtés, et qui s'est, du reste, égarée plus d'une fois, la Société de médecine de Lyon a nommé une commission pour étudier la question, et pour examiner plus spécialement les propositions de MM. Diday et Soulier. Cette commission n'a pas encore, que nous sachions, formulé ses conclusions. A. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 mars 1876. — PRÉSIDENCE DE M. PARROT.

M. PINARD fait une communication sur le souffle ombilical. On peut distinguer plusieurs variétés de souffle. En premier lieu, les bruits du cœur fœtal peuvent être soufflés : dans ce cas, on constate la persistance de ce phénomène pendant quelques jours après la naissance; ce phénomène reste inexpliqué. Quelquefois on perçoit un souffle dû à la compression momentanée du cordon; ce souffle est fort, simple, mais fugace. Enfin, on peut entendre, loin du cœur fœtal, un souffle persistant, simple ou double, qui a beaucoup exercé la sagacité des accoucheurs et dont M. Pinard donne l'explication suivante. Il ne serait pas dû a l'existence de circulaires, mais au développement anormal des valvules des vaisseaux ombilicaux, d'ordinaire rudimentaires ; quand ces valvules anormales existent dans la veine seule, le souffle est simple ; quand elles existent dans la veine et les artères, le souffle est double.

M. LÉPINE rappelle que Goltz, en opposition avec les autres expérimentateurs, a constaté un abaissement de température dans le membre inférieur à la suite de l'électrisation du nerf sciatique sectionné. Cela se passe, en effet, ainsi dans quelques cas, lorsqu'il y a exagération de tonicité des vaso-moteurs, soit par le froid extérieur, soit par l'atropine.

M. RUNCKEL présente quelques considérations sur les mouvements des ailes chez les lépidoptères.

M. RICHET communique les résultats de l'emploi du pneumographe dans deux cas de tétanos. Dans le premier cas (tétanos après congélation et gangrène des membres inférieurs), l'asphyxie était due au spasme de l'expiration, comme le prouve l'existence d'un plateau à l'expiration dans le tracé pneumographique. Dans le second cas (tétanos par plaie de la main, épuisement et mort sans asphyxie apparente), il y avait spasme dans l'inspiration. Il y avait, en effet, un plateau dans l'inspiration, suivi de petites oscillations qui révélaient des mouvements respiratoires tumultueux et désordonnés.

M. PONCET fait une communication sur le tatouage de la cornée. Nous reviendrons prochainement sur cette communication. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mars. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. DEBOUT lit les conclusions d'un mémoire sur l'étiologie de la gravelle, observée par lui à Contrexéville depuis l'année 1868 jusqu'à maintenant. L'auteur a pu examiner 1028 malades, dont 822 hommes. Les principales causes de la gravelle *urique* ont pu être attribuées : 1° à l'hérédité, 191 fois (un cas de gravelle héréditaire sur un enfant de moins d'un an) ; 2° à des troubles gastriques, 163 fois ; 3° à une alimentation exagérée, 101 fois ; — à ce propos, M. Debout fait remarquer que les asperges, tant incriminées par les médecins et les malades, n'ont jamais donné la gravelle *urique* ; — 4° aux habitudes sédentaires, 97 fois ; 5° enfin, au *traumatisme*, une seule fois. Outre la gravelle urique, il existe une gravelle phosphatique primitive (sels de chaux) et une gravelle phosphatique secondaire (sels ammoniaco-magnésiens) : la première a pour causes l'anémie, le séjour dans les pays chauds (marins retour de Cochinchine), la tuberculose ; la seconde est produite surtout lorsque l'urine devient ammoniacale dans la vessie, et quand

le malade a fait usage d'une alimentation végétale. — L'académie se forme en comité secret à 3 heures 3/4. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances de décembre 1875. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Deux observations de volvulus de l' S iliaque;

Par M. LÉGER, interne des hôpitaux.

La nommée D.. Victoire, âgée de 54 ans, entre le 3 août dans le service de M. Dolbeau, suppléé alors par M. TH. ANGER Cette femme, toujours bien portante, sans aucun antécédent de famille. raconte que depuis longtemps ses garde-robes sont rares, peu copieuses et difficiles. Les matières, sans être déformées, ont même quelquefois présenté des stries de sang et un vernis rougeâtre, sans apparence actuelle d'hémorrhoïdes. Depuis quelques mois, on remarquait aussi un peu d'amaigrissement.

Cependant le 27 *juillet*, elle éprouve une espèce d'indigestion, vomissements, diarrhée. Puis, à partir de ce jour, elle n'a plus de garde-robes et se sent mal à l'aise.

Le dimanche 1er *août*, reviennent des vomissements accompagnés de coliques vives. Cet état dure jusqu'au lundi, puis les vomissements cessent le mardi et le mercredi, mais le ventre se ballonne d'une manière progressive et aucune selle ne peut être obtenue.

A son entrée à l'hôpital, le facies abdominal est très-marqué. Les cuisses sont fléchies sur le bassin, la respiration est courte et fréquente, le ventre très-distendu mais d'une manière uniforme. Il n'y a ni selles ni gaz rendus par l'anus. La malade n'éprouve aucun renvoi infect, mais a des vomissements verdâtres, bilieux. Le pouls, faible, marque 124, la température axillaire est de 37°.

Les orifices ne présentent aucune trace de hernie, et on se trouve manifestement en présence d'un étranglement interne. Le toucher rectal fait sentir, tout-à fait à la partie supérieure, un point rénitent, resserré, que le doigt n'atteint qu'à grand peine et qu'on ne peut bien délimiter à cause de sa hauteur.

Ce fait sensible, joint aux renseignements de la malade, fait établir comme cause une altération organique de l'intestin. Plusieurs pilules d'huile de croton ne provoquent aucune évacuation. L'état général s'aggrave. Les vomissements verdâtres deviennent incessants, ne présentant jamais le caractère fécaloïde, et la mort arrive le 5 *août*.

AUTOPSIE. L'abdomen ouvert, on trouve une anse intestinale volumineuse occupant toute la cavité abdominale. Cette anse part du détroit supérieur à gauche, pour se diriger en haut et à droite jusqu'à la face inférieure du foie qu'elle touche par sa convexité. En la rejetant en avant, on voit que tout le reste de la masse intestinale est situé derrière elle et que cette anse est formée par l'S iliaque très-distendue. En recherchant la cause de l'obstruction présidant à cette distension, on constate que c'est un volvulus de l S iliaque qui s'est produit de la manière suivante :

La 1re portion ou ascendante s'est portée en dedans, en décrivant au-devant de la seconde portion ou descendante un demi-arc de cercle, et applique ainsi le point où le colon tranverse se continue avec elle sur l'origine du rectum. Ce premier demi-tour une fois accompli, la portion descendante ou terminale de l'S iliaque qui est à gauche à cause du 1er mouvement opéré, se porte en avant et en dedans, décrivant à son tour un demi-arc de cercle. Dans ce changement de rapports, le mésocolon iliaque subit sur lui même une torsion de gauche à droite et un peu de bas en haut. En résumé, l'S iliaque s'est tordue sur elle-même en décrivant un tour complet, et l'obstruction s'est produite par le passage de la 1re portion au devant, puis en arrière de l'autre.

Comme autre lésion résultant de cette obstruction, on trouve un épanchement purulent peu abondant avec quelques fausses membranes dans le cul de sac postérieur, et on voit à la partie postérieure de la fin de l'S iliaque, à deux travers de doigt au-dessus du point comprimé, une petite fissure longitudinale formée par rupture de la muqueuse intestinale à travers la tunique musculaire dissociée. Mais cet orifice, si petit du reste que l'anse intestinale avait conservé sa distension, s'est peut-être seulement complété pendant l'autopsie.

Cette observation est intéressante par la sensation que le toucher rectal avait donnée, d'une tumeur qui n'était peut-être autre que le point comprimé lui-même. De plus, la fissure toute récente, qui n'était peut-être même pas complète pendant la vie, peut servir à rechercher vers quelle époque céda l'anse intestinale distendue.

On peut voir aussi que le ventre était distendu d'une manière uniforme, sans ce relief en fer à cheval occupant les flancs et l'épigastre, signalé quand l'obstruction siége sur le gros intestin à sa partie inférieure. Ceci s'explique en pensant que la distension tenait ici, non pas au gros intestin, mais à l'anse formée par l S iliaque tordue sur elle-même et portée vers l'hypochondre droit.

II — Dech... âgé de 51 ans, terrassier, est entré le 21 *octobre* dans le service de M. AXENFELD, remplacé par M. AUDHOUI. On obtient peu de renseignements sur son état à cause de son langage peu intelligible. On parvient à savoir qu'il est habituellement constipé, qu'il a commencé à souffrir le 15 *octobre*, mais qu'il a encore pu travailler le 16, et ne s'est couché que le 17. Depuis il n'a eu aucune selle. Cependant, le mardi 19, il a encore rendu, par l'anus, une petite quantité de matières.

A son entrée, le 21 *octobre*, on constate un fort ballonnement du ventre, plus saillant dans sa moitié droite. Il y a, de temps en temps, des contractions qui dessinent plus nettement les anses intestinales et produisent des borborygmes. Le ventre est souple, peu sensible à la pression. Pouls et température normaux ; pas de vomissements, hoquet ; aucune tumeur au niveau des anneaux. — Lavement simple rendu immédiatement, sans produire aucun effet.

22 *octobre*. Même état. — Eau-de-vie allemande; lavements purgatifs. La purgation est bien gardée. Les lavements n'amènent qu'une quantité de matières insignifiante.

Le 27, le ventre est toujours peu sensible, souple. On ordonne un centigramme d'extrait d'opium toutes les heures et de la glace sur le ventre, et deux douches ascendantes. A 4 heures, hoquet, nausées. On sonde le malade qui n'a pas uriné, et on cesse la glace à cause du refroidissement général qu'elle produit; la quantité d'urine obtenue est normale.

24 *octobre*. Devant la persistance de l'occlusion, M. Dolbeau pratique l'entérotomie. Incision des parois abdominales à droite, parallèlement a l'arcade de Fallope, dans son tiers externe, à un centimètre environ au-dessus d'elle. Issue de liquide péritonéal citrin. Présentation d'une anse très-distendue, qui est fixée a l'angle interne. Le point de suture casse, et on recherche l'anse, qui est fixée sans encombre sur tout le pourtour de l'orifice abdominal. Après l'incision de l'intestin, il sort des matières stercorales verdâtres, mollasses, en assez grande quantité, mais relativement très-peu de gaz. — Cataplasme sur le ventre; continuation des pilules d'opium; vin et bouillon.

Le *soir*, T. ax. 38°, 7. le malade n'a pas vomi ; le ventre est bien diminué, mais douloureux. Les matières s'écoulent bien par l'anus artificiel.

Le 25 *octobre*, T. ax. 38°. Pouls 144, petit; face grippée; extrémités froides. Le malade n'a vomi pour la première fois que le matin. Mort à 8 heures.

AUTOPSIE. Vascularisation du péritoine, léger épanchement séro-purulent. Une anse intestinale volumineuse allant de gauche a droite remplit tout l'abdomen. A gauche de cette anse, sont quelques circonvolutions d'intestin grêle tombant dans le petit bassin et paraissant comprimer l'anse distendue au niveau de son pédicule, de sorte qu'a première vue, on pense à une luxation de l'intestin grêle dans le petit bassin étranglant une portion du gros intestin ; mais on relève facilement cette partie d'intestin grêle, et on voit que ce n'est pas la cause de l'étranglement, et qu'on est en présence d'une lésion identique à celle de l'autopsie précédente, c'est-à-dire d'un étranglement au niveau de l'origine du rectum par un tour complet de l S iliaque sur elle-même, accompli de gauche à droite.

Il n'y a aucun épanchement de matières stercorales dans le ventre. La suture et l'ouverture de l'intestin ont porté sur

le cœcum. Mais sur l'anse disposée au niveau de la partie antérieure et moyenne de sa portion droite, on voit 2 piqûres peu distantes l'une de l'autre. C'est le vestige du premier point de suture dont le fil a cassé. On avait donc d'abord piqué l'anse distendue de l'S iliaque elle-même; puis, le point ayant cédé, elle s'est échappée et on a fixé une autre portion d'intestin qui était le cœcum.

La piqûre de l'anse distendue avait probablement été obturée de suite par un épanchement de lymphe plastique, car elle n'avait nullement amené l'affaissement de cette partie d'intestin.

M. Després. Avait-on fait des injections forcées par le rectum?

M. Léger. On avait injecté, à la pression ordinaire, des liquides laissant dégager des gaz.

M. Giraldès. Le mécanisme que vient de démontrer M. Léger a déjà été signalé il y a quelques années par un médecin italien, du nom de Melchiori, qui avait entrepris sur ce sujet une série d'expériences; j'ai fait à la *Société de Chirurgie* un rapport sur ce mémoire (1).

Il faut dire aussi que ce mécanisme ne doit pas être applicable à tous les cas. On sait, en effet, que l'S iliaque du colon présente de grandes variétés; cette portion de l'intestin est, suivant les cas, plus ou moins longue, et retenue à la paroi postérieure de l'abdomen par un repli plus ou moins lâche. Il faut toujours qu'elle ait une certaine étendue pour que la torsion soit possible.

M. Charcot. La torsion de l'S iliaque par le mécanisme qu'a montré M. Léger, n'est pas un fait vulgaire; cependant, elle n'est pas non plus très-rare. J'en ai observé un cas pendant mon internat à la Salpêtrière; mais la torsion était simple.

4. Tumeur solide de l'ovaire. — Ascite. — Mort. — Par P. Budin, interne à la Maternité.

La nommée Clarisse H.,.. âgée de 14 ans et demi, fut amenée à la Maternité par sa mère le 9 août 1875. Cette enfant avait vu, depuis le mois de janvier de la même année, son ventre augmenter considérablement de volume. Réglée depuis l'âge de 12 ans, elle l'avait été régulièrement; mais, l'écoulement sanguin durait longtemps, pendant dix ou quinze jours. Depuis le mois d'avril les règles n'avaient point reparu. En présence de ces symptômes, sa mère craignit une grossesse et ne crut pouvoir mieux faire que de venir consulter une des sages-femmes de la Maternité. Celle qui fit l'examen affirma, malgré les dénégations de la petite fille, qu'il y avait grossesse et que l'accouchement aurait lieu avant peu. La malade fut placée au dortoir des femmes enceintes pour y attendre le moment de sa délivrance.

Elle y était depuis onze jours, lorsque le 20 août elle fut admise à l'infirmerie, à la salle Sainte-Claire, où M. le docteur Ferraud faisait chaque matin la visite: elle se plaignait d'avoir la jambe gauche œdématiée. Nous fûmes d'abord frappés avec M. le docteur Ferrand par la forme et le volume du ventre et par les sensations que donnait le palper. Evidemment, il y avait erreur, et voici ce qu'un examen approfondi nous apprit.

Il n'existait aucun signe de grossesse; le ventre était volumineux; les règles étaient supprimées, c'est vrai, mais le développement de l'abdomen avait été remarqué déjà en janvier et c'est seulement en mai que les règles avaient cessé de paraître. Il n'y avait eu ni nausées, ni vomissements, ni picotements ou gonflement des seins. Ces derniers ne présentaient aucune aréole, aucune saillie rappelant les tubercules de Montgomery. Quant au ventre, il était large, évasé; on y constatait une matité dans toute la région inférieure, les intestins étaient refoulés en haut; il n'avait pas cette forme arrondie ou mieux ovoïde, proéminente sur la ligne médiane qu'on rencontre dans la grossesse: c'était, au premier abord, la forme de l'ascite. Il existait, du reste, une fluctuation très-nette, très-sensible. Au palper, on sentait au milieu du liquide flotter une masse solide qui se portait plus facilement à gauche et se laissait refouler à droite par la pression. Cette masse était arrondie, présentait à sa surface des saillies lobulées et ne donnait aucune des sensations que fait éprouver l'existence d'un fœtus dans l'abdomen. A l'auscultation, on n'entendait ni souffle utérin, ni bruits du cœur du fœtus. Le toucher vaginal, qui était peu facile et surtout très-pénible pour la malade, permettait de constater l'existence d'un col petit, dur, résistant, conique, d'un véritable col de nullipare. L'abdomen, au niveau de l'ombilic, mesurait 99 centimètres de circonférence.

L'œdème du membre inférieur gauche, qui avait amené cette jeune fille à l'infirmerie, ne paraissait lié ni à une phlébite, ni à une *phlegmatia alba dolens*: il n'y avait ni fièvre, ni douleur localisée; il augmentait ou diminuait à certains jours et semblait plutôt dû, au premier abord, à des phénomènes de compression. L'état général était médiocre, l'enfant était très-pâle très-anémique.

La grossesse n'existant pas, on descendit la malade dans le service de chirurgie (M. le Dr J. Lucas-Championnière) le 24 août: elle y fut attentivement suivie, et voici le résumé des notes prises jour par jour (1).

Du 24 au 28 août le ventre parut se développer assez rapidement; le 27, il mesurait 102 centimètres au niveau de l'ombilic. Le 30, la malade commença à tousser, à éprouver une dyspnée plus intense; on crut à l'existence d'un épanchement pleurétique. Le 3 septembre survinrent plusieurs épistaxis qui se reproduisirent les jours suivants. La température axillaire, prise matin et soir, variait entre 36°9 et 38° (maximum).

La question du diagnostic et du traitement fut très-discutée, et les avis furent partagés entre une péritonite tuberculeuse ou cancéreuse, ou bien une tumeur solide de l'ovaire déterminant de l'ascite. L'état général de la malade, l'œdème du membre inférieur gauche déterminèrent le chirurgien à attendre.

A partir du 5 septembre, l'ascite commença à diminuer, on ne retrouva le 6 que 90cm 1/2, et le 10, 95cm de circonférence.

En même temps apparurent de l'insomnie, des coliques, un peu de diarrhée qui accompagnaient la toux, la dyspnée et les épistaxis. Le 11 septembre, il y eut quelques vomissements verdâtres qui reparurent le 12 et le 13, et des douleurs abdominales qui persistèrent le 14, le 15 et le 16 septembre. Des lavements avec 3 grammes de chloral furent alors administrés chaque soir.

Le 17 septembre, le ventre qui avait diminué de volume pendant plusieurs jours, augmente de nouveau; la température qui, les jours précédents, s'était élevée de 37° à 38°, 39° et même 40°, continue à osciller entre 37° 5 et 39°.

La dyspnée devient de plus en plus intense, il y a 32 respirations par minute; le volume de l'abdomen a encore augmenté à tel point que, le 20 septembre, on mesure 107 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic, 112 centimètres un peu au-dessus. M. le Dr J. Lucas-Championnière fit alors une ponction et retira 10 litres d'un liquide rouge brunâtre, sanguinolent. Cette ponction soulagea beaucoup la malade, elle cessa d'éprouver des douleurs vives dans l'abdomen et d'avoir de la dyspnée, et elle put dormir pendant toute la journée. La température axillaire qui le 19 au soir était de 38°5, le 20 au matin de 37°5, était descendue le 20 au soir après la ponction à 36°2.

Mais l'amélioration ne fut que très-passagère, le liquide se reproduisit avec une très-grande rapidité: le 21 au soir l'abdomen mesurait de nouveau 93 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic; le 22, 99 centimètres; le 23 septembre 101 centimètres; et le 25, 106. En même temps, l'œdème de la jambe gauche qui avait considérablement diminué devenait énorme, si bien que le 27 septembre la cuisse de ce côté mesurait 53 centimètres de circonférence. — La dyspnée, les douleurs abdominales reparurent également, et la malade finit par succomber dans la nuit du 29 au 30 septembre.

Autopsie, faite le 1er octobre, à 10 heures du matin. — En ouvrant l'abdomen, on trouva sa cavité remplie par une quantité considérable de liquide sanguinolent, 12 à 15 litres environ.

(1) *Bull. de la Soc. de chir.* T. I. 2e série.

(1) Des notes m'ont été remises par mon excellent collègue M. Noël qui a suivi la malade du 29 août au 16 septembre; elles m'ont permis de compléter l'observation.

Le péritoine et les intestins avaient une teinte noirâtre ; ils ne paraissaient le siége d'aucune altération bien manifeste. Cette teinte était probablement due à un peu de péritonite chronique et surtout à l'imbibition des tissus par le liquide sanguinolent.

Il existait une tumeur volumineuse, plus grosse qu'une tête d'adulte, développée aux dépens de l'ovaire gauche. — L'utérus était celui d'une nullipare. — L'ovaire, la trompe et le ligament rond sont trouvés intacts du côté droit. Du côté gauche, le ligament a conservé sa situation : la trompe peut être facilement suivie, elle va par son extrémité externe, par son pavillon, s'appliquer sur la tumeur dont le développement aux dépens de l'ovaire est aussi net que possible. La tumeur a, dans son ensemble, une forme arrondie un peu, ovoïde, elle est mamelonnée par places, et offre certaines parties plus saillantes.

On fait une section suivant le plus grand axe de la masse c'est-à-dire de haut en bas et d'avant en arrière, et on trouve qu'elle est formée d'un tissu blanchâtre, que la présence de vaisseaux dans son épaisseur rend parfois rougeâtre ; au milieu de ce tissu existent deux ou trois poches qui n'ont pas tout-à-fait le volume du poing et qui sont remplies de détritus et de liquide : on rencontre surtout un grand nombre de cavités de petite dimension, d'alvéoles remplis par un liquide muqueux, filant. Il existait du côté gauche 4 ou 5 ganglions pelviens qui avaient le volume d'une petite aveline et qui siégeaient le long des vaisseaux iliaques.

Le *foie*, la *rate*, le *pancreas*, les *reins* paraissent normaux. Le liquide épanché en grande quantité, avait refoulé et aplati la vessie très-fortement en avant contre la symphyse pubienne, de sorte qu'il existait un certain espace entre cet organe et l'utérus.

C'était surtout en arrière de l'utérus que les rapports des organes avaient été modifiés : le cul-de-sac recto-utérin avait été considérablement agrandi, le rectum était vide et aplati sur la face antérieure du sacrum, le cul-de-sac péritonéal descendait très-bas, jusque sur le plancher du bassin, et beaucoup plus bas que le col de l'utérus ; les rapports du péritoine avec la paroi postérieure du vagin étaient donc beaucoup plus étendus qu'ils ne le sont à l'état normal.

Dans la cavité thoracique, il n'existait pas de liquide ni de fausses membranes à la surface des plèvres ; le diaphragme avait été refoulé très-haut : la partie inférieure de chaque poumon avait été comprimée et se trouvait en état d'atélectasie; le sommet, au contraire, crépitait sous les doigts. — Il existait un peu de liquide dans la cavité péricardique : le cœur était sain. — Les méninges et l'encéphale ne présentaient rien d'anormal.

M. Després. Si l'on avait observé la malade plus tôt, il eût été très-avantageux et même indispensable, pour établir le diagnostic de cette tumeur, de faire la paracentèse de l'abdomen. Il est préférable, dans des cas semblables, de faire l'ovariotomie de bonne heure.

5. Coxalgie droite suppurée. — Résection de la hanche. — Tubercules du cerveau. — Mort (six mois après l'opération); par Gérard Marchant, interne des hôpitaux.

Meihomme Alexandre, 15 ans, journalier. Père bien portant, alcoolique; mère jouissant d'une bonne santé, ayant déjà perdu 3 enfants en bas âge.

On ne trouve dans les antécédents du dernier d'autre maladie qu'une rougeole. Pendant le siége, il a beaucoup souffert, il vendait des journaux, courait toute la journée, exposé au froid et à la faim. En 1873, il avait reçu un coup de pied d'un homme ivre, et depuis cette époque il se plaignait de la hanche. Ce n'est que depuis six mois qu'il s'est formé un abcès qui a constamment suppuré depuis.

Au moment de l'entrée, le 16 mars 1875, toute la région de la hanche droite est le siége d'un empâtement considérable, la peau est douloureuse, luisante, d'un blanc mat, si ce n'est au niveau du grand trochanter, où se trouve un orifice fistuleux, à bords décollés, rouge violacé, donnant issue à du pus séreux. Le membre est dans l'adduction, et la cuisse un peu fléchie sur l'abdomen ; il y a un raccourcissement du membre de 3 cent. environ. Tout effort pratiqué pour ramener le membre droit dans une autre position et surtout dans l'abduction est suivi de douleurs très-vives pour le malade. Mais l'os iliaque et l'articulation sacro-iliaque paraissent sains. Malgré la maigreur de l'enfant, l'état général est bon, et les poumons parfaitement sains.

L'enfant fut soumis à un traitement tonique, pendant deux mois. Après avoir pris l'avis de M. Giraldès, M. Després se fondant sur l'intégrité très-probable de l'os iliaque et de la cavité cotyloïde, tenant compte de l'état général, se décide à pratiquer la résection de la hanche.

M. Giraldès exprima l'opinion que le mal avait débuté par le grand trochanter; c'était là aussi l'avis de M. Després, mais le premier chirurgien n'était pas rassuré sur l'état d'intégrité de la portion du fémur, au-dessus du grand trochanter.

L'opération est exécutée le 1er mai, après avoir placé le malade sous l'influence du chloroforme. Le sommeil, assez promptement obtenu, ne fut pas précédé de la période d'excitation.

Une incision longue de 12 cent. environ est pratiquée verticalement le long de la face externe du fémur; elle commence au-dessus du niveau du grand trochanter pour descendre à quelques centimètres au-dessous; M. Després la fait confondre avec le trajet fistuleux. On arrive ainsi sur des tissus blanchâtres, lardacés, résistants, dont la section n'amène que très-peu de sang, puis jusqu'à l'os qui est notablement augmenté de volume. Ce premier temps fini, il s'agissait de dégager l'os de toutes les parties environnantes. C'est ainsi qu'au-dessus de la tête du grand trochanter le chirurgien sectionne les attaches des fessiers; en bas le tenseur du fascia lata et le vaste externe sont coupés successivement à 4 cent. au-dessous du grand trochanter. Les quelques artérioles qui donnent sont liées au fur et à mesure. A ce temps de l'opération, après s'être fait du jour en avant et en arrière, comme en haut et en bas, et avoir décollé le périoste, M. Després peut se rendre compte de l'étendue des désordres. Il y a plus qu'une ostéite du grand trochanter; l'articulation coxo-fémorale est atteinte, et sa capsule, éraillée, soulevée par des fongosités : c'est donc une résection totale et non partielle de la tête du fémur qu'il faut pratiquer. La tête bien isolée, la capsule incisée et le membre ramené dans l'adduction, de façon à luxer en arrière et en dehors la tête du fémur, M. Després passe en dedans du corps du fémur, et à 1 cent. environ au-dessous du petit trochanter, une scie à main.

La scie à chaine placée, l'os n'a pas tardé à être scié, et la tête réséquée n'était plus adhérente que par l'insertion du psoas iliaque.

La section de ce tendon a été le troisième et dernier temps de cette résection de la tête du fémur.

On peut constater sur la tête du fémur ainsi extraite, des désordres étendus: elle est le siége d'une ostéite raréfiante et la sphère supportée par le col du fémur n'existe pour ainsi dire plus, elle est remplacée par une surface inégale, érodée. La cavité cotyloïde dans laquelle le doigt pénètre facilement n'est pas indemne, le sourcil cotyloïdien est lui aussi érodé, irrégulier et l'arrière-cavité offre la sensation d'une surface dépolie, éraillée, granuleuse, enfin les fongosités en abondance entourent le doigt explorateur.

Pendant cette opération qui a duré moins de vingt minutes, le malade n'a pas perdu plus de deux verres de sang; on n'a eu que cinq ou six vaisseaux à lier, parmi lesquels le plus considérable était l'artère circonflexe.

Pansement. — On place dans l'intérieur de la plaie un drain de gros calibre, mais pour favoriser le plus possible l'écoulement du pus, ce drain est placé perpendiculairement à la plaie, et non parallèlement, de sorte que l'orifice de sortie inférieur, déclive, est pratiqué au moyen du trocart courbe dans l'épaisseur de la fesse. Application de bourdonnets de charpie alcoolisée dans l'intérieur de la plaie et réunion des lèvres de l'incision par sept points de suture, dite entortillée. Un des bouts du drain passe au milieu de la suture. Puis convaincu de cette loi que les plaies articulaires ne guérissent bien qu'avec l'immobilisation, M. Després, construit lui-même une gouttière de Bonnet en plâtre. Cinq doubles de tarlatane ayant la moitié de la taille du malade et 4 centimètres de plus

que sa largeur sont fendus par le milieu dans le sens de la longueur, depuis le bas jusqu'à 30 cent. environ du bord supérieur. On a ainsi une ceinture rénale incomplète, (comme la gouttière de Bonnet) et deux ébauches des membres qui moulées sur ceux-ci deviendront deux gouttières. Une vaste échancrure est ménagée au niveau de la plaie de la hanche, ainsi qu'une autre circulaire au niveau du siége.

Sur la plaie, on applique un linge à jour cératé, et on recouvre le tout de charpie alcoolisée.

Soir. Quelques vomissements dus au chloroforme. T. A. 38° ; 120 p.

2 mai. T. A. 39,8 ; 136 p.

Soir. T. A. 39,5 ; 132 p., mais état satisfaisant.

3 mai. T. A. 39,2 ; 140 p.. état local très-bon ; une garde-robe.

Soir. 40,2 ; 120 p.

4 mai. T. A. 38,2 ; 122 p. Pansement avec charpie trempée dans de l'alcool camphré et renouvelée tous les jours. Injection avec de l'eau alcoolisée. Pas de souffrance.

Soir. T. A. 39,1.

5 mai. T. A. 38 2, 120 p. La gouttière artificielle, s'étant fendue, on en pratique une seconde, moulée sur un enfant de même âge et consolidée avec du fil de fer. La suppuration s'établit bien.

6 *mai*. T. A. 37,6 ; 112 p.

Soir. 39,2.

7 *mai*. T. 38,6 ; 126 p. Les aiguilles à suture sont retirées. Les bords ne sont qu'imparfaitement réunis.

Soir. T. 38,5; 120 p.

8 *mai*. T. 38,8; 132 p.

T. *Soir*. 38,8 ; 122 p. Etat local satisfaisant.

9 *mai*. T. 38,2.

T. *Soir*. 39,5; 156 p.

10 *mai*. Le malade se plaint de douleur au niveau de la plaie ; l'échancrure de l'appareil n'étant pas assez grande, celui-ci a pressé sur les bords de la plaie qui sont rouges, douloureux. Engorgement d'un ganglion inguinal. Œdème périmalléolaire à droite. T. *Soir*. 40°; 140 p. Evasement de l'appareil. Suppuration.

11 *mai*. 39,1 ; 130 p. *Soir*. T. 39° ; 134 p. Œdème périmalléolaire droit persistant.

12 *mai*. T. 38 ; 122 p., — *Soir*. T. 40,3; 132 p.

13 *mai*. T. 40,2; 130 p. — *Soir*. T. 120 p., 40°. Un peu de rougeur au niveau de la hanche et légère douleur à la pression.

14 *mai*. Erysipèle. T. 40,4; 140 p.

15 *mai*. 140 p , T. 39. *Soir*. T. 40.

16 *mai*. Plaques d'érysipèle persistantes. T. 40, 140 p. *Soir*. 40,9 ; 140 p.

17 *mai*. T. 40,2. *Soir*. 135 T. 41,4. La rougeur s'est étendue à toute la jambe.

18 *mai*. T. 38,8. *Soir*. T. 41, 4.

19 *mai*. L'érysipèle n'existe plus que sur la face externe de la jambe. 114 p. T. 38,2

20 *mai*. T. 37,6, p. 110. — *Soir*. T. 39, p. 120.

21 *mai*. T. 38, p. 100. — *Soir*. T. 37,8 p. 112.

22 *mai*. T. 37,5, p. 100. — *Soir*. T. 37,5, p. 100.

23 *mai*. T. 37,5, p. 112. — *Soir*. T. 37,8, p. 92.

A partir de ce moment, la température devient normale, mais l'œdème de la jambe droite persiste. Pas d'albumine dans les urines. Suppuration séreuse assez abondante.

26 *mai*. M. Després imprime au membre quelques mouvements qui ne sont pas mal supportés. Du 26 mai au 6 juin, rien de nouveau Vers cette époque, le malade se plaint d'une légère douleur au niveau de l'arcade crurale. Un peu de rougeur et de dureté sur le milieu de l'arcade.

9 *juin*. Œdème et rougeur de la région ilio-inguinale. Les lèvres de la plaie de la hanche sont fongueux, revêtus d'une bulle qui en occupe toute l'étendue ; cette bulle ouverte donne issue à de la sérosité.

10 *juin*. Il s'est écoulé du pus en plus grande abondance, et cela a coïncidé avec une détente dans le gonflement de l'abcès ilio-inguinal.

11 *juin*. Etat général bon. Abondante suppuration.

12 *juin*. Œdème du scrotum. Abcès inguinal. M. Després passe un drain faisant communiquer cet abcès avec la plaie de la hanche. A partir de ce moment, la suppuration trouve un accès facile.

Pendant la fin de juin et le mois de juillet, rien de saillant; la suppuration est toujours abondante, sans tendance à la cicatrisation ; de plus, il y a un raccourcissement d'au moins trente centimètres et le membre est placé dans l'adduction. Le malade s'affaiblit.

Le mois d'août se passe sans incident notable. Mais le petit malade a perdu l'appétit, il ne se soutient qu'avec de la viande crue, il ne tousse pas, mais il est dans le marasme. La région fessière et la crête iliaque sont fort douloureuses.

Vers le milieu de septembre l'enfant a été pris de diarrhée profuse ; il a eu quelques vomissements, qui, le 23 septembre, deviennent abondants

24 *septembre*. Sans cause appréciable, des convulsions apparaissent. Ce sont des convulsions toniques qui se répètent. Flexion complète des avant-bras sur les bras. Contracture des masséters. De l'écume sort par la bouche en petite quantité. Grincement des dents. Dilatation égale des pupilles. Strabisme divergent externe. De temps en temps détente pendant laquelle le malade pousse des cris aigus. Pas de tache méningitique. Face pâle. Pas d'albumine dans les urines. Spasmes pharyngés. Dans l'intervalle de ces attaques qui se répètèrent 10 *à 12 fois dans une heure*, le malade a un machonnement continuel. Il agite ses mains de tous côtés, et arrache le drain de sa plaie. Perte de connaissance. Pas de photophobie. Pas de paralysie de la face, ni ailleurs.

L'auscultation, pratiquée en avant, ne donne aucun résultat. Ventre un peu dur, non excavé. Pas de tympanisme. M. Després pense *à des tubercules du cerveau*.

25 *septembre*. Le malade semble reprendre un peu connaissance. Plus de cris. Les pupilles sont dilatées, plus à droite qu'à gauche. Pouls fréquent, sans intermittences, ni irrégularités. Rougeurs de la face.

26 *septembre*. Même état. Le malade tombe dans le coma.

27 *septembre* Gémissements. Pas de contracture des muscles de la nuque. Photophobie. Rien d'anormal dans la respiration.

29 *septembre*. Vomissements ou plutôt simple régurgitation.

30 *septembre*. Les membres restent pendant une ou deux minutes dans la position qu'on leur donne. Affaissement. Diarrhée. Paralysie du rectum et incontinence d'urine.

3 *octobre*. Le malade commence à reprendre un peu le dessus, à manger, mais il reste aphasique. Vomissements. Constipation. Pendant la nuit, cris hydrencéphaliques. Pendant tout le reste d'octobre, le malade est allé tous les jours en s'affaissant, et il a succombé le 28 octobre dans le marasme, sans avoir recouvré l'usage de ses sens, ni de la parole.

Nous avons tenu à rapporter les détails pris au lit du malade, sans nous préoccuper de leur enchaînement.

Autopsie. — *Cerveau*. — Adhérences de la dure-mère avec la face interne du crâne. — Aspect laiteux des méninges et adhérence avec le cerveau, surtout au niveau de la scissure inter-hémisphérique et de la scissure de Sylvius.—A gauche sur la face externe du cerveau, et à sa partie moyenne, en arrière de la scissure de Sylvius, on aperçoit dans une anfractuosité une goutte de pus sous-méningé. — Sur ce même côté et à la partie moyenne de la face externe du lobe occipital, on aperçoit une dépression qui semble correspondre à un abcès. — Mais des coupes du cerveau antéro-postérieures, révèlent des tubercules sur ce point, et c'est la zone de ramollissement dont ils sont entourés qui se traduit à l'extérieur et donne une sensation de mollesse fluctuante — Ces tubercules, exactement situées à la partie postérieure du lobe occipital gauche, siégent à l'union des substances grise et blanche. — Ils sont de différents âges, et sont constitués par un petit noyau qui n'a pas encore subi la transformation caséeuse. En les mettant sous l'eau, on les voit entourés d'une zone de villosités blanchâtres, zone étendue, constituée par les filaments de la susbtance blanche désorganisée et ramollie. — Au niveau de la troisième circonvolution frontale gauche, on ne trouve pas de tubercules, mais la substance cérébrale offre une consistance moindre que dans les parties voisines. — Les ven-

tricules contiennent une certaine quantité de sérosité. — La substance blanche présente un piqueté rouge, bien accentué. — Rien dans l'hémisphère droit. Absence de tubercules pulmonaires.

Foie gras, volumineux. Un tubercule dans la rate, rien dans les reins.

Os iliaque. Est le siége d'ostéite dans sa totalité, jusqu'à l'articulation sacro-iliaque droite qui est elle-même malade. La cavité cotyloïde communique avec la fosse iliaque interne au moyen d'un pertuis pouvant admettre le petit doigt et environné de fongosités. Immédiatement au-dessus de la cavité cotyloïde, et en avant de celle-ci, on trouve une cavité qui loge un séquestre complétement mobile, et séparé, pouvant avoir le volume d'une petite noisette, ce qui indique un travail de réparation.

Fémur. Le périoste est évidemment épaissi, et la diaphyse le siége d'une ostéite peu intense. L'ouverture supérieure du canal médullaire, c'est-à-dire au niveau du point scié, est recouvert et fermé par un petit couvercle osseux, peu résistant mais complet.

M. Hayem fait observer qu'il n'est pas rare de rencontrer à l'autopsie, des tubercules de l'encéphale qui n'ont déterminé aucun symptôme pendant la vie, mais qu'ils sont rarement la cause de la mort

7. Albuminurie. Mort par hémorrhagie dans la protubérance;

Par M. Tolédano, interne à l'hôpital Rothschild.

Widerski Joseph, âgé de 48 ans, courtier de commerce, entre le 16 avril 1875, à l'hôpital Rothschild service de M. Leven). — Ce malade, qui paraît avoir été d'une bonne constitution, a eu des accidents syphilitiques à l'âge de 30 ans: chancre, éruption à la peau, chute des cheveux, symptômes du côté de la gorge. Il a fait des excès vénériens et alcooliques; il buvait surtout de la bière. Son père est mort d'hémiplégie gauche. un de ses frères de paralysie. Il a eu trois enfants dont un seul vit encore, âgé de 22 mois.

Il y a environ cinq mois, c'est-à-dire, au mois de novembre 1874, à la suite de refroidissement, le malade se mit à tousser et à cracher; il avait de l'oppression; ses jambes commencèrent à gonfler; l'appétit diminua; la quantité d'urine augmenta sensiblement; en même temps, il ressentit des douleurs à la région lombaire, des vertiges, des troubles de la vision; il y avait aussi un certain degré d'amaigrissement.

Il paraîtrait qu'au mois de janvier suivant, on reconnut chez ce malade l'existence d'une albuminurie; les battements du cœur étaient alors tumultueux, irréguliers; on entendait des râles sibilants dans tout le côté gauche de la poitrine. Au bout de quelque temps, ces symptômes se calmèrent.

Le 16 avril, à son entrée à l'hôpital Rothschild, le malade présente les signes suivants : oppression très-grande, œdème des paupières généralement plus intense le matin ; teinte subictérique des sclérotiques, augmentation du volume de l'abdomen qui contient une petite quantité de liquide ; les membres inférieurs sont le siége d'un œdème considérable. Pouls normal, pas de fièvre; rien d'appréciable au cœur. A la poitrine le murmure vésiculaire est diminué à la base et en arrière du poumon gauche ; matité en ce point. Les vibrations thoraciques ne sont pas diminuées. L'appétit est bon. — Troubles de la vision, vertiges. — La quantité d'albumine par litre contenue dans les urines est de 4 grammes, et la quantité d'urine est de plus de 2 litres par jour.

A l'examen ophthalmoscopique, on trouve de la rétinite, plus accentuée à gauche: la papille paraît œdématiée, les vaisseaux sont dilatés; on voit disséminées çà et là des taches blanches et des foyers hémorrhagiques. — Le malade est soumis au régime lacté : il prend 4 litres de lait par jour.

21 *avril.* Il survient, pour la première fois, des vomissements glaireux. La quantité d'urine augmente.

Au bout de quelques jours du traitement par le lait, l'œdème des jambes diminue notablement et l'ascite disparaît complétement. Il se déclare en même temps de la diarrhée durant cinq à six jours.

29. Il y a une augmentation notable de l'albumine.

5 *mai.* La quantité d'albumine diminue.

Quelques jours après, il y a de la constipation, augmentation de l'œdème des jambes ; oppression plus grande ; râles sous-crépitants en arrière et à la base du poumon gauche.

27. Le malade est soumis à un régime tonique (quina, fer, vin de Bagnols) et à des bains de vapeur tous les deux jours. Au bout de quelque temps, il se produit une certaine amélioration dans l'état du malade qui sort le 21 juillet.

Il rentre le 2 août avec un œdème considérable des membres inférieurs qui sont le siége de taches de purpura ; la langue est saburrale ; soif, vomissements, inappétence : râles sibilants aux deux bases et en arrière de la poitrine. Troubles de la vision plus intenses; les taches blanches et les foyers hémorrhagiques sont en plus grand nombre. — La quantité d'albumine excrétée dans les 24 heures est de 18 grammes. — Traitement tonique, aidé de bains sulfureux.

Au bout de 20 jours, le malade se trouvant amélioré, sort de l'hôpital pour rentrer une troisième fois, le 20 septembre 1875. A ce moment, Widerski a une teinte ictérique plus marquée de la peau, du purpura aux jambes, des ecchymoses à la partie antérieure des genoux. Oppression considérable, soif, douleur à la région stomacale, vomissements, diarrhée, troubles de la vision, vertiges, pas de fièvre ; 8 grammes d'albumine dans les urines de 24 heures.

Les jours suivants jusqu'au 4 octobre, il y a tantôt de l'amélioration, tantôt de l'aggravation dans son état. La quantité d'albumine varie.

Le 4, le malade se plaint d'avoir passé une mauvaise nuit ; il avait eu des vomissements abondants, accompagnés de diarrhée, de céphalalgie, d'étourdissement il se trouve mieux cependant. — A une heure de l'après-midi, il est pris de vertige ; le sang se porte à la tête; la parole est embarrassée, la vue est complétement troublée. Il y a perte de connaissance. Extrémités froides, contractures des membres, puis légères convulsions qui durent quelques minutes et auxquelles succède le coma. — La température axillaire est de 37 degrés, le pouls filiforme est à 96. — On applique 10 ventouses scarifiées sur le devant de la poitrine, 20 sangsues sur les apophyses mastoïdes, et des sinapismes aux mollets et à la partie interne des cuisses. — Au bout de quelques minutes, le pouls devient plus ample, plus ferme, il marque 72 : la température reste stationnaire. Bientôt des vomissements surviennent, le coma est plus marqué et des râles trachéaux se font entendre.

Le malade est sondé. On retire un quart de litre d'urine qui est analysée. On y trouve, par litre : 14 grammes d'urée; 12 gr. 50 d'albumine ; 2 gr. 10 d'acide phosphorique ; 9 gr. 50 de chlorure de sodium et 1 gr. d'acide urique.

Le sang, analysé également, ne contient pas d'urée en excès. — On ne trouve pas de carbonate d'ammoniaque dans l'air expiré. — Le coma dure jusqu'à trois heures où la mort a lieu.

Autopsie. — Congestion du cuir chevelu. La pulpe cérébrale est congestionnée. On voit à la coupe un piqueté rouge dans toute son épaisseur.

Hémorrhagie considérable au centre de la protubérance qui est ramollie, désorganisée. Le foyer, formé de sang coagulé, a le volume d'une noix.

Poumons congestionnés. Léger épanchement pleural à gauche ; adhérences de la plèvre des deux côtés, surtout à droite. — *Cœur.* — Ventricule gauche très-hypertrophié. Pas de lésions des orifices. — *Foie* granuleux. — *Estomac* distendu par des gaz. La muqueuse présente des congestions sur toute son étendue, principalement au niveau de la grosse tubérosité.

Reins. — Ils sont tous les deux petits, atrophiés. Le rein gauche est congestionné à sa surface. A la coupe, la substance corticale est atrophiée. On trouve, vers l'extrémité inférieure, trois poches volumineuses complétement remplies d'urine. L'une d'elles a le volume d'une grosse noix, les deux autres, celui d'une noisette. La pulpe du rein est le siége de dégénérescence graisseuse. — Le rein droit, également dégénéré, présente dans la substance corticale trois petits kystes remplis d'urine. La *vessie* n'offre rien de particulier. Dans les *yeux*, on trouve des hémorrhagies rétiniennes principalement à gauche.

M. Hayem regrette que le présentateur n'ait pas recherché s'il existait, dans ce cas, des anévrysmes miliaires.

8. Guérison de l'insuffisance des valvules aortiques.

Rapport sur la candidature de M. Hutinel au titre de membre adjoint, par M. Sevestre.

M. Hutinel a fait à notre Société un assez grand nombre de présentations ; mais malgré l'intérêt que pourraient offrir la plupart d'entre elles, je me contenterai d'appeler votre attention sur un cœur, dont le dessin fait partie de l'Atlas de la Société.

A l'orifice aortique, ce cœur ne présentait que deux valvules, une grande et une petite, qui suffisaient à l'occlusion. La plus grande, irrégulière, athéromateuse, fortement excavée, était divisée en deux parties inégales par une ligne saillante, visible seulement sur la face concave et qui indiquait d'une façon évidente la soudure de deux valvules en une seule. Pendant la vie du malade qui succomba à une pleurésie purulente, on avait constaté, à la base du cœur, et au premier temps, un souffle assez rude qu'expliquent facilement les rugosités et les lésions athéromateuses constatées à l'autopsie. Le second bruit était nettement frappé.

Il n'est pas très-rare de trouver l'orifice aortique muni seulement de deux valvules ; et vous avez pu observer cinq cas de ce genre en 1874 ; mais cette anomalie ne reconnaît pas toujours la même cause. Parfois congénitale, elle est assez souvent le résultat d'une altération morbide.

Lorsqu'il y a absence congénitale d'une valvule à l'orifice aortique, les deux autres plus étendues se touchent par leurs extrémités, et peuvent, en s'abaissant, obturer complétement l'orifice (comme dans le cas de M. Maunoir, 1874); ou bien rester insuffisantes comme dans le cas qui a été présenté à la Société par M. Oulmont en 1843.

Une valvule peut être supprimée dans des conditions pathologiques, par arrachement, par destruction plus ou moins complète (Landouzy 1874) ou par suite de l'accollement de deux valvules et de leur fusion en une seule. Dans l'observation de M. Hutinel, comme dans celle de M. Martin, qui vous a été apportée quelque temps après, cette fusion de deux valvules pouvait être nettement constatée. Il ne s'était pas produit d'insuffisance valvulaire à l'orifice aortique dans ces deux derniers cas; et c'est là le fait clinique important à signaler. La même particularité se rencontrait dans une pièce de M. Moutard-Martin. Dans ce cas il existait un rétrécissement notable de l'orifice aortique dont il faut tenir compte ; dans les autres il n'y a pas eu insuffisance parce que les valvules malades se sont soudées, se sont allongées, et se sont en quelque sorte modelées sur l'orifice, parce que, en un mot, elles ont subi une véritable accommodation.

Nous touchons ici à la question de la guérison des insuffisances valvulaires dont l'observation présentée par M. Hutinel est, comme l'a fait remarquer M. le Président, un des exemples les plus nets.

Les cliniciens de tous les pays n'étaient pas restés sans constater la guérison durable de certaines affections valvulaires évidentes. On citait des malades guéris d'insuffisance aortique ou d'insuffisance mitrale, mais la preuve anatomique de ces guérisons manquait complétement. En 1860, Jacks, (Prager Vierteljahrschrift) donna plusieurs observations parfaitement nettes de ces guérisons vraies des insuffisances valvulaires par ce qu'il appela l'*accommodation* des valvules. A son mémoire il joignit plusieurs dessins qui nous permettent de juger par nous-mêmes de l'état des lésions. L'orifice aortique dans chaque dessin est très-notablement altéré; les valvules sont allongées et athéromateuses; elles sont au nombre de trois, et suffisent à l'occlusion.

Ces faits ont été cités par plusieurs auteurs sans qu'on y ait ajouté jusqu'à présent beaucoup d'observations nouvelles. Malgré leur importance, ils ne pouvaient et ne peuvent encore être regardés que comme des raretés pathologiques.

Nous n'avons cité jusqu'à présent que des exemples de guérisons d'insuffisances aortiques ; cependant plusieurs auteurs parlent de la guérison possible des insuffisances mitrales dans quelques cas assurément fort rares. Jacks donne dans son mémoire la preuve anatomique de ce fait. L'examen cadavérique donne sur l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, et sur son mode d'occlusion des renseignements moins précis que sur l'orifice aortique ; c'est peut-être ce qui explique l'extrême rareté des guérisons d'insuffisances mitrales constatées à l'autopsie. Il existe cependant à notre connaissance des cas dans lesquels la valve gauche ou petite valve de la mitrale, beaucoup moins importante il est vrai que la grande valve, avait presque complétement disparu et se trouvait réduite à une sorte de bourrelet linéaire, tandis que la valve droite allongée, épaissie et opaque suffisait à empêcher le reflux du sang à travers l'orifice auriculo ventriculaire gauche.

Cette accommodation des valvules insuffisantes est le seul processus véritablement curatif des insuffisances valvulaires; il nous reste à en chercher l'explication dans les faits publiés jusqu'à présent. Nous ne pouvons nous arrêter, bien entendu qu'à une hypothèse basée sur l'anatomie pathologique ; et ce n'est qu'une hypothèse que nous présenterons pour éclaircir le mécanisme de ces guérisons soi-disant providentielles. Dans tous les faits cités, les valvules étaient athéromateuses et déformées. Il n'est donc pas impossible que le tissu des valvules privé en partie de ses éléments élastiques par un travail d'inflammation chronique ait pu subir sous l'influence de la pression du sang, un allongement plus ou moins régulier mais en rapport avec le vide à combler. Les valvules se seraient allongées comme se dilatent les aortes athéromateuses par le fait de la pression sanguine. Je laisse de côté l'influence que peut avoir le jeune âge du malade sur la production de ces guérisons, car les faits cités ont tous été observés sur des individus adultes et complétement développés.

Les modifications que peuvent subir les valvules dans le cours des affections cardiaques ne sont encore que fort incomplétement connues, et donnent à l'observation que je vous rappelle un intérêt tout particulier.

12. Lésions des nerfs des membres consécutives à l'amputation ; par M. Hayem.

Les recherches de M. Hayem ont porté sur deux cas; dans l'un, l'opération (désarticulation du poignet) remontait à environ 5 ans; dans l'autre (amputation de la cuisse) l'opération datait de 24 ans.

Les nerfs du côté amputé sont plus volumineux, plus durs, plus rigides et plus jaunâtres que les nerfs correspondants du côté sain. Déjà, à l'œil nu, ils ressemblent parfaitement à des nerfs sclérosés et leur augmentation de volume est extrêmement sensible dans toute leur étendue. — Leur étude histologique, faite par dilacération ou à l'aide de coupes, montre les particularités suivantes :

A. Etude faite par dilacération, après macération dans le liquide de Müller et traitement par divers réactifs. On isole ainsi, outre les éléments de tissu conjonctif plus abondants qu'à l'état normal, deux variétés bien distinctes d'éléments nerveux : 1° des tubes nerveux isolés, complétement analogues à ceux des nerfs normaux; 2° des tubes nerveux extrêmement fins, groupés en faisceaux.

La formation des faisceaux est due à ce que les tubes nerveux sont retenus entre eux par du tissu conjonctif dense et abondant, à fibrilles longitudinales (endonèvre). Ces petits faisceaux sont formés d'un nombre variable de tubes, depuis 4 à 5 jusqu'à environ 10 à 12. La plupart de ces tubes nerveux ont l'apparence des fibres de Remak; d'autres, très-minces, contiennent de la myéline et présentent des étranglements annulaires. Dans le cas d'amputation datant de 5 ans, ces derniers éléments sont très-rares et plus fins que dans le cas de l'amputation datant de 24 ans.

B. Etude faite à l'aide de coupes transversales. — La comparaison des coupes de nerfs du côté amputé avec celles des nerfs sains faites au même niveau permet de se rendre un compte très-exact de l'hypertrophie générale des nerfs du moignon.

Cette hypertrophie n'est due qu'en partie à l'hyperplasie du tissu conjonctif extra et intra-fasciculaire. Tous les vaisseaux qu'on aperçoit ont une paroi épaisse et les artérioles du

tissu extra-fasciculaire sont atteintes d'une endartérite légère. Tous les faisceaux nerveux sont hypertrophiés et la surface totale qu'ils représentent est beaucoup plus grande que celle des faisceaux nerveux du nerf sain.

Le tissu conjonctif intra-fasciculaire présente un épaississement diffus, généralisé, beaucoup moins important que l'hyperplasie du tissu extra-fasciculaire.

Dans les parties nerveuses, on retrouve les deux sortes d'éléments signalés précédemment, soit des tubes nerveux sains et des faisceaux de petits éléments. Les tubes nerveux sains, beaucoup moins nombreux que dans un nerf normal, sont distribués d'une manière très-irrégulière. Mais ils n'offrent rien de particulier. Entre eux se trouvent des espaces polyédriques, arrondis, ou légèrement anguleux, pressés les uns contre les autres ou séparés par de minces trainées conjonctives : ce sont, coupés transversalement, les faisceaux que la dilacération a fait reconnaître. Ces figures polyédriques sont constituées par une masse commune de tissu conjonctif coloré en rouge par le carmin, dans l'épaisseur de laquelle sont disséminées des sections de tubes nerveux extrêmement petits. Ces tubes se présentent sous l'apparence d'un espace clair très-exigu, irrégulièrement arrondi au centre duquel un point rouge indique la présence d'un cylindre-axe très-fin. Ce point rouge n'est même pas reconnaissable dans tous les tubes. Autour de quelques-uns d'entre eux la gangue conjonctive forme un petit anneau plus fortement coloré que dans les points intermédiaires et en cet endroit on reconnaît souvent un noyau. Dans les nerfs de l'amputation ancienne ces petits tubes nerveux sont en général plus larges que dans l'amputation récente ; de plus, à côté d'eux, dans la coupe du même faisceau conjonctif, on reconnait des tubes nerveux à moelle de dimension moyenne ou petite.

En comparant ces préparations à celles des nerfs du côté sain, on voit que le nombre des éléments nerveux contenus dans les nerfs malades est beaucoup plus considérable que celui des tubes nerveux contenus dans les préparations du nerf sain correspondant. Il est donc permis d'en conclure que les nerfs malades contiennent une grande quantité d'éléments nouveaux. Le nombre des tubes restés sains et des faisceaux de tubes paraît correspondre dans les nerfs au nombre des tubes sains des nerfs du côté opposé.

Ainsi s'expliquerait surtout l'hyperplasie générale du nerf et de chacun de ses faisceaux constituants.

M. Hayem pense pouvoir conclure de cette étude que dans les nerfs des moignons un grand nombre de tubes nerveux dégénèrent et sont remplacés, au bout d'un certain temps, par un petit faisceau de tubes nerveux embryonnaires.

Les tubes nerveux qui dégénèrent seraient, sans doute, ceux qui allaient se terminer dans la portion de membre supprimée par l'opération. Ce processus de dégénération et de régénération paraît être extrêmement lent puisqu'au bout de 24 ans on ne trouve encore dans le petits faisceaux de nerfs qui remplacent les tubes anciens qu'un très-petit nombre de tubes à moelle de dimension moyenne.

L'altération en question n'est pas accidentelle et limitée à un nerf ou à une portion de nerf ; on la retrouve dans tous les nerfs sectionnés par l'amputation et sur tous les points de leur parcours. C'est un processus probablement analogue à celui de la dégénération et de la régénération des tubes nerveux du bout périphérique des nerfs sectionnés ; mais il paraît avoir une évolution beaucoup plus lente que ce dernier [illegible]

M. Terrillon. M. Weir Mitchell a fait voir que la névralgie des moignons était due à une névrite ascendante et il recommande, lorsqu'on se décide à pratiquer la névrotomie, de faire la résection du nerf dans le point où il n'est plus sclérosé ; et au besoin de la recommencer plus haut, séance tenante, la guérison ne pouvant s'obtenir qu'à cette condition. Dans les cas rapportés par M. Hayem, avait-on noté pendant la vie [illegible] des douleurs ?

M. Hayem. Ces malades n'en avaient jamais ressenti.

M. Terrillon. L'hypertrophie des nerfs est-elle uniforme ou plus prononcée au voisinage du moignon que vers la moelle ? Le volume du nerf progressivement plus considérable de bas en haut pourrait servir de guide pour le point où devrait porter la résection.

M. Hayem. Je crois qu'il y a une distinction à faire entre les faits que j'ai observés et ceux de M. Weir Mitchell, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue symptomatique. M. Weir Mitchell a décrit de véritables névrites, tandis qu'il s'agit ici d'une simple dégénération nerveuse suivie de régénération.

M. Charcot. Je ferai remarquer l'analogie qui existe entre les lésions des nerfs que M. Hayem vient de décrire et celles que M. Westphal a signalées dans la paralysie saturnine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 Mars 1876. — Présidence de M. Houel.

M. Trélat, dans une des séances de l'année dernière, a montré combien l'épithélioma succède souvent au psoriasis de la langue. Il en cite un exemple nouveau qui lui est fourni par une observation qu'un de ses anciens internes lui adresse. Un homme, grand fumeur, refuse de se laisser enlever une plaque de psoriasis de la langue : 20 mois après, cet organe est envahi par un épithélioma qui finit par s'étendre aux ganglions voisins et par occuper le pharynx. Le malade mourut littéralement de faim.

M. Le Fort n'a pas été de l'avis de M. Perrin sur la valeur comparative de l'amputation sous-astragalienne et de la désarticulation sous-malléolaire. Il a consulté à ce sujet les statistiques de l'armée et il a vu que les résultats étaient en faveur de cette dernière. Il reconnaît cependant que cette statistique ne saurait être comparée à la statistique civile où la plupart de ces opérations sont faites pour cause pathologique et les malades suivis pendant longtemps. Le mémoire de M. Chauvel sur cette question, mémoire couronné par la Société de chirurgie, est basé en grande partie sur cette statistique, aussi les conclusions de ce chirurgien ont-elles une grande importance. M. Chauvel dit que la désarticulation sous-astragalienne n'est pas une bonne opération, et qu'elle nécessite des opérations secondaires bien plus souvent que l'amputation sous-malléolaire. Néanmoins, M. Le Fort ne veut pas être trop affirmatif ; les faits publiés ne sont pas assez nombreux.

M. Perrin a réuni assez d'observations pour se convaincre que l'amputation sous-astragalienne est moins dangereuse que l'autre ; qu'elle donne de meilleurs résultats au point de vue de la marche. Quant aux opérations secondaires, elle en nécessite autant que celle-ci.

M. Desprès constate que bien de ces opérations faites par les chirurgiens français n'ont pas été mises en lumière. Pour son compte, il en a fait trois dont il n'a pas publié les observations ; il y a eu un cas de mort.

M. Duplay lit un rapport sur un cas de *ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes* à la suite d'une blessure de l'axillaire, dont l'observation a été envoyée par M. Cledoux (de Navarreins). Un anévrysme, gros comme une tête de fœtus, s'était produit dans la plaie : une hémorrhagie survint qui nécessita la ligature. Elle se fit sans difficulté, la perte de sang s'arrêta et 37 jours après le malade était guéri.

M. Le Fort, après l'examen d'une grande quantité d'observations de ligature des deux bouts de l'axillaire dans la plaie à la suite de plaie de l'aisselle, est arrivé à cette conclusion que le bras tombait bien plus souvent en sphacèle quand cette opération était pratiquée, que lorsqu'on liait la sous-clavière, ce qu'il explique par l'excision des collatérales nécessitée par le débridement ; ces artères, après la ligature de l'artère principale, ne peuvent plus servir à la circulation compensatrice.

M. Nicaise lit une observation de *sarcome sous-périostal de l'humérus chez une femme enceinte de huit mois et demi ; désarticulation de l'épaule, guérison, accouchement naturel.* Cette tumeur s'était développée avec rapidité et la malade souffrait tellement qu'elle en avait perdu le sommeil et l'appétit ; le dépérissement progressif et rapide de cette femme força la main à M. Nicaise. La désarticulation fut pratiquée ; il y eut peu

(1) [illegible]

de sang perdu grâce à l'application de la bande d'Esmarch. La fièvre traumatique fut peu intense, 38°,6. Tout alla bien et la malade accoucha dix mois après la dernière époque menstruelle, d'un enfant vivant et bien conformé. M. Nicaise n'a pas été satisfait du *tube* d'Esmarch ; il l'a remplacé par une bande élastique sur laquelle sont espacés des anneaux et qui se termine par un crochet qui peut s'introduire dans ceux-ci.

M. Verneuil trouve dans cette observation un fait très-intéressant, c'est l'innocuité de cette grave opération vis-à-vis de la grossesse. Et cependant, il a vu de plus petites blessures occasionner des accidents formidables chez les femmes enceintes : l'avortement et la mort. Il pense que tous ces accidents sont subordonnés à la fièvre traumatique : si elle est intense, la mort est imminente ; quand, au contraire, la température ne dépasse pas 38°,6, comme dans le cas de M. Nicaise, tout fait espérer la guérison. Il en est de même de la lymphangite ou de l'érysipèle. Il faut donc, dans ces circonstances, s'entourer de toutes les précautions pour éviter l'apparition de ces accidents redoutables.

M. Polaillon met également en ligne de compte la perte de sang et l'époque de la grossesse où la femme est opérée, l'avortement est fréquent, si les malades perdent beaucoup de sang et si l'opération est faite pendant les premiers mois de la gestation.

M. Guéniot a vu une femme enceinte de 4 mois être prise d'un érysipèle du cuir chevelu des plus intenses et arriver à terme. Il est vrai qu'il n'y avait pas de traumatisme. Il faut aussi ajouter aux causes d'avortement, dans ce cas là, le degré de contractilité de l'utérus.

M. Tillaux a détruit chez les femmes enceintes, sans occasionner d'avortement, des végétations de la vulve très-développées. Une femme de 24 ans, enceinte de quelques mois, est prise par le volant d'une machine qui lui fait faire plusieurs fois le tour de l'arbre ; son bras est à moitié arraché. Le lendemain l'amputation est pratiquée, les suites sont heureuses et plus tard elle accouche à terme d'un enfant vivant.

M. Nicaise rapporte l'opinion de divers auteurs qui disent que les opérations sur le bassin des femmes enceintes sont dangereuses, mais il n'en est pas de même de celles qui ont leur siége dans les régions éloignées de l'abdomen.

M. Pinard lit les mémoires suivants : *1° Du palper abdominal au point de vue du diagnostic obstétrical; 2° De l'accommodation du fœtus pendant la grossesse et des causes des diverses présentations ; 3° Moyen de fixer et d'engager la tête fœtale dans les derniers jours de la grossesse et de transformer les présentations de l'épaule en présentations du sommet.* (Une commission est chargée d'examiner ces travaux.) I. B.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. **Déchirure du périnée,** par James Young. M. D. (*The Obstetrical Journal*, mars 1876.)

II. **Considérations sur l'accouchement dans les positions occipito-postérieures et sur la possibilité de les transformer en occipito-antérieures à l'aide du doigt,** par M. le Dr Tarnier (*Annales de gynécologie*, décembre 1875.)

III. **Péritonite purulente chronique, consécutive à une péritonite puerpérale; ponctions capillaires successives, guérison,** par M. V. Hanot (*Annales de gynécologie*, février 1876.)

IV. **Contre le mouvement de pendule employé dans l'application du forceps.** par le Dr J. Matthews Duncan (*The Edinburgh Medical Journal*, février 1876.)

V. **Etude théorique et pratique sur la version simple par manœuvres internes.** par le Dr V. L. Hottenier. (V. Adr. Delahaye, éditeur.)

I. M. le docteur James Young a lu devant la Société obstétricale d'Edimbourg une note sur deux cas de déchirure étendue du périnée à la suite de l'application du forceps. Il a fait chaque fois la suture immédiate des parties et la guérison a été complète et rapide. Dans une discussion qui suivit la communication de ce travail, la majorité des membres de la société s'est prononcée pour l'opération immédiate.

La question du traitement immédiat ou retardé des déchirures du périnée a été discutée d'une façon très-remarquable à la *Société de chirurgie* il y a quelques années. Presque tous les chirurgiens de Paris se sont, pour des motifs dont quelques-uns ont une grande valeur, déclarés les adversaires de l'opération immédiate. Mais, il nous semble qu'un côté important de la question a été négligé. Les circonstances dans lesquelles s'est produite la déchirure doivent être déterminées. On peut, en effet, à ce point de vue, diviser en deux grandes catégories les déchirures du périnée : 1° celles qui sont produites rapidement, brusquement ; 2° celles qui, au contraire, surviennent après un travail prolongé, surtout pendant la période d'expulsion.

Dans la première catégorie se rangent les déchirures observées à la suite d'une application de forceps, lorsqu'un obstacle siégeant au détroit supérieur et empêchant la tête de descendre, nécessite son emploi ; les déchirures, conséquences de contractions utérines violentes qui expulsent rapidement le fœtus sans donner aux parties génitales externes le temps de se distendre, de se développer, etc.

La seconde catégorie, au contraire, comprend les faits où la déchirure est survenue lorsque la tête du fœtus avait longtemps séjourné dans l'excavation pelvienne et sur le plancher périnéal ; nous citerons comme exemple les cas de présentation du sommet en occipito-iliaque droite postérieure qui ne se réduisent pas et qui, après un certain nombre d'heures, se terminent spontanément et produisent une déchirure du périnée, etc. Dans les premiers cas, la suture immédiate peut avoir des chances de succès; dans les derniers, au contraire, ces chances seraient bien minimes car les tissus sont contusionnés et ont une grande tendance à se mortifier; l'opération tardive est alors nettement indiquée.

Presque tous les faits cités à Edimbourg étaient des faits de déchirure survenue brusquement à la suite de l'application du forceps, ce qui peut expliquer l'opinion générale des accoucheurs de cette ville en faveur de l'opération immédiate. Il faut donc, pour le traitement des déchirures du périnée, tenir grand compte des conditions dans lesquelles elles se sont produites. Mais c'est là un point qui mérite une démonstration et des recherches plus étendues et sur lequel nous nous proposons de revenir.

II. Après avoir rappelé combien l'accouchement dans les occipito-postérieures est souvent lent et pénible, M. Tarnier montre que parmi les causes qui ralentissent la marche du travail, il en est une, la déflexion de la tête, dont le rôle est important et trop peu connu. Lors donc que, dans ces cas, il sera nécessaire d'appliquer le forceps, il ne faudra pas oublier que le premier effet qu'on devra chercher à produire avec cet instrument est la flexion de la tête. Lorsque l'accouchement est spontané dans les occipito-postérieures il peut se terminer de deux façons : 1° l'occipital reste et se dégage en arrière ; 2° l'occipital tourne et vient se dégager en avant sous la symphyse pubienne. M. Tarnier décrit un moyen fort simple pour faciliter cette rotation. « Dans les positions occipito-postérieures, dit-il, l'une des oreilles du fœtus étant en rapport avec l'éminence iléo-pectinée gauche ou droite et, par conséquent facilement accessible, peut donner au doigt un excellent point d'appui. Voici d'ailleurs comment je procède : quand la dilatation est complète ou à peu près complète, jamais avant, j'introduis profondément le doigt indicateur, le *gauche*, pour la position occipito-iliaque droite postérieure, et je l'applique sur le côté de la tête : puis je le fais glisser en avant et en haut, jusqu'à ce qu'il sente le rebord postérieur de toute l'oreille gauche *sur toute sa hauteur* ; j'attends alors une contraction utérine et, dès qu'elle commence ou, pour mieux dire dès que je la sens venir, j'appuie fortement le doigt sur la tête, en le portant en même temps et avec force, mais sans violence, du côté du pubis, puis derrière la symphyse et enfin sur le côté gauche du bassin. Pendant tout le trajet le doigt reste appliqué sur la tête qu'il presse sans glisser, car il est retenu par le rebord de l'oreille et il fait tourner la tête avec lui. L'occiput est ainsi ramené en avant... Dans les positions occipito-iliaques gauches postérieures, toujours après la dilatation complète de l'orifice, il faut se servir de l'index *droit* et l'appliquer par derrière

l'oreille droite, qui répond à l'éminence iléo-pectinée gauche... » Dans trois cas, nous avons pu l'an dernier, à la Maternité, mettre en pratique avec succès le procédé que nous avait depuis longtemps enseigné notre maitre.

III. L'observation, publiée par M. Hanot, est excessivement intéressante et mériterait d'être reproduite *in extenso*, nous ne pouvons qu'appeler sur elle l'attention des cliniciens. Il s'agit d'une femme qui a été admise et soignée à l'hôpital Cochin, par M. le docteur Bucquoy; accouchée au mois de mai 1873, elle eut consécutivement une péritonite généralisée à laquelle elle ne succomba point. Restée toujours malade, elle se décide à entrer à l'hospice au mois d'octobre de la même année. L'abdomen était régulièrement tuméfié. Il y avait de la matité dans toute l'étendue de la paroi abdominale antérieure, dans les flancs et dans les fosses iliaques comme au-dessus de l'ombilic; les limites de cette matité ne variaient point, quelle que fût la position prise par la malade... En deux mois et demi, M. Bucquoy pratiqua sept ponctions qui donnèrent, avec l'aspirateur, issue à près de huit litres et demi de liquide purulent. M. Hanot accompagne son observation des réflexions qui suivent : « Cette observation m'a paru intéressante à deux titres. C'est d'abord un exemple bien rare de péritonite purulente chronique généralisée consécutive à une péritonite puerpérale. Les choses se sont passées à peu près comme dans les cas de pleurésie aiguë transformée en pleurésie purulente. L'évolution clinique de cette péritonite purulente fut plutôt celle des abcès froids : peu ou point de fièvre; peu ou point de douleur; état général assez bon.

» Le traitement mérite en second lieu d'arrêter l'attention. M. Bucquoy a eu recours aux ponctions capillaires avec aspiration. Sept ponctions ont été pratiquées et en des points différents, à cause du cloisonnement de la poche purulente. Après chaque ponction, l'abdomen était soumis à une compression suffisante pour favoriser la production d'adhérences entre les parois de la poche. Le succès a été aussi complet que possible. »

IV. Un certain nombre d'accoucheurs ont une tendance, lorsqu'ils tirent sur le forceps, à exécuter un mouvement de pendule, un mouvement oscillatoire analogue à celui qu'on emploie lorsqu'on veut extraire un clou d'une table. M. J. Matthews Duncan combat cette pratique. Voici quelques-uns des arguments qu'il invoque. Ces mouvements sont inutiles et nuisibles. On dit qu'ils permettent à l'accoucheur d'appliquer une force plus grande, cela n'est pas, et même si cela était, le procédé serait alors dangereux, car l'accoucheur possède toujours une force plus grande que celle dont il doit faire usage dans l'intérêt de ses malades. Ces mouvements sont inutiles, car ce qui s'oppose à la descente de la tête, ce sont en général les pressions, les frottements des parties fœtales et maternelles en contact; tirer dans un sens puis dans l'autre, c'est augmenter ces pressions. Ils sont nuisibles, car les exécuter, c'est en même temps augmenter le nombre et l'étendue des points comprimés et contusionnés pendant l'accouchement. S'il y a, par exemple, un rétrécissement antéro-postérieur du détroit supérieur, ce qu'il faut alors, c'est tirer lentement et permettre à la tête de se mouler entre le promontoire et le pubis. Du reste, la nature n'a jamais recours à ces mouvements d'oscillation, et on doit toujours, dans les opérations obstétricales, se rapprocher autant que possible, des procédés que suit la nature.

Un seul argument pourrait être invoqué par les accoucheurs, c'est que, quand ils ne savent pas au juste dans quel sens tirer, en exerçant des tractions dans différentes directions, ils peuvent arriver à découvrir la bonne. M. J. Matthews Duncan doute que jamais des praticiens osent invoquer ce motif car, du même coup et ils avouent leur ignorance, et ils reconnaissent que tirer dans le bon sens est encore le procédé le plus efficace.

V. Si, dit M. Hottenier, on consulte les auteurs au chapitre de la version pelvienne par manœuvres internes, on trouve que cette opération se compose de trois temps : 1° l'introduction de la main; 2° l'évolution du fœtus; 3° l'extraction. En remontant à la définition de la version, on n'y trouve non pas ces trois éléments, mais les deux premiers seulement. La raison de l'exclusion du troisième temps c'est qu'il y a lieu en réalité de distinguer deux sortes de version pelvienne : 1° la version *simple, évolutive, sans extraction*, composée de deux temps seulement; et, 2° la version *évolutive et extractive* composée des trois temps classiques.

M. Hottenier établit d'abord que la version pelvienne sans extraction et l'accouchement naturel dans la présentation de l'extrémité pelvienne sont à peu près identiques. Il montre ensuite à l'aide d'observations prises dans le service de M. le professeur Depaul, et à l'aide de statistiques et de tableaux, que la version pelvienne avec extraction se rapproche beaucoup comme pronostic pour la mère et pour l'enfant des cas de présentation de l'épaule dans lesquels on doit pratiquer l'accouchement artificiel (par l'ergot de seigle et l'embryotomie). Or, ce pronostic est assez grave. Au contraire, l'accouchement naturel dans les présentations du siége n'est nullement dangereux pour la mère qui guérit toujours, et il est moins dangereux pour l'enfant que si l'on est obligé d'intervenir. L'auteur en conclut donc avec raison que, si la version faite, l'expulsion spontanée peut s'exécuter, il vaut mieux s'en tenir à cette version *simple*, c'est-à dire simplement évolutive *sans extraction*. On s'est alors, en effet, placé dans le cas d'un accouchement naturel par l'extrémité pelvienne.

Ajoutons en terminant que la lecture de la thèse si instructive de M. Hottenier, est rendue fort agréable par une exposition originale qu'on ne rencontre pas habituellement dans les travaux de ce genre.

P. Budin.

BIBLIOGRAPHIE

Des corps étrangers des voies digestives, par le Dr C. Mignon, in-8° de 86 pages 1874. Ad. Delahaye.

Le fait de l'*homme à la fourchette*, observé par M. Labbé à l'hôpital de la Pitié, a été le point de départ de ce travail. M. Mignon a rassemblé un grand nombre de faits dans lesquels des corps étrangers quelconques avaient été avalés, et a étudié les phénomènes qui en étaient résultés. Ces corps étrangers sont très-variables, quant à leur nature et peuvent être en nombre considérable. L'histoire d'un matelot, rapportée par M. Fournier, est à cet égard des plus curieuses; car l'estomac ne contenait pas moins de 52 pièces, parmi lesquelles se trouvaient un morceau de cercle de barrique long de 19 pouces, un couteau fermé, etc. Ces corps étrangers s'arrêtent le plus ordinairement dans l'estomac, puis dans le cœcum; il peuvent produire en ces deux points particulièrement des érosions, des ulcérations de la muqueuse, etc. — Mais le plus ordinairement, ils traversent toute la longueur de l'intestin sans déterminer d'autres accidents que des douleurs; d'autres fois, on observe des vomissements, des symptômes d'étranglement interne, et la nature des accidents a pu, dans certaines circonstances, être complétement méconnue.

Le pronostic est généralement beaucoup moins grave qu'on n'aurait pu le penser, et sur 163 observations, M. Mignon n'a trouvé que 12 cas de mort. Aussi croit-il que le traitement doit être simplement palliatif, et il conseille de n'intervenir activement par la gastrotomie que si on y est forcé par des circonstances spéciales.

M. Mignon a analysé dans des tableaux 163 observations, et a rapporté *in extenso* la plus importante d'entre elles; c'est, sans contredit, la partie la plus intéressante de sa thèse; car on ne peut imaginer tous les corps étrangers qui figurent dans ces tableaux depuis les couteaux (35 dans un cas) et les épingles (1,500) jusqu'aux couleuvres (11), aux grenouilles et aux chauve-souris (?).

A. S.

Médecins de nuit.

On peut déjà apprécier l'importance du service rendu à la population parisienne par l'institution des secours médicaux de nuit. En effet, depuis le 6 janvier, date de leur inauguration, jusqu'au 1er mars, les médecins qui ont offert leur concours à la préfecture de police, ont fait 630 visites qui se décomposent ainsi : 35 ont été payées directement aux médecins; 221 ont été recouvrées par l'administration; 380 paraissent être restées à sa charge. Dans tous les cas, c'est, actuellement, une moyenne de 12 visites faites, chaque nuit sur toute la surface de Paris. (*Gazette des Hôpitaux*).

VARIA

Faculté de médecine de Paris.

La Faculté [illegible]vrira ses cours d'été le mercredi 15 mars 1876. Ils auront [illegible] l'ordre suivant :

Histoire naturelle médicale. M. Baillon, lundi, mercredi, vendredi, à 11 h. [illegible] des plantes qui intéressent la médecine (3e partie du programme imprimé). — *Première leçon* le 20 mars.

Physiologie. M. Béclard, lundi, mercredi, vendredi, à midi. Digestion. — Absorption. — Circulatiou. — Sécrétions (en général). — Nutrition.

Anatomie pathologique. M. Charcot, lundi, mercredi, vendredi, à 2 h. Anatomie pathologique spéciale : Organes digestifs. — Poumons. — *Première leçon* le 20 mars.

Pathologie chirurgicale. M. Trélat, luudi, mercredi, vendredi, à 3 h. Maladies des régions. — *Première leçon* le 20 mars.

Médecine légale. M. Tardieu suppléé par M. Lancereaux, lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. Etude médico-légale des empoisounements. — *Première leçon* le 20 mars.

Pharmacologie. M. Regnauld, mardi, jeudi, samedi, à 11 h. Exposé général des applications de la pharmacologie à la thérapeutique. — Etude des différents groupes de médicaments considérés spécialement au point de vue des formes pharmaceutiques et de l'art de formuler. — *Première leçon* le 18 mars.

Accouchements. — Maladies des Femmes et des Enfants. M. Pajot, mardi, jeudi, samedi, à midi. Anatomie obstétricale. — Gestation et parturition naturelles. — Résumé de la dystocie. — Opérations. — Puerpéralité.

Pathologie expérimentale et comparée. M. Vulpian, mardi, jeudi, samedi, à 2 h. Etudes de pathologie expérimentale sur le système nerveux.

Pathologie médicale. M. ...., mardi, jeudi, samedi, à 3 h.

Hygiène. M. Bouchardat, mardi, jeudi, samedi, à 4 h Alimentation. — Excrétious. — Hygiène générale. — *Première leçon* le 18 mars.

Thérapeutique et matière médicale. M. Gubler, mardi, jeudi, samedi, à 5 h. Médications hypnotique, aphrodisiaque, emménagogue. — Cures d'émaciation et d'engraissement. — Traitemeut des diabètes, de la goutte, etc.— *Première leçon* le 18 mars.

Clinique médicale. M. Béhier, à l'Hôtel-Dieu; M. G. Sée, à la Charité; M. Lasègue, à la Pitié; M. Hardy, à l'hôpital Necker. Tous les jours, le matin, de 8 h. à 10 h.

Clinique chirurgicale. M. Richet, à l'Hôtel-Dieu; M. Gosselin, à la Charité; M. Verneuil, à la Pitié; M. Broca, à l'hôpital des cliniques de la Faculté. Tous les jours, le matiu, de 8 h. à 10 h.

Clinique d'accouchements. M. Depaul, à l'hôpital des cliuiques de la Faculté. Tous les jours, le matin, de 8 h. à 10 h.

COURS CLINQUES COMPLÉMENTAIRES.

Maladies des enfants. M. Blachez, à l'hôpital des Enfants, jeudi, samedi, à 8 h. 1/2.

Ophthalmologie. M. Panas, à Lariboisière, le lundi : Conférence clinique et exerc. ophthal., à 9 h. du mat.; le jeudi : Opérations, à 9 h.; — à la Faculté (Petit amphithéâtre), le lundi : Leçons théoriques d'ophthalmologie, à 5 h.

Maladies syphilitiques. M. Fournier, à l'hôpital St-Louis, le veudredi : Leçons cliuiques, à 9 h.; le mardi : Leçon au lit des malades, à 8 h. 1/2.

Maladies des voies urinaires. M. Guyon, à l'hôpital Necker, mercredi : Leçon clinique et opérations à 9 h.; samedi : Leçon au lit des malades. — Opérations, à 9 h.

SEMESTRE D'ÉTÉ. — DIVISION DES ÉTUDES.

1re *année.* Histoire naturelle médicale. — Herhorisations. — Exercices pratiques au jardin botanique de la Faculté, rue Cuvier, 12. — Manipulations chimiques.

2e *année.* Physiologie. — Pathologie interue. — Pathologie externe. — Exercices pratiques de physiologie.

3e *année.* Physiologie. — Pathologie interne et pathologie externe. — Accouchemeuts. — Opératious et appareils. — Thérapeutique et matière médicale. — Pharmacologie. — Auatomie pathologique. — Cliniques médicale et chirurgicale.

4e *année.* Pathologie interne et pathologie externe. — Accouchements. — Thérapeutique et matière médicale. — Médecine légale. — Anatomie pathologique. — Hygiène. — Cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale. — Exercices pratiques de médecine opératoire. — Cours cliniques complémentaires.

— *Médecine opératoire.* — Les exercices de médecine opératoire commenceront le 1er avril. On s'inscrit au secrétariat tous les jours du 20 au 28 mars, de 9 à 11 heures. — Les droits à payer sout de 10 fr. pour les étudiauts; — de 15 fr. pour les docteurs français; — de 30 fr. pour les étudiants étrangers.

Faculté de médecine: MM. Parrot et Potain.

La *Gazette des Hôpitaux* et après elle plusieurs autres journaux ont attaqué avec une certaine vivacité la liste de présentation aux chaires vacantes, dressée récemment par la Faculté. Un exameu plus approfondi des titres des candidats, du nombre et de la valeur de ces titres, aurait modifié ce jugement, un peu sommaire.

La valeur de M. Po[illegible] est indiscutable, sans voulo[illegible] on peut dire que ses publications, [illegible] de beaucoup sur celles de MM. Ja[illegible] et Peter, que leur [illegible].... [illegible] entraîne quelquefois trop loin.

En ce qui concerue la chaire d'histoire de la médecine, nulle comparaison sérieuse n'était possible entre M. Parrot et le candidat de la *Gazette.* Depuis l'époque où il a publié son volume sur *les Médecins au temps de Molière*, M. M. Raynaud n'a pas, que nous sachions, mis au jour de grands travaux historiques. D'un autre côté, il ne nous semble pas avoir eurichi la littérature médicale de recherches bien originales, tandis que M. Parrot, esprit vraiment chercheur, ohservateur sagace et habile, sachant utiliser tous les procédés de la scieuce moderne, possédant toutes les qualités du professeur, a produit des mémoires d'une importance incontestable et qui devaieut forcémeut le faire placer au premier raug.

Université de Leipzig; — Universités russes.

Dans la chronique des Universités, soit allemandes, soit étrangères, publiée par la *Gazette d'Augsbourg*, nons relevons à l'article de l'Université de Leipzig, les chiffres suivants indiquant quel est le nombre de leçons dans une Université allemande : D'après le catalogue pour le second semestre de l'année universitaire 1875-1876, semestre qui commence le 20 avril pour finir le 19 août, il est annoncé 418 leçons, dont 44 leçons de théologie et de droit, 100 cours de médecine, et 230 de philosophie, de philologie d'histoire, d'économie politique.

Le nombre des agrégés libres, ou *Privat-Docenten*, est de 154, dont 3 sont dispensés du service des cours. Dans la Faculté de philosophie, il se fait 37 cours de philosophie proprement dite, 70 de philologie, 32 de géographie et d'histoire, 13 de mathématiques, autant de sciences exactes, 20 d'économie politique, enfin 45 de scieuces uaturelles. A la Faculté de droit, vu le grand uombre d'étudiants (l'hiver, ils étaieut 1,130), on fait 3 cours de pandectes et 2 de droit crimiuel.

En Russie, dans les sept Universités de l'empire (St-Pétersbourg, Moscou, Kasan, Charkow, Odessa, Kiew et Varsovie), il est entré, eu 1875, 1,613 étudiants nouveaux, soit 536 ou 99.7 p. 100 de plus que pendant l'année précédente. L'Université de St-Pétersbourg tient la tête avec 419 uouveaux veus; celle de Moscou occupe le deuxième rang avec 399; à l'exercice précédent, c'était le contraire.

Les chiffres présentés par le journal prouvent que de toutes les extrémités de l'Empire, les jeunes gens viennent étudier à l'Université de St-Pétersbourg. Sur les 1,169 étudiauts, il n'en est venu que 400 des écoles moyeunes du district scolaire de Pétersbourg; le reste provient des écoles de Moscou, Orenbourg, Kasan, Perm, etc. En 1873 et 1874, le nombre de ceux qui sont entrés à l'Université sortant des gymnases, a été de 85 p. 100. D'après ce chiffre, on pouvait calculer le uombre des étudiants nouveaux pour 1875, lequel aurait dû être de 800. Le chiffre actuel est plus que doublé. Dans ce total le nombre des élèves sortis des écoles normales est de 46 p. 100. Ce résultat est très-important pour la Russie. Tandis que le nombre des élèves des gymnases entrés à l'Université n'a augmenté que de 16 p. 100, celui des étudiants sortis des écoles normales s'est élevé jusqu'à 79 p. 100.

13. Solution pour résoudre les amygdales hypertrophiées.

Iodure d'ammonium... 10 grammes.
Eau..... Q. S. pour saturer.

Appliquer plusieurs fois sur les amygdales avec un pinceau, après y avoir pratiqué quelques mouchetures superficielles à l'aide d'une aiguille à cataracte. (*Revue de thérap. méd. chir.*)

14. Liniment pour faire cesser la sécrétion du lait.

Le liniment suivant peut être employé avec avantage pour faire cesser la sécrétion du lait :

Essence de menthe poivrée	6 gr.
Huile de ricin.........	110 »
Essence de bergamotte...	6 »
Camphre...............	25 décigr.

(*Revue de thérapeutique médico-chir.*)

Enseignement médical libre.

Cours de technique microscopique. — M. le dr Latteux, sous-chef du laboratoire d'histologie des cliniques, commencera un nouveau cours le lundi 20 mars, à 4 heures et le continuera tous les jours, excepté le samedi. — Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en état de faire par eux-mêmes les manipulations micrographiques. — Ils sont exercés individuellement. — Les microscopes sont à leur disposition. Le cours comprend l'étude des tissus sains et des principaux tissus pathologiques, aiusi que les exercices suivauts : coupes, injections histologiques, montage et couservation des préparations. Pour les conditions du cours, on s'inscrit chez le concierge de l'hôpital des cliniques ou chez le dr Latteux, rue Jean Lantier, n° 4 (près le Châtelet) de midi à une heure.

Gazette obstétricale. Notre ami M. le Dr L.-E. Dupuy, collaborateur du *Progrès médical*, vient de prendre la direction de la *Gazette obstétricale*, fondée par M. Verrier. Nous formons les vœux les plus sincères pour son succès.

MÉDECINS DÉ[illegible]. — MM. Bamberger (Seine); Fr[illegible] (Isère); Gros-Gurin (Ain); Joubert (Indre-et-Loire); Mas (Aveyron); Naquet (Vaucluse); Poujade (Vaucluse); Rouvre (Aube); Souchu Servinière (Mayenne).

MORTALITÉ A PARIS. — Population, 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 2 mars 1876, on a constaté 1,016 décès, savoir: variole, 6; rougeole, 8; scarlatine, 6; fièvre typhoïde, 13; érysipèle, 4: bronchite aiguë, 54; pneumonie, 124; dyssenterie, 1; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 0; choléra nostras, 0; angine couenneuse, 13; croup, 15; affections puerpérales, 3; autres affections aiguës, 197; affections chroniques, 5[illegible], dont 170 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 51: causes accidentelles, 12.

LONDRES. — Population, 3,489,428 hab. Décès du 19 au 26 février 1876, 1,691 : variole, 2; rougeole, 41; scarlatine, 47; fièvre typhoïde, 9; érysipèle, 7; bronchite, 287; pneumonie, 171; dyssenterie, 4, diarrhée, 17; choléra nostras, 0, diphthérie, 2; croup, 18; coqueluche, 88.

CONCOURS. — Un concours pour *deux places* de chirurgiens du Bureau central s'ouvrira le 1er mai.

HOSPICES CIVILS DE BORDEAUX. — Un concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux et hospices civils s'ouvrira dans cette ville le 4 avril 1876.

NÉCROLOGIE. — M. le dr HUBERT, professeur d'accouchement à l'Université catholique de Louvain, vient de mourir. On lui doit, entre autres, les mémoires suivants : *Examen du ventre au point de vue obstétrical; — Sur les présentations vicieuses du fœtus, sur leur diagnostic et sur le moyen de les corriger par des manœuvres externes, — Des môles hydatiques; — Cause des mouvements de l'enfant qui déterminent son attitude dans le sein de la mère*, etc.

NÉCROLOGIE. — La démocratie parisienne vient de faire une perte sensible dans la personne du docteur Charles LECOINTE, né à Paris en 1816, mort le 4 mars 1876, dans sa soixantième année. Sa vie est un exemple d'énergie dans le travail et de fermeté dans les convictions.

Docteur des Facultés de Paris et de Bruxelles, ses expériences sur la belladone lui valurent un prix décerné par l'Académie des sciences (1851), et ses services, aux choléras de 1849 et 1865, furent récompensés par des médailles. Bien que Charles Lecointe consacrât toute son activité et tout son dévouement à la pratique de l'art médical, il se tenait au courant de toutes les découvertes de la science moderne et savait en faire profiter ses malades.

Cet excellent praticien s'était dévoué, dès son adolescence, aux idées républicaines et il leur est resté fidèle jusqu'à son dernier jour. En décembre 1851, il fut de ceux qui essayèrent de défendre la loi. En 1871, malgré sa santé chancelante déjà, il fit noblement son devoir dans les ambulances. Enfin, au moment où le repos semblait devoir couronner une carrière dignement remplie, un mal cruel l'a terrassé.

Respectant sa volonté expresse et sa vie entière, sa famille a épargné à sa dépouille les cérémonies des cultes auxquels il fut toujours étranger ; non que Charles Lecointe n'eût conservé un certain nombre de ces idées mystiques chères aux hommes de 1830, mais, par ses actes comme par sa pensée, il n'a cessé de protester contre le cléricalisme. Il a été conduit directement à sa dernière demeure, accompagné des regrets et des larmes de ses [illegible] (*République française*).

Librairie E. PLON, rue Garancière.

LENTHÉRIC (Ch.). Les villes mortes du golfe de Lyon. In-18 de 524 p.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

COYNE (P.). Anatomie et développement des parties molles de l'oreille interne. Thèse d'agrégation. In-8 de 96 pages.

REICHENBACH (E.). Des cures d'eaux thermales à Loèche-les-Bains. In-8 de 75 p. 2 fr.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE, 17, r. de l'Ecole de Médecine

BOUCHARDAT (A.). Nouveau formulaire magistral. 1 vol. gr. in-32, br. 3 fr. 50.

LUYS (J.). Le cerveau et ses fonctions. In-8 de 260 p. 6 fr.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. MILLARD. Salle Saint-Vincent : 5, pleuro-pneumonie; 8, fièvre intermittente, rate énorme; 13, pneumonie, délire alcoolique; 14, gastrite chronique; 15, myélite ascendante; 17, gangrène pulmonaire chez un tuberculeux; 26, rougeole. — Salle Sainte-Joséphine : 1, ictère, syphilis; 8, affection cardiaque, apoplexie pulmonaire; 15, affection mitrale, asystolie; 23, fièvre rhumatismale; 25, cancer abdominal; 26, pleuro-pneumonie gauche, pleurésie droite; 27, pneumonie gauche.

Service de M. JACCOUD. Salle Saint-Jérôme : 3, spermatorrhée; 5, 15, érysipèle de la face; 9, 23, paralysie saturnine, 10, mal de Bright aigu; 12, cirrhose hypertrophique; 14, embolie cérébrale, hémiplégie; 21, hémiplégie gauche, aphasie; 28, pneumonie droite; 30, paralysie gauche; 31, tremblement mercuriel. — Salle Sainte-Claire : 12, hystérie; 16, érysipèle de la face; 25, ramollissement cérébral; 27, pneumonie double; 34, rétrécissement aortique.

Service de M. GUYOT. Salle Saint-Henri : 1, rhumatisme chronique et mal de Pott; 5, endo-péricardite; 6, pneumonie; 8, maladie de Bright; 16, cancer du cœur; 20, insuffisance aortique, insuffisance mitrale, dilatation de l'aorte; 21, adénopathie bronchique, molluscum; 32, ataxie locomotrice; 33, cachexie saturnine. — Salle Sainte-Elisabeth : 3, mal de Pott cervical; 8, phlegmon du ligament large; 13, phlegmon du ligament large ouvert dans le vagin; 21, 33, affection mitrale; 26, pelvi-péritonite suppurée ouverte dans le rectum; 30, ulcère de l'estomac.

Service de M. SIREDEY. Salle Sainte-Geneviève : 2, chute de l'utérus, tumeur de la fosse iliaque gauche; 4, péritonite, métrite; 6, 26, rhumatisme articulaire aigu; 14, pneumonie; 15, chute de l'utérus; 23, esthiomène éléphantiasique de la vulve; 29, phlegmon du ligament large; 34, corps fibreux de l'utérus; 36, ictère catarrhal. — Crèche : 6, sclérodermie.

Service de M. PANAS. Maladies des yeux : consultations tous les jours; opérations le jeudi. — Service de M. TILLAUX. Opérations le mercredi.

Hôpital Saint-Antoine. Service de M. MESNET. 9 h. Salle Sainte-Cécile : 9, insuffisance mitrale; 11, tumeur cérébrale; 16, pleuro-pneumonie; 24, tumeur du foie. — Salle Saint-Hilaire : 4, pleurésie; 6, hémorrhagie cérébrale; 8, paralysie générale; 11, pleurésie chronique; 23, polyurie; 49, tumeur du foie.

Service de M. PETER. 9 h. Salle Saint-Antoine : 13, insuffisance aortique; 10, chorée; 17, péricardite sèche. — Salle Sainte-Adélaïde : 9, paraplégie; 12, péricardite; 17, insuffisance aortique.

Service de M. LANCEREAUX. 8 h. 1/2. Salle Saint-Lazare : 1, phthisie aiguë; 2, empyème; 4, pneumonie; 13, mal de Bright; 18, alcoolisme. — Salle Sainte-Agathe : 1, paralysie générale; 9, pérityphlite; 18, insuffisance mitrale; 19, rhumatisme chronique.

Service de M. PROUST. 9 h. Salle Saint-Eloi : 3, lésion mitrale; 7, paralysie générale; 13, rétrécissement de l'œsophage; 24, paralysie générale; 35, paraplégie chez un syphilitique; 41, ataxie locomotrice. — Salle Sainte-Jeanne : 1, pneumonie; 6, cirrhose; 12 bis, ulcère simple de l'estomac; 19, atrophie musculaire.

Service de M. Benjamin ANGER. 8 h. 1/2. Salle Saint-Barnabé : 28, fracture de la colonne vertébrale; 30, abcès sous-deltoïdien. — Salle Sainte-Marthe : 15, hernie étranglée.

Service de M. DELENS. 8 h. 1/2. Salle Saint-Christophe : 38, fracture compliquée; 28, luxation du coude et fracture du condyle externe; 24, tubercules du testicule; 44, fracture de l'olécrâne.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

4e ANNÉE.— N° 12 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. [illegible] MARS 1876.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Compte rendu des observations recueillies à la Salpêtrière concernant l'épilepsie,

Par BOURNEVILLE.

De l'emploi de la glace.

L'emploi thérapeutique de la glace dans les maladies cérébrales est connu de longue date. On sait aussi qu'un médecin anglais, M. le Dr Chapman, a préconisé les applications de la glace sur la colonne vertébrale dans diverses affections cérébro-spinales et plus particulièrement dans l'épilepsie (1). Malgré l'intérêt qu'offrirait un résumé de l'état de nos connaissances sur cette partie de la thérapeutique, nous nous bornerons à rapporter ici les résultats que nous avons obtenus d'un mode d'emploi de la glace encore peu vulgarisé et dont les indications nous ont été fournies par M. Charcot.

Partant de cette donnée que les chirurgiens ont quelquefois recours à la glace pour produire l'anesthésie, M. Charcot nous a conseillé de mettre une vessie de glace sur la région de l'ovaire d'où part l'aura chez les hystéro-épileptiques atteintes d'hyperesthésie ovarienne. En second lieu, le bénéfice qu'on a quelquefois retiré, dans le traitement des anévrismes de l'aorte, des applications de glace a conduit à les employer chez certaines épileptiques qui ont une fréquence anormale du pouls et des palpitations cardiaques plus ou moins douloureuses et plus ou moins violentes.

Notre étude se trouve donc circonscrite à l'exposé des effets de la glace dans les conditions spéciales que nous venons d'énumérer.

I. *Hystéro-épilepsie.* — La glace, cassée en morceaux de la grosseur d'une noix, était enfermée dans une vessie de porc que l'on plaçait sur la région ovarienne, siége de l'hyperesthésie. Les applications étaient faites, à l'origine, pendant une demi-heure matin et soir, puis pendant une heure et enfin une heure et demie. L'une des malades soumises à ce traitement, G... fut assez obéissante pour l'accepter une première fois pendant deux mois, et, durant cette période, les attaques furent notablement moins fréquentes. A diverses reprises, nous parvînmes à lui faire recommencer ce traitement et toujours nous constatâmes une diminution des crises et une amélioration de l'état nerveux habituel. Chez elle encore, nous avons observé d'une manière bien évidente l'action de la glace sur les attaques elles-mêmes.

Souvent, une heure ou deux avant ses attaques, G... a des secousses, est excitée, ne peut demeurer en place, saute, se plaint de douleurs dans le côté gauche du ventre, de battements de cœur, d'oppression, etc. Nous avons pu la décider quelquefois à se coucher et à se laisser mettre la glace, et, chaque fois, sous l'influence du froid, les phénomènes précurseurs de la crise hystéro-épileptique se sont dissipés. En pareil cas, c'est-à-dire lorsque l'aura est prolongée, que « l'attaque a de la peine à venir », la malade déclare souffrir beaucoup plus que quand l'attaque suit de près, de quelques minutes par exemple, l'arrivée des prodrômes.

Une seconde malade, Etch..., dont nous avons communiqué l'histoire à la *Société de Biologie*, était sujette à des accès d'oppression très-intense qui succédaient à des douleurs occupant l'ovaire gauche. Les applications de glace, au niveau de cet organe, éloignèrent les accidents dyspnéiques et les rendirent plus courts et moins violents.

(1) *Journal of mental Science*, april 1865, et july 1866.

Dans d'autres cas où la glace a été employée, nous avons observé également une diminution des attaques. Mais, par malheur, ce mode de traitement est difficilement applicable d'une façon régulière chez les hystériques de la Salpêtrière.

Une de ces malades, cependant, s'est montrée plus docile. Il s'agit de Th. L... En dehors de ses attaques, purement hystériques d'ailleurs, elle a des palpitations cardiaques très douloureuses. Commme elle s'en plaignait sans cesse, nous avons pu obtenir qu'elle appliquât la glace non pas sur la région ovarienne droite qui, chez elle, est le point de départ de l'aura, mais sur la région cardiaque. Le traitement, institué le 1er juillet 1875, a été suivi d'une façon régulière. Les résultats, du reste, ont été excellents, ainsi qu'on va le voir, et n'ont pas médiocrement contribué à encourager la malade à persévérer.

Du 1er juillet 1874 au 1er mars 1875.......	56 attaques
— 1875 au 1er mars 1876.......	7 —

Les accès de palpitations cardiaques ont les caractères suivants : ils commencent par une douleur qui part du poignet, gagnant successivement le coude, l'épaule et le sein; alors, les battements du cœur se précipitent, la malade sent monter une sueur froide, sa vue se trouble, elle appelle à son secours et est prise de lypothymie. Ces accès sont devenus de plus en plus rares.

Les renseignements qui précèdent montrent que, si l'on avait affaire à des malades plus faciles à diriger ou mieux dirigées, on obtiendrait des effets sérieux et certainement plus efficaces.

II. *Epilepsie.* — Dans une de ses leçons sur la *Compression lente de la moelle épinière*, M. Charcot a eu l'occasion d'appeler l'attention sur le *ralentissement permanent du pouls*, et incidemment, il a signalé un certain nombre d'observations de malades chez lesquelles se montrent des accidents graves, survenant par accès qui se répètent à des époques plus ou moins éloignées. « Tantôt, dit M. Charcot, ils se présentent avec tous les caractères de la syncope; tantôt ils participent à la fois, quant aux symptômes, de la syncope et de l'état apoplectique, il est enfin des cas dans lesquels il s'y adjoint des mouvements épileptiformes, surtout marqués à la face, avec changement de coloration du visage, écume à la bouche, etc. Le pouls qui, dans l'intervalle des crises, bat en moyenne 30, 40 fois par minute, se ralentit encore pendant l'accès, jusqu'à descendre à 20, ou même à 15 pulsations.... » (1).

A côté de ces malades, qui offrent une espèce particulière d'épilepsie symptomatique, il en est d'autres chez lesquelles on observe un phénomène inverse, c'est-à-dire une fréquence exagérée du pouls, des palpitations rapprochées, des douleurs à la région précordiale, principalement vers la pointe du cœur, et chez lesquelles ces accidents permanents, *en s'exagérant*, constituent une véritable *aura*. A deux malades de ce dernier genre, M. Charcot nous a fait appliquer la glace au niveau de la région cardiaque, et nous avons pu continuer le traitement un temps suffisamment long pour être en mesure de donner des détails assez complets sur les effets de la glace dans ces deux cas.

OBSERVATION I. — *Début de l'épilepsie à 7 ans. — Aura. — Vertiges et accès; leurs caractères. — Forme cardiaque de l'épilepsie. — Traitement par la glace. — Marche des accès.* (Résumé).

S.... Céleste, 17 ans 1/2, est devenue épileptique à l'âge de

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. II p. [illegible]8-112.

7 ans. Au dire de sa mère, Céleste sent venir ses accès : elle devient pâle et se plaint d'avoir des battements de cœur. — Elle a des *vertiges* et des *accès*.

Voici en quoi consistent les *vertiges* : perte de connaissance, immobilité complète, pâleur extrême de la face, paupières fermées, pupilles légèrement dilatées, égales, battements du cœur sourds et précipités. Au bout d'une minute la malade ouvre les yeux, regarde d'un air étonné et dit : « Je vous remercie bien dans mon petit cœur, » paroles qu'elle répète plusieurs fois. Deux ou trois minutes s'écoulent encore avant que la face ne reprenne sa coloration habituelle. S...., interrogée sur ce qu'elle a éprouvé, répond qu'elle a eu « des battements. »

Les *accès*, — et il en est d'ailleurs de même pour les vertiges,— sont précédés d'une *aura*, dont la durée est approximativement de trois minutes : ainsi, la malade peut venir d'une salle voisine et se coucher. Ce sont, d'après elle, des battements de cœur qui l'avertissent; elle devient toute pâle, se cache les yeux : On dirait qu'elle a peur, prétend l'infirmière. — L'accès éclate sans cri; la face, le cou et la poitrine sont très-pâles; la tête est dans l'extension; la face regarde à droite; les paupières sont ouvertes, les yeux sont dirigés en haut et à droite, les pupilles très-dilatées; la bouche, entr'ouverte, est fortement tirée à droite, contorsionnée. La rigidité des membres, qui sont allongés, est très-accusée à droite, moindre à gauche. Le pouce droit est fléchi sur la paume de la main et recouvert par les autres doigts; à gauche, au contraire, le pouce repose sur l'index. — Au bout d'une trentaine de secondes, se montrent quelques secousses cloniques; puis, la face et les yeux se portent à gauche et alors la rigidité prédomine dans les membres de ce côté. Enfin, la face se congestionne et la respiration devient stertoreuse. Céleste pousse quelques plaintes, s'agite, tourne sur elle-même, sans se rendre compte de ses mouvements. On dit, dans le service, « qu'elle fait son trou pour dormir. » En effet, elle se calme bientôt, se pelotonne et s'endort. La respiration est régulière; la face conserve une certaine rougeur. T. R. 38°,4. Au début de l'accès, P. 132; à la fin, P. 92. — S.... n'écume pas, mais elle urine assez souvent sous elle.

Le *pouls* est, en général, à 80 ou au-dessus, rarement au-dessous, — compté, bien entendu, en dehors des moments où elle a des palpitations. Les pulsations sont faibles; quelquefois, deux sont rapprochées et deux autres plus éloignées.

Traitement. — La première application de la glace est faite le 23 *février* 1874, pendant une demi-heure. Peu à peu, la durée de l'application de la glace est augmentée, et le 28 *mars* elle est d'une heure trois quarts; — le 30 *mars*, de deux heures en deux fois; — le 21 *avril*, de deux heures et demie; — le 27, de trois heures. — Du 8 *juin* au 6 *décembre*, elle a été de deux heures le matin et d'une heure et demie le soir. — Le traitement a été continué sans inconvénients aux époques menstruelles.

Pendant l'application de la glace, le pouls diminuait, descendant parfois à 56. — Deux ou trois minutes après l'apposition de la vessie de glace, la peau commence à rougir et est très-froide au toucher; la malade n'a pas d'autre sensation que celle du froid. Entre la région rouge et refroidie et la région avoisinante, chaude et pâle, il ne semble pas y avoir de zone intermédiaire. Après l'éloignement de la glace, la peau conserve sa rougeur pendant sept ou huit minutes. Alors, il se forme des îlots blancs au niveau desquels revient la chaleur. Ce n'est qu'après un laps de temps de vingt minutes que tout est normal. La glace aurait diminué la fréquence des palpitations cardiaques. En ce qui concerne les accès, le tableau comparatif qui suit va nous édifier :

Juin-décembre	1873.......	54 accès	23 vertiges.
—	1874.......	61 —	10 —
—	1875.......	50 —	19 —

En 1874, S.... a eu 109 accès et 17 vertiges; en 1875, 92 accès et 29 vertiges. On voit, par les détails qui précèdent, que les effets de la glace, s'ils ont été réels, quant aux symptômes cardiaques, n'ont eu qu'une efficacité relative sur les accès qui ont été, au contraire, plus rapprochés durant la période de traitement que durant les périodes correspondantes de 1873 et de 1875. Toutefois, les *vertiges* ont remarquablement diminué : c'est là un phénomène important si l'on songe que c'est surtout le *petit mal* qui altère le plus l'intelligence. Peut-être aurions-nous dû poursuivre l'emploi de cet agent thérapeutique; mais la malade se fatiguait, réclamait sans cesse, et, pour continuer, il nous aurait fallu engager une sorte de lutte avec elle, ce qui nous aurait placé assurément dans de mauvaises conditions.

Observation. II. — *Antécédents. — Début de l'épilepsie à 7 ans.— Accidents cardiaques : caractères, rapports avec les accès. — Aura. — Description d'un accès. — Traitement par la glace : Résultats. — Statistique des accès.*

Henriette H..., 30 ans (service de M. Charcot) est entrée à la Salpêtrière le 12 décembre 1862.

Renseignements fournis par la malade. — Elle a été déposée aussitôt après sa naissance aux Enfants Assistés. L'administration l'a placée aux environs de Vendôme jusqu'à 5 ans et, à cette époque, à Vendôme même chez une femme qu'elle appelle « sa mère nourrice. » A 7 ans, durant une absence de sa garde, le mari de celle-ci a voulu abuser d'elle. Ses tentives, qui auraient été infructueuses, n'auraient pas causé une grande frayeur. Un an plus tard, H... fut réveillée la nuit par une souris qui se promenait sur la flèche des rideaux de son lit; elle eut peur, n'osa pas appeler et ne put se rendormir. Trois mois après, un matin, étant couchée, elle eut, sans cause appréciable, son *premier accès d'épilepsie*. Le second ne survint qu'au bout de trois mois. A partir de là, les crises se sont rapprochées et, à 9 ans, on n'a plus voulu la recevoir à l'école. De 9 à 12 ans, elle resta à la maison, s'occupant à faire des gants. A 12 ans, sur les conseils d'un médecin, elle fut mise à la campagne, chez une femme veuve. Celle-ci, qui travaillait à la journée, confiait à H..., épileptique, la garde de deux autres enfants assistés, âgés l'un de 18 mois, le second de deux ans ou l'envoyait mendier avec son propre enfant, âgé de 5 ans. Lorsque, le soir, elle ne rapportait pas une quantité suffisante de pain pour nourrir la famille, on la faisait coucher sans souper. Aussi, pendant les 18 mois qu'elle a vécu avec cette femme a-t-elle, pour employer ses expressions, « mangé de la vache enragée. ». — Les accès venaient environ toutes les deux ou trois semaines.

A 13 ans, H... retourna chez sa mère nourrice. Au bout d'un an, comme les accès se rapprochaient et que le travail, sédentaire lui était devenu insupportable, elle fut placée dans des fermes voisines de Vendôme où elle remplissait les fonctions de servante. En raison de ses accès, elle changeait souvent de maison; on s'imaginait que « les bêtes pouvaient gagner sa maladie. » En voici un exemple : A Chateaudun elle était employée à conduire des chèvres aux champs; ayant été prise d'un accès, ses patrons ne voulurent pas la conserver davantage, prétextant que leurs chèvres tomberaient du « haut mal.» C'est alors qu'on se décida à la faire rentrer à l'hospice des Enfants assistés d'où elle fut envoyée à la Salpêtrière (1862). Ses accès se montraient tous les 8 ou 15 jours. En dehors de l'épilepsie, sa santé était bonne. Sauf la rougeole et la scarlatine, elle n'aurait jamais eu de maladies sérieuses, ni gourmes, ni vers, ni onanisme.

Les *règles* apparurent vers l'âge de 15 ans. A la seconde menstruation, ignorant que cet écoulement de sang était naturel, elle se baigna dans une fontaine. Le flux menstruel s'arrêta et ne reparut que dix-huit mois plus tard. Ni l'apparition des règles, ni leur suspension n'auraient modifié la marche des accès.

En 1866, H... se plaignait déjà fréquemment de battements de cœur. Elle suivit un traitement par le *bromure de potassium* qui ne diminua pas sensiblement les accès, comme on le verra par le tableau que nous reproduirons plus loin. — 1874. H... est sujette depuis longtemps à des palpitations cardiaques, plus ou moins violentes, se compliquant de douleurs lancinantes. Elle raconte que, une huitaine de jours avant ses accès d'épilepsie, les palpitations sont plus fréquentes et la font beaucoup souffrir.

Immédiatement *avant l'accès*, elle éprouve une sensation d'engourdissement dans le bras gauche, prédominant dans le poignet ; cette sensation fait monter son bras « en l'air. » Puis, la tête se tourne à droite. A ce moment de l'*aura*, H... dit : « Maman ! maman ! je vais être malade ! » et elle s'affaisse, en général avec lenteur, mais quelquefois avec une certaine rapidité et une certaine violence. Après la chute, il s'écoulerait encore quelques instants avant qu'elle ne perde connaissance. Les membres sont douloureux : « on dirait qu'on les tire. » Elle voit des « chandelles, » enfin, elle perd connaissance. La tête se place dans l'extension, les membres se raidissent et sont pris ensuite de convulsions cloniques, égales des deux côtés. H... écume ; elle se mord quelquefois la langue et la face interne des joues.

Après l'accès, qui ne s'accompagne jamais d'évacuations, la malade est abattue, accuse les douleurs céphaliques et de la dyspnée qui persistent pendant un ou deux jours. A partir de l'accès, les palpitations cardiaques sont moins intenses et plus rares.

Actuellement (9 *février*), H... est dans la période des palpitations cardiaques. Elle n'offre aucun symptôme d'hystérie ; la motilité et la sensibilité, en particulier, sont normales. — Granules de digitaline ; valériane.

14 *février*. H... a eu un accès ce matin, ce qui répond exactement aux renseignements que nous avons transcrits.

21 *février*. Les battements du cœur sont irréguliers ; tous les cinq ou six battements, il y a un arrêt. Il existe un léger souffle à la base. Le pouls est d'ordinaire au-dessus de 80 ; aujourd'hui il n'est qu'à 76. La *glace* est appliquée pendant une demi-heure sur la région cardiaque. Au bout de ce temps, le pouls est à 60 avec deux arrêts. L'application de la glace aurait donc diminué le nombre des battements du cœur et régularisé leur rhythme. A dater de ce jour, la glace a été mise aussi régulièrement que possible.

23, *24 février et 5 mars*. La pupille gauche s'est rétrécie sous l'influence de la glace.

7, 8, 9 *mars*. Le pouls diminue de fréquence, les accès de palpitations cardiaques reviennent moins souvent.

10 *mars*. La glace est appliquée durant une heure. Le pouls, qui était à 64, tombe à 58. La pupille gauche est un peu rétrécie. Mêmes phénomènes le 12 mars.

18 *mars*. Les règles ont paru le 13 ; la glace, continuée néanmoins, n'a pas changé leur cours. Elles sont d'habitude, peu abondantes et s'arrêtent le troisième jour. H... assure qu'elle a moins de battements de cœur, mais qu'elle a de temps en temps une douleur « comme si on lui coupait le cœur. » Les irrégularités du pouls sont les mêmes. Glace : une heure et demie.

Du 30 *mars* au 6 *avril*. Glace, une heure matin et soir. Du 7 *avril* au 1er *mai*. Glace: une heure un quart matin et soir. Il n'y a d'interruption que les jours de sortie. Du 2 au 18 *mai*, glace, une heure et demie matin et soir. Le 19, la malade refuse de continuer son traitement, bien qu'elle reconnaisse en avoir retiré des avantages. Les palpitations cardiaques sont plus éloignées, le teint est plus frais ; la santé générale plus satisfaisante.

19 *juillet*. Les palpitations cardiaques sont revenues telles qu'elles étaient avant le traitement. Le pouls est irrégulier. La malade consent à reprendre la glace : une heure tous les soirs.

27 *juillet* : Glace, deux heures. 17 *août* : une heure et demie matin et soir. 21 *septembre*. Elle a encore des battements de cœur, mais les douleurs lancinantes ont disparu. Les irrégularités persistent. L'emploi de la glace (3 heures par jour) a été continué jusqu'au 17 novembre. La santé est meilleure ; les battements de cœur, les élancements sont moins fréquents. Voici maintenant le tableau des accès.

1863...........	32 accès.	1870.........	6 accès.
1864.........	25 —	1871.........	7 —
1865.........	18 —	1872.........	9 —
1866.........	16 —	1873.........	8 —
1867.........	14 —	1874.........	6 —
1868.........	22 —	1875.........	5 —
1869.........	16 —		

Nous retrouvons dans cette observation tous les caractères de la forme cardiaque de l'épilepsie que nous avons mentionnés dans l'OBSERVATION I : fréquence permanente du pouls, douleurs précordiales, palpitations cardiaques. Et ces phénomènes, en s'exagérant à l'approche des accès, constituent une aura bien définie. Depuis 1863 jusqu'en 1875, les accès ont diminué régulièrement. En 1866, un traitement par le bromure de potassium ne modifia pas sensiblement les accès. Ce n'est qu'à partir de 1870, époque où les épileptiques furent transférées des dortoirs malsains où elles étaient entassées, dans les pavillons actuels plus convenablement disposés, que les accès sont décidément devenus de plus en plus rares. En 1874, — période de la glace — H... n'a eu que six accès ; la glace a-t-elle exercé une influence favorable? Sans oublier que la malade était en voie d'amélioration, nous serions assez porté à le croire, d'autant plus que les accidents cardiaques, liés intimement aux accès, ont été heureusement amendés.

Nous avons décrit, dans le cours de ce travail, d'une manière suffisamment minutieuse, les effets locaux de la glace pour qu'il soit superflu d'y revenir. Nous ajouterons simplement que les malades supportent sans fatigue le poids de la vessie de glace, que la sensation de froid, d'abord très-vive lors des premières applications, est ensuite moins désagréable, disparaît vite ; que la partie de la peau sur laquelle la glace a été appliquée a un aspect rugueux, chagriné, dû au phénomène de la chair de poule, qu'elle est épaissie, sans élasticité et enfin devient absolument insensible au contact, au pincement, à la piqûre d'épingle. La sensibilité à la chaleur est conservée : si, par exemple, on applique la main sur la surface glacée, le malade accuse une sensation pénible de brûlure. L'anesthésie, d'ailleurs, est passagère. Peu à peu, elle fait place à une obnubilation de la sensibilité, et vingt minutes environ après l'éloignement de la vessie de glace la région, qui tout à l'heure était froide, rouge, insensible, a recouvré sa température, sa coloration et sa sensibilité normales (1).

CLINIQUE MÉDICALE

Un cas de myélite antérieure aiguë (paralysie atrophique spinale, paralysie infantile) chez l'adulte ;

Par **A. LAVERAN**, professeur agrégé du Val-de-Grâce (2).

RÉFLEXIONS. Tous les caractères assignés par les auteurs à la paralysie infantile se retrouvent dans cette observation :

1° Invasion brusque. En vingt-quatre heures la paralysie du bras droit arrive à son maximum ; trois jours après, la jambe gauche se paralyse elle aussi très-rapidement.

2° Après une période d'état d'une douzaine de jours, période pendant laquelle les membres paralysés sont le siége d'assez vives douleurs, la paralysie rétrograde, les mouvements reviennent peu à peu dans le membre inférieur gauche puis dans quelques muscles de l'extrémité supérieure droite, les muscles de l'épaule, du bras et quelques muscles de l'avant-bras restant paralysés.

3° Un mois environ après le début des premiers accidents, on constate déjà une atrophie des muscles de l'épaule et du bras, atrophie qui augmente progressivement et qui s'accompagne de la perte de contractilité électrique des muscles.

4° La sensibilité des parties paralysées n'a jamais été

---

(1) Souvent la température dépasse même celle de la peau voisine et la main seule permet de s'assurer de cette augmentation consécutive de chaleur.—Il y aurait à faire une thèse intéressante sur les *Applications thérapeutiques de la glace*. Nous signalons ce sujet à l'attention de nos lecteurs qui sont sur le point de terminer leurs études.

(2) Voir le n° 11.

lésée; il n'y a jamais eu de troubles de la miction ni de la défécation.

Je cherche en vain quelle maladie autre que la myélite antérieure aiguë pourrait rendre compte d'un pareil ensemble de symptômes. La distribution singulière de la paralysie (paralysie alterne des membres), l'atrophie rapide des muscles paralysés, la localisation de la paralysie dans certains muscles d'un membre à l'exclusion des autres permettent d'écarter l'idée d'une affection cérébrale; quant à l'atrophie musculaire progressive, elle constitue un type clinique très-différent de la paralysie infantile. Dans les deux cas, il est vrai, il s'agit de myélites des cornes antérieures, myélite aiguë dans la paralysie infantile, myélite chronique dans l'atrophie musculaire progressive (c'est du moins ce que les dernières recherches tendent à démontrer), mais en dehors de cette localisation anatomique, on peut dire qu'il y a plus de différences que d'analogies entre ces deux espèces morbides.

L'atrophie musculaire progressive débute lentement, insidieusement, elle s'attaque en général tout d'abord aux petits muscles de la main, d'où les déformations caractéristiques que l'on sait; la paralysie ne survient que secondairement ou plutôt le muscle n'est jamais paralysé, il est détruit; dans la myélite antérieure aiguë, au contraire, la paralysie est primitive; l'atrophie musculaire secondaire; enfin l'atrophie musculaire est une maladie progressive qui tue presque infailliblement au bout d'un temps plus ou moins long, tandis que dans la myélite antérieure aiguë la paralysie, arrivée très-vite à son summum de gravité, ne tarde pas à s'amender, le malade en est quitte pour la perte d'un certain nombre de muscles. Sans m'arrêter davantage à un diagnostic différentiel qui ne présente pas de difficulté, je crois devoir faire quelques remarques au sujet de l'étiologie, du mode d'invasion et de la répartition de la paralysie chez le malade dont j'ai rapporté l'observation; je dirai aussi quelques mots du pronostic et du traitement.

Le malade très-bien portant le 12 septembre au soir, se couche après une journée fatigante sur le sol humide et il se réveille le lendemain avec une paralysie du bras droit; il est difficile de croire qu'il s'agit là d'une simple coïncidence et il me semble légitime de conclure que le froid humide a joué un rôle important dans l'étiologie de cette myélite. Le froid est du reste la cause la mieux connue de la myélite antérieure aiguë, témoin le cas, rapporté par Duchenne (de Boulogne), d'un Russe qui fut frappé de paralysie atrophique après s'être couché nu dans la neige; témoins encore les faits rapportés par Kussmaul, Cuming et Bernhardt.

Quelques auteurs ont soutenu que la myélite antérieure aiguë s'accompagnait toujours de fièvre au début; l'observation qui précède donne raison à Duchenne (de Boulogne), lorsqu'il dit que la fièvre initiale peut faire entièrement défaut. Notre malade, qui est très-intelligent, a affirmé à plusieurs reprises qu'il n'avait éprouvé aucun malaise le 12 septembre, il n'avait ni céphalalgie, ni anorexie, ni abattement, ni frissons; le 13 septembre, alors que le bras droit était déjà paralysé, le malade a continué à faire son service, tenant son clairon de la main gauche et suivant partout l'officier chargé de commander l'école de tirailleurs. Il était intéressant aussi de rechercher à quel moment le malade avait ressenti des douleurs, et quels avaient été leur siége et leurs caractères; les enfants, victimes ordinaires de la paralysie atrophique, ne fournissent, en effet, à cet égard que des renseignements très-incomplets.

Les douleurs ont été nulles au début, pendant la période qu'on pourrait appeler période d'invasion de la paralysie; c'est seulement vers le quatrième jour que le malade a commencé à souffrir; il a ressenti alors des élancements très-douloureux dans les membres paralysés, dans la jambe surtout; puis quelques douleurs lombaires: pas de douleurs en ceinture, pas de fourmillements dans les extrémités.

L'extrémité supérieure du côté droit a été paralysée chez notre malade avec l'extrémité inférieure du côté gauche, il y a eu, si j'ose ainsi dire, hémiplégie alterne des membres; c'est là une forme de paralysie atrophique spinale qui n'est pas commune même chez les enfants; Duchenne (de Boulogne) fils, n'a relevé que deux cas semblables sur 62 (*Archives générales de médecine*, 1864). Dans la plupart des cas observés chez l'adulte, la paralysie avait envahi primitivement les quatre membres.

Grâce aux travaux de MM. Cornil, Prévost, Charcot, Vulpian, Joffroy, Damaschino et Roger, les lésions de la paralysie infantile sont aujourd'hui bien connues et quand bien même on n'aurait pas encore eu l'occasion d'observer les lésions anatomiques dans la paralysie spinale de l'adulte, on pourrait soutenir très-légitimement que, quel que soit l'âge des malades, le même syndrome clinique apparaît sous l'influence de lésions identiques; que chez l'adulte comme chez l'enfant il s'agit d'une myélite antérieure aiguë caractérisée par la destruction des grandes cellules des cornes antérieures; mais nous avons mieux que des présomptions. En 1873, M. Gombault, élève de M. le professeur Charcot, a publié dans les *Archives de physiologie* l'observation d'une femme qui, frappée à l'âge de 60 ans d'une paralysie atrophique spinale, mourut 7 ans plus tard, l'autopsie fut pratiquée et l'examen histologique de la moelle démontra qu'il y avait atrophie des grandes cellules motrices des cornes antérieures, myélite des cornes antérieures, comme dans la paralysie infantile. Il faut admettre que chez notre malade il y a eu deux foyers de myélite aiguë occupant: le premier, la corne antérieure droite dans la région cervico-brachiale; le deuxième, la corne antérieure gauche dans la région dorso-lombaire; dans ce dernier foyer les altérations étaient évidemment moins profondes que dans le premier, puisque la paralysie du membre inférieur gauche a été beaucoup moins complète et moins persistante que celle du membre supérieur droit.

La marche ordinaire de la myélite antérieure aiguë est assez bien connue pour que nous puissions formuler avec quelque précision le pronostic. Nous ne sommes pas en présence d'une de ces myélites à marche envahissante, qui conduisent presque fatalement à la mort par une pente plus ou moins rapide; la vie de notre malade n'est pas menacée, il est même possible que l'état actuel s'améliore, que quelques muscles récupèrent encore leurs propriétés; mais il est malheureusement très-probable que les principaux muscles de l'épaule et du bras resteront paralysés et continueront à s'atrophier; le malade, privé de muscles aussi importants que le biceps et le deltoïde du côté droit, ne pourra tirer presque aucun service de son bras droit, il sera infirme pour toute sa vie. Il est également à craindre qu'à l'avant-bras les muscles antagonistes de ceux qui sont paralysés ne produisent des déformations; déjà les trois derniers doigts de la main droite sont à l'état de demi flexion permanente par suite de la paralysie de l'extenseur commun.

Les os ayant achevé leur croissance on n'a pas à redouter ici, comme chez les enfants, des déformations du squelette.

Le malade actuellement encore dans mon service est soumis à la faradisation localisée, il prend de plus des douches froides en jet sur les parties malades; l'électricité sera continuée avec beaucoup de persévérance jusqu'à ce qu'il soit bien démontré que les muscles sont détruits. Il ne faut pas se décourager trop rapidement; la contractilité peut reparaître au bout d'un temps très-long, alors que depuis plusieurs mois les muscles ne réagissaient plus sous l'influence du courant électrique; je me rappelle avoir vu à la clinique de Duchenne (de Boulogne), de très-beaux exemples de ces cures inespérées. De ce qu'un muscle ne se contracte ni sous l'influence de la volonté, ni sous l'influence de l'électricité, on ne peut pas conclure que ce muscle est détruit, que ses fibres ont subi une dégénérescence profonde, irrémédiable. La contractilité est une propriété du muscle qui n'est pas toujours, tant s'en faut,

en rapport avec le degré d'altération des fibres musculaires, et qui peut reparaître à un moment donné sans que nous sachions ni pourquoi, ni comment. Chez notre malade, l'examen direct des fibres du deltoïde (partie postérieure, atrophiée, insensible au courant électrique) a permis de constater que quelques fibres, très-rares il est vrai, présentaient encore la striation normale et que dans les autres la dégénérescence n'était pas arrivée à son maximum de gravité; or, les faits tendent à démontrer que les fibres saines, si petit que soit leur nombre, deviennent parfois le noyau de nouveaux faisceaux musculaires, de nouveaux muscles sous l'influence de la faradisation localisée. (Duchenne. Op. cit. p. 431.)

Quand il sera bien prouvé que l'atrophie et la paralysie de certains muscles sont irrémédiables, nous chercherons à suppléer au moyen de la prothèse à l'action des muscles les plus importants.

HOPITAL NECKER. — M. **GUYON**.

Œdèmes inflammatoires des membres de nature rhumatismale.

Par **E. KIRMISSON.**

L'œdème des membres a été à peine signalé comme une manifestation possible du rhumatisme, et dans les courts renseignements qu'ils donnent à cet égard, les auteurs sont loin d'être d'accord. — Tout d'abord existe-t-il réellement un œdème de nature rhumatismale? Le *Compendium de médecine* répond négativement; pour lui, « l'œdème des membres, qui n'est jamais un effet du rhumatisme comme on l'avait pensé anciennement, se rattache à une maladie des veines, des reins, ou à une affection actuelle ou ancienne du cœur. » — Telle est aussi l'opinion de Grisolle qui dit que les membres ne sont jamais ni tuméfiés, ni œdématiés, à moins de quelque complication du système circulatoire, comme endocardite, péricardite ou phlébite. Toutefois, ajoute l'auteur, lorsque le rhumatisme affecte simultanément des articulations très-voisines, la tuméfaction qui occupe chacune d'elles, occupe aussi l'espace intermédiaire; c'est ce qui arrive pour les mains et les pieds; de là un véritable œdème aigu. — Trousseau fait la même remarque. Mais cet œdème par propagation au voisinage de l'infiltration séreuse existant au niveau des articulations malades est bien différent du véritable œdème rhumatismal qu'on pourrait appeler essentiel, le seul que nous ayons en vue en ce moment. Ce dernier se trouve signalé dans le tome II de la *Pathologie interne* de Monneret, sous le titre de *Rhumatisme du tissu cellulaire général.* L'auteur indique l'existence de cette manifestation morbide comme parfaitemement admissible, mais il semble ne l'avoir point constatée par lui-même, et il n'y insiste pas.

Depuis longtemps l'attention de notre maître, M. Guyon, a été fixée sur la réalité de ces œdèmes rhumatismaux, et deux cas qui se sont présentés dernièrement dans son service, lui ont fourni l'occasion de nous en démontrer l'existence et les caractères propres.

OBSERVATION I. — Il s'agit, dans ce cas, d'une femme de 25 ans, entrée le 14 décembre 1875, à l'hôpital Necker, salle Sainte-Pauline, n° 3. Elle avait été placée dans un service de chirurgie comme atteinte d'un phlegmon du membre supérieur gauche. En effet, à l'entrée de la malade, le membre offrait une tuméfaction générale avec rougeur et chaleur à la peau qui, sous la pression du doigt, présentait le godet caractéristique de l'œdème; mais nulle part on ne pouvait constater de fluctuation. La malade accusait de vives douleurs. — La forme particulière de la tuméfaction fit diagnostiquer à M. Guyon un œdème rhumatismal. D'ailleurs, les antécédents de la malade étaient en faveur de cette opinion. Elle disait avoir eu, à l'âge de seize ans, un rhumatisme articulaire aigu. Sa maladie actuelle qui datait de neuf jours avait débuté par des douleurs dans le doigt médius du côté droit, bientôt accompagnées de gonflement de la main correspondante, puis de douleurs vagues dans tout le corps. Deux jours après, la malade commença à ressentir des douleurs excessivement violentes dans le membre supérieur gauche qui présenta peu à peu du gonflement d'abord au niveau du coude, puis dans toute l'étendue de la main, de l'avant-bras et du bras.

A partir du moment de son entrée à l'hôpital, la malade fut traitée pendant cinq jours par des cataplasmes, sans résultat appréciable. Le 19 décembre, on la soumit à la compression ouatée. Dès le lendemain, on notait une diminution sensible des douleurs, et le membre avait beaucoup perdu de son volume. Aujourd'hui, 29 décembre, l'œdème a complétement disparu, et la marche de la maladie est venue confirmer le diagnostic porté au début. En effet, à mesure que la tuméfaction disparaissait dans la continuité du membre, elle se localisait au niveau de l'articulation du coude, qui a été pendant quelque jours le siége d'un épauchement assez abondant. Actuellement cet épauchement s'est lui-même dissipé; mais il existe des douleurs articulaires, portant sur les genoux, qui sont une nouvelle preuve de la nature rhumatismale de l'affection.

OBSERVATION II. Le second exemple d'œdème rhumatismal que nous avons observé est celui d'un jeune homme de 26 ans, machiniste, entré à la salle Saint-Jean, n° 5, le 6 décembre 1875. Ce dont il se plaignait, c'était d'une douleur dans la hanche gauche, suite d'une contusion violente qu'il avait éprouvée quelques jours auparavant. Mais dès qu'on l'examinait, on était frappé de l'existence d'un œdème localisé à la jambe droite, œdème dur, avec rougeur et chaleur à la peau, mais sans fluctuation, tout-à-fait comme dans le cas prédédent. Cet œdème s'arrêtait en bas au niveau des malléoles; il remontait supérieurement jusqu'au creux poplité. On ne sentait sous la peau aucun cordon douloureux pouvant faire supposer l'existence d'une oblitération veineuse par le fait d'une phlébite. L'articulation du genou correspondante était le siége d'une hydarthrose considérable. Aucune autre articulation n'était atteinte; et ce rhumatisme mono-articulaire donnait l'idée d'une arthrite blennorrhagique. En effet, en interrogeant le malade, on apprenait qu'au commencement du mois de novembre, il avait contracté une blennorrhagie donnant lieu encore aujourd'hui à un écoulement assez abondant.

Dès le lendemain de l'entrée du malade, le 7 décembre, le membre est placé dans un appareil ouaté compressif. Le 18 décembre, la tension et l'œdème ont beaucoup diminué; le 29 décembre, il n'en reste plus aucune trace; il y a seulement encore un peu de liquide dans l'articulation du genou.

Un point mérite d'être noté dans cette observation, c'est que la jambe droite sur laquelle s'est porté le rhumatisme, a été déjà le siége de plusieurs accidents. En mai 1875, le malade a eu de ce côté une entorse du pied, au mois d'août de la même année, un coup sur le genou droit a été le point de départ d'une première hydarthrose. Par ces traumatismes antérieurs, le membre inférieur droit est devenu un de ces points faibles de l'économie, *loci minoris resistentiæ*, sur lesquels M. Verneuil a appelé l'attention, comme pouvant expliquer la localisation de certaines lésions diathésiques.

Si nous rapprochons l'un de l'autre les deux cas précédents, nous voyons que dans tous les deux, l'œdème a présenté les mêmes caractères, dureté, rougeur, chaleur; en un mot, il s'agit d'un œdème inflammatoire aigu, œdème chaud, tout-à-fait comparable à celui qu'on observe dans un phlegmon. Et la ressemblance est si grande que nous voyons les malades porteurs de cet œdème être dirigés sur des services de chirurgie comme atteints de phlegmons des membres. Toutefois, il existe entre ces deux états pathologiques une différence importante, capitale, et que l'on ne doit jamais perdre de vue, si l'on veut arriver au diagnostic, nous voulons parler de l'absence de fluctuation, qui est la règle dans l'œdème rhumatismal, tandis que dans un phlegmon parvenu à un tel degré de tension et d'empâtement, le pus traduit déjà sa présence par une fluctuation évidente.

On pourrait songer encore à un œdème par oblitération veineuse; mais l'absence de tout cordon douloureux sur le trajet des veines, l'absence de circulation collatérale, doivent faire écarter cette supposition. La rapidité de la disparition de la lésion est encore une preuve à faire valoir contre l'hypothèse d'une cause persistante, comme l'est d'ordinaire la phlébite. Enfin, on doit noter la coïncidence de cet œdème avec des douleurs rhumatismales et du gonflement articulaire, ainsi que cela existait dans les deux cas précédents. Les analogies de plus en plus grandes, que chaque jour l'on remarque entre les séreuses et le tissu cellulaire peuvent faire comprendre comment des déterminations morbides semblables peuvent les atteindre sous l'influence d'une même cause. La tendance à la résolution rapide de cet œdème qui jamais ne passe à la suppuration est encore un fait qui le rapproche des lésions articulaires

du rhumatisme, dont un des principaux caractères est, on le sait, de ne jamais aboutir à la formation du pus.

L'œdème rhumatismal peut siéger en divers points des membres; mais, suivant la remarque de M. Guyon, il occupe souvent les mains, et cela plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. Nous avons pu cette année même en voir un cas à la consultation chez une femme de cinquante ans environ, cas dans lequel l'œdème était limité à la face dorsale de la main gauche, avec absence de douleurs et de gonflement du côté des articulations. Il est donc bien différent en cela de cet œdème qui a été signalé par Trousseau et Grisolle, et qui n'est que la propagation par voisinage d'une fluxion considérable au niveau des articulations.

A part la tendance qu'il indique à l'envahissement de la diathèse rhumatismale, cet œdème n'a pas de signification pronostique grave, puisqu'il disparait rapidement sous l'influence de la compression. Etant connues, en effet, sa nature et l'absence constante de fluctuation qui le caractérise, toute incision doit être rejetée, et la compression, ce puissant agent thérapeutique dont les applications chirurgicales croissent de jour en jour, trouve ici un nouvel emploi. Comment agit cette dernière? Evidemment en chassant de proche en proche devant elle les matériaux exsudés dans les aréoles du tissu cellulaire, exactement comme on le fait par un massage doux et progressif. Et, en effet, massage et compression ne sont que deux applications différentes d'une même méthode; la compression n'est rien autre chose qu'un massage prolongé et appliqué à la fois sur une grande surface, au lieu d'être fait seulement pendant quelques instants et sur des points successifs. Puisque ce moyen mécanique suffit à débarrasser le tissu cellulaire de la sérosité qui l'imbibe, n'est-ce pas là une nouvelle preuve que la maladie actuelle n'est autre chose qu'une exsudation séreuse, un œdème, méritant véritablement le nom d'œdème rhumatismal?

OPHTHALMOLOGIE

Tatouage de la cornée.

Par **F. PONCET** (de Cluny), Professeur agrégé du Val-de-Grâce.

Le tatouage de la cornée, pratiqué dans le but de changer la couleur des taies blanches de cette membrane, en leur donnant un ton analogue à celui de la pupille, fait pénétrer dans l'épaisseur des tissus, par piqûres multiples, une certaine quantité de noir de Chine.

Ce sont les conséquences de ce petit traumatisme qu'il nous a été donné d'examiner sur des cornées humaines tatouées, puis trépanées. Ces pièces si curieuses nous ont été remises par M. le docteur de Wecker.

Dans une précédente communication à la Société de biologie (fascicule des Mémoires, 1874), nous avons établi la structure de ces rondelles de trépan et des leucômes cornéens; c'est sur cette cornée ainsi modifiée qu'agit le tatouage, chose essentiellement distincte d'une opération qui serait pratiquée sur une cornée saine.

La première action sur l'épithélium, disposé le plus souvent en papille, est une dissociation de ces éléments. Les cellules ne s'engrènent plus par leurs rayons épineux; entre chacune existe un petit espace occupé par un liquide incolore, et surtout par des globules sanguins très-abondants, fusant entre les épithéliums. Toutefois l'irritation produite par les piqûres se borne à une simple scission des noyaux de la cellule, à la déformation en bisac, mais l'élément entier conserve à peu près sa forme, et nulle part nous n'avons constaté sa destruction purulente. Ce qu'il y a de particulier, c'est l'absence à peu près complète du noir de Chine dans l'épithélium; à peine dans la couche profonde, quelques cellules sont-elles teintées par la matière colorante. Ce noir se concentre autour du noyau et diffuse légèrement dans le protoplasma de la cellule; toutefois, même avec de forts grossissements (1200), il est difficile, quand l'encre de Chine est bonne, de décomposer la teinte en granulations analogues à celles du pigment choroïdien.

Aux endroits où les piqûres ont été nombreuses, la couche épithéliale, disposée en papilles comme dans tous les leucômes anciens, est détachée des lamelles cornéennes; un épanchement de sérosité avec des globules sanguins, rouges et blancs, soulève tout le revêtement cellulaire.

C'est sur les éléments libres dans cette cavité traumatique qu'il nous a été facile de suivre la marche de la matière colorante. Elle n'est point répandue dans la sérosité qui reste incolore, elle ne teint même pas la fibrine dont le réticulum embrasse les noyaux sanguins, elle se porte absolument sur les globules blancs. Ceux-ci, à un fort grossissement, paraissent posséder 2, 3, 4 nucléoles dans un gros noyau, remplissant presque toute la cellule, et c'est sur cet élément central que se concentre l'encre de Chine.

Pour le tissu cornéen proprement dit, le traumatisme est un peu plus prononcé, ce qui tient à la modification antérieure des lamelles dans le leucôme. On sait, en effet, que le tissu sous-épithélial privé de la membrane de Bowmann se rapproche par ses vaisseaux et son état embryonnaire, d'un véritable derme muqueux. C'est sur ce tissu nouveau et non sur des lamelles saines que porte le tatouage. Or, ce qui arrive pour l'épithélium, se produit aussi pour les lamelles. Elles sont disjointes par l'hémorrhagie, les aiguilles chargées d'encre ont piqué les vaisseaux de nouvelle formation, et de là des amas de globules sanguins entre les faisceaux conjonctifs dissociés. — Il se fait alors une démonstration pathologique de la structure même de la cornée, et ces pièces ne permettraient plus de considérer les corpuscules de la cornée comme de simples vacuoles où passeraient des éléments amiboïdes venus de loin. En effet, une coupe colorée au picro-carminate, montre: 1° des faisceaux tendineux homogènes vivement teintés en rose (ce sont des lamelles de la cornée), disposés très-irrégulièrement sous tous les angles (leucôme antérieur) et séparés entre eux par des intervalles mesurant deux fois le diamètre de la lamelle; à ces travées roses sont accolés çà et là des éléments cellulaires restés jaunes, soit par l'acide picrique, soit par ce qu'ils ont déjà absorbé une partie de la matière colorante du sang. Enfin, dans les intervalles, existent des amas de globules sanguins et, fait principal, de très-nombreux éléments cellulaires isolés, analogues à ceux qui sont restés adhérents aux faisceaux tendineux. Sur des coupes perpendiculaires à leur grand diamètre, ces éléments apparaissent avec des prolongements effilés, irréguliers, avec un noyau central, en voie de prolifération teinté soit en jaune, soit en noir de Chine. En un mot, le tatouage a séparé l'endothélium de la fibre tendineuse. C'est une démonstration chirurgicale de l'existence propre des corpuscules de la cornée.

Quant à la matière colorante, elle est localisée, en majeure partie, dans les couches les plus superficielles de la cornée. Ici encore, elle n'est jamais libre dans la sérosité qui sépare les faisceaux dissociés; au contraire, elle s'incorpore toujours aux éléments cellulaires. Les globules rouges s'en chargent très-rarement; elle se porte de préférence sur les globules blancs ou cellules embryonnaires, et sur les endothéliums ou corpuscules cornéens. On peut même dire que c'est à l'absorption de l'encre de Chine, par ces dernières cellules, qu'il faut attribuer le succès du tatouage, car les globules lymphatiques, d'abord peu nombreux, sont des éléments migrateurs destinés à aller porter leur coloration dans les ganglions voisins, comme le fait a été démontré depuis longtemps, et dernièrement encore par Donders, sur la cornée du lapin. Les corpuscules conjonctifs sont fixes, au contraire, et possèdent un volume plus considérable. Le diamètre maximum d'un corpuscule blanc étant de 12 m. de mil., la ligne noire fournie par la section d'un endothélium dans la partie colorée, mesure trois on quatre fois cette longueur, et, si on se rappelle que cet élément est, en réalité, plat, il est aisé de se convaincre que la surface teintée,

cule au chirurgien, se rapproche, pour chaque corpuscule, d'un dixième de millimètre carré.

Les globules blancs ou corpuscules subissent, soit par le traumatisme, soit par la présence des matières colorantes provenant des globules rouges ou de l'encre de Chine, une légère action irritative qui se traduit, comme pour l'épithélium, par la scission du nucléole, sans que nous ayons jamais rencontré le passage à la suppuration franche, sur aucun point de cette couronne de cornée.

En se rapprochant de la membrane de Descemet, les faits signalés plus haut diminuent d'intensité, les lamelles sont moins dissociées, et la matière colorante devient surtout beaucoup moins abondante.

L'examen histologique nous révèle donc quelques faits utiles pour la pratique du tatouage de la cornée. La connaissance exacte du traumatisme montre la différence qu'il y aurait à déposer l'encre de Chine avec des aiguilles, dans une cornée non vasculaire ou dans une cornée restée embryonnaire et riche en petits vaisseaux; dans le premier cas, peu ou pas d'hémorrhagie, dans le second piqûre des vaisseaux; diffusion des globules sanguins entre l'épithélium et les lamelles de la cornée, et, qui plus est, absorption de la matière colorante par les éléments blancs du sang qui ne contribuent pas à la fixation définitive de la teinte noire.

Ces hémorrhagies portées à un certain degré pourraient assurément amener une ulcération profonde de la cornée, soit par la chute de l'épithélium, soit par la destruction même des éléments de la cornée.

De là, un principe non moins important que celui tiré de l'absence des vaisseaux dans la cornée: c'est la nécessité de pratiquer les séances de tatouage à des intervalles assez éloignés pour permettre la réception d'une partie du sang épanché entre les lamelles de la cornée et entre les épithéliums.

Il est évident aussi que la nature de la matière noire colorante n'est pas à négliger. A ce propos cherchons quel est le mode de pénétration de l'encre de Chine. En examinant une solution fraîche dans de l'eau distillée, ou une solution ancienne, on reconnaît qu'elle est essentiellement composée de vibrions dont l'immense majorité est noire et dont quelques-uns sont restés incolores; mais tous sont animés de mouvements très-actifs, absolument comme les granulations fraîches pigmentaires de l'épithélium choroïdien. La coloration de la cornée ou la migration de l'encre de Chine est-elle favorisée par ces mouvements? Avons-nous sous les yeux de véritables organismes inférieurs qui seraient absorbés, digérés par les globules lymphatiques et les cellules de la cornée? La coloration de ces éléments résulte-t-elle de cette absorption du vibrion? Les observations modernes paraissent donner entièrement raison à cette manière de voir, et en tout cas l'absorption serait alors plus facile qu'avec les poudres métalliques qui pénètrent par un véritable traumatisme. Un fait tendrait encore à confirmer cette explication, pour ainsi dire vitale, c'est l'arrêt presqu'immédiat, en 2 minutes, des mouvements vibrioniens de l'encre de Chine par une solution phéniquée. Le tatouage de cette nature serait donc un véritable transport du noir de Chine par les vibrions. Les cellules cornéennes digéreraient l'organisme inférieur, lequel abandonnerait les fines molécules du pigment dont il a été chargé.

Cette opération pratiquée dans les conditions énoncées, n'amène pas d'accidents et masque parfaitement les leucomes cornéens.

La photographie comme moyen de diagnostic. — La photographie présente souvent une sensibilité telle qu'elle fait ressortir violemment certains défauts que l'œil ne peut même apercevoir. C'est ainsi qu'on photographiait, il y a plusieurs années, une dame dont le portrait parut couvert de taches dont l'original ne présentait aucune trace. Le lendemain, elles apparurent très-nettement, et cette dame mourut de la petite vérole. La photographie avait devancé la vue et reconnu avant cette dernière des taches d'un jaune très-faible. (*Lyon médical*).

(1) Cette note a été communiquée à la *Société de biologie*.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Réformes à apporter dans l'enseignement pratique de l'anatomie (1).

II

§ 1. — *Comment on peut rassembler et conserver des sujets de dissection en nombre suffisant.*

Nous avons vu qu'il arrivait chaque hiver à l'Ecole pratique 300 sujets entiers et 300 ouverts, et que 250 seulement étaient livrés à la dissection des 600 élèves. Tout le monde pense qu'il est nécessaire de tripler le nombre des cadavres disséqués, car tout le monde voudrait voir les élèves étudier l'anatomie 3 hivers, deux au commencement des études, un à la veille des examens de doctorat.

Les règlements de police et la routine s'opposent malheureusement au transport des nombreux cadavres que l'on pourrait si facilement tirer des prisons et des asiles de la Seine et des départements voisins dans un rayon de 30 ou 40 lieues. Montpellier va pourtant jusqu'à Marseille et Toulon chercher des cadavres d'après la brochure du professeur Hardy. Mais, bien que M. Wurtz ait fait durant son décanat, plusieurs démarches auprès des autorités, il n'a pu obtenir que les sujets du dépôt de Saint-Denis. Ce fut un bien notable mais tout-à-fait insuffisant.

Je ne puis pas croire que de nouvelles tentatives, faites par la Faculté, doivent indéfiniment rester sans résultat. J'espère donc qu'elle les renouvellera, mais comme j'estime qu'il faudra plusieurs années, puissé-je me tromper, pour ébranler la machine administrative, je crois que nous ne devons compter pour le moment et les années prochaines que sur les sujets qui nous viennent des hôpitaux et de Saint-Denis. Actuellement, beaucoup de ces sujets sont consacrés aux examens; beaucoup aussi pourrissent inutilisés, tantôt parce qu'ils sont injectés trop tard, tantôt parce qu'ils sont mal injectés.

Voyons d'abord quand, comment et avec quoi doit se faire l'injection conservatrice.

Quand? le plus tôt possible. C'est pourquoi je voudrais que dans les saisons tempérées, printemps et automne, une injection économique fut faite à l'hôpital même, par le gardien des morts qui en serait parfaitement capable. Tout cadavre resté 36 heures sans être réclamé recevrait une première injection, à moins que l'administration n'attende réponse d'une famille habitant au loin dans la province. De temps en temps la réclamation arriverait après l'injection: on en serait quitte pour une perte d'argent insignifiante. Le cadavre injecté n'aurait pas empoisonné l'hôpital; transporté au cimetière il ne répandrait pas de mauvaise odeur sur la voie publique. Cette réforme est facile à exécuter; j'entrevois plusieurs moyens de la réaliser. Elle est importante, car à l'Ecole pratique les sujets sont injectés 3 jours après la mort; dans les saisons tempérées, ces sujets sont déjà corrompus et l'injection n'a pas d'effets rétroactifs.

Comment faut-il faire l'injection? De manière que le liquide pénètre partout et en quantité suffisante. De là, la nécessité d'avoir des artères perméables et d'exercer une pression suffisamment forte et prolongée pour imprégner les tissus. Les cadavres ont d'habitude, dans l'aorte, un long

(1) Voir le n° 10.

caillot qu'il faut retirer avec soin par l'incision que l'on fait à la crosse pour placer la canule. Les extrémités des vieillards athéromateux s'injectent mal, mais à cela, il n'y a rien à faire. Pour obtenir l'imprégnation des tissus, il faut ou bien faire plusieurs injections les unes par-dessus les autres, à quelques heures d'intervalle ; ou bien entretenir une pression continue de 2^m d'eau, par exemple, jusqu'à ce que la quantité de liquide nécessaire ait pénétré. Cette quantité est de 5 litres environ.

Le meilleur liquide conservateur est, sans discussion possible, la glycérine phéniquée de Brissaud et Laskowsky. Malheureusement, les fournisseurs de l'Ecole pratique, insuffisamment rétribués, sont obligés d'employer des glycérines acides et des produits empyreumatiques, dont l'odeur pénètre l'épiderme, les habits, les livres, sans qu'on puisse s'en débarrasser d'un jour à l'autre. L'acide phénique pourra peut-être, un jour, être remplacé par une substance inodore ; mais, en attendant, il faut continuer à se servir de la glycérine phéniquée, qui conserve aux parties charnues leur volume et leur souplesse, et dont la puissance antiputride est considérable. J'ai conservé des années, sans aucun soin, à l'air, au soleil, à l'humidité, des bras, des jambes, et même un sujet entier, qui avaient été injectés, sans plus de précautions que d'habitude, avec le liquide de l'Ecole pratique. Je prie le lecteur de noter ce fait. Pendant le premier mois qui suit l'injection, le cadavre, disséqué ou non, doit perdre une assez grande quantité d'eau par évaporation ; il doit subir une dessication partielle qui ne laisse que la glycérine dans les tissus. Si le milieu ambiant s'oppose à cette dessiccation, c'est-à-dire si l'atmosphère est humide et tiède, si le sujet n'est pas essuyé et retourné de temps en temps, l'injection peut être insuffisante. Mais une fois le premier mois passé dans de bonnes conditions, il n'y a plus de danger et presque plus de soins à prendre.

Nous avons donc un liquide parfait, sauf l'odeur, conservant presque indéfiniment les cadavres, pourvu que ceux-ci aient été *bien injectés* et en *temps utile*, et ce, pour la modique somme de 10 fr. par cadavre, le kilog. de glycérine phéniquée, de basse qualité, coûtant 1 fr. 50.

Peut-on injecter les sujets ouverts? Parfaitement; c'est seulement plus difficile et plus long. Je l'ai fait souvent, et toujours avec succès, de la manière suivante: 1° Une injection est poussée dans les quatre artères des membres et dans les carotides si le cerveau n'a pas été enlevé; des pinces à pression continue sont appliquées sur les veines et les artères anastomotiques, de manière à empêcher le liquide de s'écouler à mesure qu'on l'injecte. Puis, chaque partie du sujet, comme le dos, qui n'a pu recevoir de liquide par les artères, est piquée de place en place avec une canule pointue, adaptée à l'extrémité d'une seringue ou d'un appareil à pression continue, et une certaine quantité de liquide est inoculée dans le tissu cellulaire, les muscles, etc. Cette espèce de bain intérieur est suffisante et dispense du bain extérieur, plus onéreux et plus difficile à mettre en pratique, mais encore plus efficace s'il est prolongé 24 heures. Il faut une demi-heure pour injecter un sujet ouvert, mais, après cela, il se conserve très-bien.

Un moyen plus simple serait d'injecter, à l'hôpital, par la crosse aortique, les sujets non réclamés, destinés à être ouverts par le médecin. Cela ne serait pas toujours possible, car la juste appréciation des lésions cadavériques deviendrait difficile.

En indiquant plus haut l'avantage qu'il y aurait à injecter à l'hôpital même, et le plus tôt possible, les sujets non réclamés, dans les saisons tempérées, j'ai voulu laisser préjuger que la conservation des cadavres injectés et mis en réserve était possible, et que, par conséquent, lorsqu'on ouvre les pavillons de dissection, à la fin d'octobre, ce qui est bien assez tôt à cause de la température, on pourrait avoir un sujet à mettre sur chaque table, dès le premier jour.

Les cadavres, même bien injectés et en temps utile, ne peuvent dans la première période de conservation, c'est-à-dire avant qu'ils ne soient notablement désséchés, ne peuvent, ai-je dit, se conserver que dans un lieu *sec* et *froid*, et par conséquent aéré soit naturellement avec l'air extérieur lorsque celui-ci n'est ni chaud ni humide, soit artificiellement avec de l'air desséché et refroidi. Un tel lieu serait un sous-sol à parois imperméables, garni d'une claie immense élevée à une certaine hauteur au-dessus d'un sol incliné, desséché, drainé de manière à ne pas conserver traces d'humidité. Sur cette claie, les cadavres injectés et bien essuyés seraient déposés à distance les uns des autres, visités et retournés de temps en temps. Un ascenseur serait indispensable. J'ai indiqué ces choses avec plus de détails dans un manuscrit remis au secrétariat de l'Ecole ; j'y ai adjoint des dessins et des plans; je dois donc passer rapidement.

D'autre part, en montrant plus haut comment on peut injecter et conserver les ouvertures, je pensais au meilleur moyen que j'aie à proposer pour augmenter immédiatement le nombre des sujets de dissection, c'est-à-dire à la suppression des épreuves pratiques des deux premiers examens de doctorat pendant les quatre mois de novembre, décembre, janvier et février. Voilà une réforme urgente et grave et de la plus haute importance, puisqu'elle donnerait à chaque série d'élèves deux sujets ouverts par hiver. Elle est indispensable. Elle est possible en décidant que les épreuves pratiques de dissection et d'opérations ne pourront avoir lieu que du 1er mars à la fin de l'année scolaire, sauf pour le petit nombre des refusés. Si vous ne voulez pas disjoindre ces épreuves pratiques des épreuves orales, décidez que les premiers et deuxièmes examens de doctorat ne seront passés que du 1er mars au 31 juillet, et permettez alors aux élèves de subir, en premier lieu et en hiver, leurs examens de chimie, de thérapeutique, etc.

Importe-t-il véritablement que le troisième examen ne soit pas le premier ; et le quatrième, le second ? Importe-t-il même que l'élève ne puisse passer ses examens dans l'ordre qui lui plaît ? Evidemment non. Ce qui importe, c'est qu'il réponde aux questions qu'on lui fait. Je ne veux pas m'appesantir sur les examens. Il y a là aussi de graves réformes à faire, car c'est par les examens que l'on tient les élèves et qu'on peut les forcer à travailler de la bonne manière.

Je reviens à la nécessité où nous sommes d'interdire les épreuves pratiques de dissection et de médecine opératoire en hiver, parce que la pénurie de cadavres qui existe à l'Ecole pratique ne peut pas durer, et ensuite parce que les 200 ouvertures consacrées chaque année aux examens peuvent être parfaitement conservées et disséquées.

A cette question : comment concilier ces deux choses, surabondance d'élèves, pénurie de sujets, j'ai répondu : voici les moyens de doubler immédiatement le nombre des sujets disséqués ; je n'en connais pas d'autres. Préférera-t-on diminuer le nombre des élèves et les forcer à ne venir à Paris qu'après un stage de trois ans fait dans l'école secondaire de leur circonscription? J'en doute, sans être opposé à l'idée de Paris-Ecole de perfectionnement et centre d'examens. Que l'on augmente le nombre des sujets disséqués ou que l'on diminue le nombre des élèves disséquant, il n'en faut pas moins faire cesser l'état actuel des choses, je le dis avec le sentiment d'une énergique conviction et d'un désintéressement absolu. J'indiquerai ultérieurement comment et par qui il faut faire disséquer les sujets ouverts.

§ 2. *Ce que doit être la salle de dissection, son matériel, etc.* — Puisqu'il est démontré que nous pouvons, à Paris, nous procurer les sujets en quantité suffisante, il nous est permis de nous occuper du local et des objets nécessaires à la dissection. Les pavillons de dissection doivent être secs, aérés, préservés du soleil et suffisamment chauffés.

Pour obtenir la sécheresse il suffit d'un sol imperméable et incliné, pourvu que les vases destinés à recevoir les eaux de lavages et les débris, soient vidés chaque jour avec soin. L'aération doit s'obtenir artificiellement et résulter du mode de chauffage. Laisser entrer librement l'air du dehors c'est condamner à la moisissure et à la pourriture tous les sujets mis en train pendant les journées tièdes et humides de la fin de l'automne et du commencement du printemps. Chauffer les pavillons avec des poëles, c'est rôtir et fondre les sujets voisins sans arriver à dégeler ceux qui sont relégués dans les angles du pavillon.

Il paraît donc évident que pour chauffer et aérer un pavillon de dissection il faut y jeter, une heure avant l'arrivée des élèves et jusqu'à leur départ, *des flots* d'air sec et chauffé à 12° environ, à l'aide d'un appareil desservant l'ensemble de l'Ecole pratique.

Il faut beaucoup de lumière, mais il ne faut pas de soleil. S'il y a des fenêtres au sud, au couchant et au levant, qu'elles soient masquées par des constructions ou des plantations voisines. Si la couverture est partiellement vitrée, ce qui est une bonne chose, que ce ne soit que du côté du nord.

La salle de dissection doit être vaste et le paraître, même lorsque les élèves sont au travail. Actuellement, les tables sont écartées de $0^m,75$, c'est trop peu ; les élèves ne peuvent se caser que très-difficilement ; ils se poussent et se blessent les uns les autres, la circulation entre eux est impossible.

Nos tables d'ardoise ont $0^m,80$ de long sur $1^m,65$ de large, elles sont parfaites Les tabourets seraient suffisants s'ils étaient tenus propres et aussi nombreux que le sont les élèves. Quant aux billots dont on se sert pour surélever le tronc, le cou ou les membres, la forme actuelle en sablier est mauvaise.

Le meilleur billot serait un simple prisme rectangulaire, comme une grosse brique épaisse, échancrée d'un côté seulement. Ce billot, long de $0^m,35$, mis sur le plat présenterait une épaisseur de $0^m,10$; sur champ, 0^m15 sauf au niveau de l'échancrure. On pourrait le placer en long entre les deux épaules, manœuvre souvent utile et impossible avec les billots que nous avons en ce moment.

Les élèves étant bien installés, dans une salle commode et saine, devant un cadavre ; il leur faut des instruments, des livres et des conseils. Les instruments et les livres vulgaires doivent leur appartenir, mais il ne saurait en être de même des autres. Il faut donc dans chaque pavillon : plusieurs scies, plusieurs marteaux, des ciseaux, des cisailles, un rachitome, des seringues et des canules, des tubes de verre pour insuffler, des tubes de caoutchouc pour l'hydrotomie, etc., un bon soufflet, une meule à aiguiser, plusieurs étaux, etc. Des vases de verre pour faire durcir les centres nerveux, pour faire macérer les préparations d'articulations, etc., des éprouvettes graduées pour apprécier le volume des parties, des balances et des poids, un mètre, etc. Je néglige bien des objets utiles pour être bref et j'en garde le catalogue par devers moi.

Avec le liquide phéniqué un habit spécial et des ablutions sérieuses à l'eau chaude sont indispensables. Il faut donc un vestiaire dans lequel chaque élève ait un petit placard au lieu de partager avec deux ou trois, comme à présent, un simple casier. Chaque placard aurait un porte-manteau pour l'habit et le chapeau, une tablette pour les livres et dans le bas une place pour les os appartenant à l'élève.

Plusieurs robinets à ressort verseraient de l'eau tiède dans autant de cuvettes où les élèves pourraient se laver sérieusement avant de rentrer chez eux.

Evidemment le vestiaire ne doit pas être dans le pavillon, car l'habit de ville prendrait la mauvaise odeur, mais il doit être dans le vestibule.

Voici à ce propos, comment pourrait être construit un pavillon. Je suppose un espace carré et je le divise en trois rectangles inégaux par deux cloisons parallèles à la façade, le rectangle central de beaucoup le plus grand est la salle de dissection. Le rectangle de la façade est le vestibule-vestiaire et le rectangle du fond, divisé en deux, forme le cabinet du prosecteur et la salle de macérations, de lavages, d'hydrotomie, etc., l'eau et l'humidité devant être bannies de la salle de dissection proprement dite. Toutes les cloisons seraient vitrées; aussi bien celle du vestibule que celle du cabinet du prosecteur.

J'aurais fini d'esquisser ce programme de réformes, s'il ne s'agissait que de placer l'élève devant un cadavre avec les instruments et le confortable necessaire. Mais il faut encore à cet élève, un guide, un professeur, armé d'un sérieux matériel d'enseignement.

(*La fin au prochain numéro*). L. H. F.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 *mars* 1876. — PRÉSIDENCE DE M. PARROT.

M. PITRES communique les résultats de deux autopsies pratiquées dans le service de M. Charcot. La première a révélé l'existence d'un ramollissement cortical par oblitération des deuxième et troisième branches méningiennes de la sylvienne : les noyaux centraux étaient complétement épargnés la substance grise des circonvolutions ascendantes et des régions contiguës était seule ramollie. Cette lésion s'était traduite pendant la vie par une hémiplégie flaccide croisée de la face et des membres.

Le second cas est beaucoup plus complexe. Il s'agit dans cette observation d'une malade de 53 ans qui avait été frappée en 1872 d'une hémiplégie gauche suivie de contracture secondaire. — Le 23 février 1876 elle eût une nouvelle attaque d'apoplexie, avec une forte déviation conjuguée des yeux et de la face vers le côté *gauche, sans hémiplégie droite* et sans modifications notables dans l'état des membres contracturés. A l'autopsie, on trouve une hémorrhagie ancienne dans l'hémisphère gauche. A droite, le foyer siégeait dans le lieu d'élection en dehors du noyau lenticulaire, et il avait atteint la capsule interne dans son tiers moyen. — A gauche le foyer siégeait *au-dessous* du noyau lenticulaire et de la couche optique, au voisinage du plancher de l'étage inférieur du ventricule latéral, en dehors par conséquent des régions que l'anatomie et la physiologie désignent comme renfermant les faisceaux moteurs de l'expansion pédonculaire. On voit que la pathologie semble confirmer ces résultats puisqu'une grosse lésion siégeant au-dessous des noyaux centraux ne produit pas de paralysie des membres.

M. Charcot fait remarquer que, dans le second cas, la lésion était vulgaire et qu'on aurait dû avoir l'hémiplégie cérébrale centrale ordinaire : mais la lésion s'est étendue vers la région inférieure, le tableau clinique a changé et pour tout symptôme on a eu l'apoplexie avec déviation de la tête et des yeux.

M. Chouppe a eu l'occasion d'observer plusieurs fois à la suite des injections sous-cutanées de morphine des accidents graves, sensation de fourmillement s'étendant à tout le corps, congestion intense à la face avec battement des artères et accélération du pouls. Ces phénomènes ne se produisent pas immédiatement après l'accès : ils ne tardent pas à disparaître. Ils sont dus à la piqûre d'une veinule par la seringue, ainsi que cela résulte d'expériences faites par M. Chouppe sur lui-même. Or comme la lésion de la veine est immédiatement suivie d'un léger écoulement sanguin, on peut éviter ces accidents en retirant immédiatement la seringue.

M. Dreyfus communique l'observation d'une femme morte de méningite tuberculeuse dans le service de M. Hayem. Cette femme, âgée de 28 ans, d'excellente santé habituelle, ressentit le 24 janvier en se levant des fourmillements et des soubresauts dans le bras et le membre inférieur gauches, puis elle perdit connaissance. Revenue à elle, elle put reprendre son travail : mais le lendemain elle constata une légère paralysie du membre supérieur gauche, ensuite du membre inférieur. Ces phénomènes, devenant de plus en plus accentués, elle entra le 1 février à l'hôpital. On y constata une paralysie incomplète des membres gauches, une légère déviation de la tête à droite ; il existait en outre une très-vive céphalalgie dans la région fronto-pariétale droite. Température normale. Quelques vomissements. Constipation. Ces phénomènes paralytiques se prononcèrent de plus en plus les jours suivants, en même temps se développait une anémie à marche aiguë. Le 13 février la malade tomba privée de connaissance, elle resta dans un état subcomateux jusqu'à la mort, survenue quelques heures après.

A l'autopsie, on trouva dans les poumons quelques granulations tuberculeuses clairsemées, aucune lésion des autres viscères et du péritoine. Dans les méninges, sur la convexité des hémisphères, on voyait quelques rares tubercules avec un peu d'œdème sous-méningé. Au niveau de l'extrémité interne du sillon de Rolando droit se trouvait une plaque de méningite tuberculeuse de 2 centim. de diamètre avec œdème des circonvolutions avoisinantes dans une assez grande étendue. En outre, il existait un amas de granulations dans le fond du sillon de Rolando, à 2 centimètres en avant de la scissure de Sylvius ; ces granulations refoulaient légèrement la circonvolution pariétale ascendante, et s'étaient creusé une loge dans la circonvolution frontale ascendante.

L'intérêt de cette observation réside dans la marche singulière de l'affection et dans l'existence de phénomènes circonscrits, en particulier de l'épilepsie de M. Jackson, faits qui s'expliquent par la localisation de la lésion.

M. Charcot fait remarquer que cette observation est une confirmation nouvelle des théories qu'il professe.

M. Onimus a étudié l'état de la contractilité électrique dans la catalepsie : elle est diminuée d'une manière notable. L'application d'un courant le long des muscles et surtout dans le trajet des nerfs ne donne lieu qu'à de faibles contractions. Dans la tétanie il en est tout autrement, car avec un courant faible (8 éléments) on a une action énergique. Le courant ascendant augmente, le courant descendant diminue la contracture. Au moment où l'on suspend le courant ascendant, il se produit une forte contraction, due probablement à ce qu'il se forme alors par polarisation un courant descendant.

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire. M. Galippe est élu. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 mars 1876. — Présidence de M. Chatin.

M. Després lit à l'appui de sa candidature dans la section de pathologie chirurgicale, un mémoire sur la lymphorrhagie consécutive aux adénites et aux lymphangites suppurées. Voici les conclusions textuelles de ce travail :

1° Les adénites et les lymphangites suppurées sont généralement suivies, pendant les 20 jours qui suivent l'ouverture des abcès, d'un écoulement de lymphe qui retarde la cicatrisation de l'incision. — 2° Cet écoulement de lymphe peut acquérir des proportions énormes et constituer une lymphorrhagie. — 3° La lymphorrhagie consécutive aux adénites suppurées est plus considérable que la lymphorrhagie consécutive à une lymphangite suppurée. — 4° La lymphorrhagie plus ou moins abondante est la cause réelle des fistules consécutives aux adénites suppurées chez les sujets sains ou scrofuleux. — 5° La compression, toutes les fois qu'elle est applicable, arrête en quelques jours la lymphorrhagie, les cautérisations arrêtent à la longue la lymphorrhagie quand la compression n'a pu être employée. — 6° L'écoulement de la lymphe et la lymphorrhagie, après les angioleucites et les adénites suppurées, sont la démonstration rigoureuse de la lésion primitive des ganglions et des vaisseaux lymphatiques, dans les adénites et les angioleucites suppurées. — 7° Enfin, il résulte des conclusions précédentes, que la compression faite pendant quelques jours sur les adénites et les angioleucites suppurées est le meilleur moyen de prévenir la formation de fistules lymphatiques.

M. Devergie, à propos du rapport présenté à l'une des précédentes séances de l'Académie par M. Hardy, sur la malade de M. Després (voir *Progrès Médical*, page 175), tient à expliquer les motifs qui l'ont amené à diverger d'opinion avec ses deux collègues, MM. Hardy et Hillairet. Les trois membres de la commission ont rejeté l'idée d'un lupus, d'une sclérodermie, et d'une lésion cutanée de nature scrofuleuse. Mais tandis que MM. Hardy et Hillairet admettent une gangrène symétrique des extrémités, M. Devergie soutient l'existence d'une forme particulière de la lèpre, se fondant sur les considérations suivantes : La gangrène des extrémités décrite par M Maurice Reynaud est symétrique ; elle occupe généralement deux points homologues des extrémités ; elle est essentiellement sèche : elle n'attaque jamais les os au point de faire tomber des phalanges ou des doigts entiers ; elle débute par des accès de froid dans les membres (phénomène du doigt mort), suivis d'une période de chaleur ; ces accès sont répétés, et pendant l'un d'eux apparait sur un point des téguments de l'extrémité malade une tache bleuâtre qui s'étend peu à peu, puis noircit et devient bientôt une véritable escharre ; elle s'accompagne de violentes douleurs qui ne se limitent pas seulement au point malade, mais s'étendent aux régions lombaire et cervicale. Tandis que, chez la malade de M. Després, la gangrène n'est pas symétrique ; elle est humide et même l'ulcère végète, des phalanges entières sont touchées ; l'ulcération n'est pas douloureuse, à peine est-elle sensible au froid, son apparition qui date de 7 à 8 ans ne s'est pas accompagnée de phénomènes prémonitoires ; elle a commencé par une ulcération au coude qui s'est cicatrisée ; elle a continué par des ulcérations qui sont apparues successivement sur l'avant-bras, puis sur les doigts. De l'ensemble des symptômes du début et de la marche de la maladie, M. Devergie conclut à l'existence d'une espèce particulière de lèpre.

La lèpre qui est devenue entièrement rare n'a cependant pas complétement disparu d'Europe ni même de France ; mais elle est difficile à reconnaître à cause de sa rareté et surtout de son caractère protéiforme. Il y a les variétés tuberculeuse, anesthésique, ulcéreuse, qui sont les principales ; puis d'autres, différentes selon les milieux et les contrées. La

malade de M. Després est atteinte d'une de ces manifestations lèpreuses qui ne ressemblent en rien à aucune des maladies cutanées si bien connues aujourd'hui. Elle s'améliorera par certains traitements et principalement l'usage extérieur du chlorure de zinc au 1/8 ; mais elle ne guérira pas.

MM. Hillairet et Hardy, répondront dans la prochaine séance.

M. Briquet lit un rapport sur les épidémies, endémies et maladies régnantes en 1874, au nom de la commission des épidémies. — La séance est levée à 4 heures 3/4. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances de décembre 1875. — Présidence de M. Charcot.

Polype fibreux de l'utérus; — expulsion spontanée, par P. Berdinel, interne des hôpitaux.

Louise Buhler, âgée de 75 ans, marchande des 4 saisons, entrée le 25 novembre 1875, à l'hôpital Cochin, salle Cochin, n° 3 (service de M. Després).

Cette femme se présente à 2 heures de l'après-midi à l'hôpital, se plaignant d'une descente de matrice. L'interne de garde, après avoir constaté la présence d'une masse volumineuse dans le vagin, l'admet dans les salles, remettant au lendemain un examen plus minutieux.

A 6 h. du soir, notre collègue M. Devillers est appelé pour une hémorrhagie très-abondante qui vient de se déclarer chez cette femme. A son arrivée, il la trouve dans une mare de sang et, entre les cuisses, il aperçoit une masse rougeâtre, volumineuse et n'ayant plus aucune connexion avec les parties voisines.

Le sang ne tarde pas à s'arrêter de lui-même et le lendemain matin à la visite, M. Després trouve la malade avec un peu de fièvre, ne souffrant pas et perdant à peine.

La malade, interrogée sur ses antécédents, raconte qu'elle a eu cinq enfants en cinq ans; elle n'a jamais fait de fausse couche. Ses règles ont toujours été très-régulières, mais abondantes et durant huit jours. A l'âge de 51 ans, elle a eu une perte très-abondante qui a duré un mois et depuis les règles n'ont pas reparu.

Il y a un an, elle a eu une métrorrhagie abondante qui a duré deux mois et depuis cette époque, elle voyait de temps en temps quelques gouttes de sang sur son linge. — Au commencement de septembre de cette année, la malade éprouva dans le bas-ventre, de très-vives douleurs, qu'elle compare à celles de l'accouchement. Elles durèrent une huitaine de jours et la malade à la suite ne constata rien d'anormal du côté des organes génitaux. — Enfin le 25 novembre, dans la matinée, étant à son travail habituel, elle sentit pendant une quinte de toux quelque chose se détacher et venir faire saillie à la vulve. C'est alors qu'elle vint à l'hôpital où l'expulsion complète ne tarda pas à se faire.

La tumeur a une forme allongée et son poids est de 800 grammes; la partie inférieure est renflée en massue et d'une couleur rouge livide; le reste de la masse est d'une coloration blanc-rosée à l'extérieur. — Sa consistance est mollasse. — On reconnait difficilement à l'inspection de la tumeur son point d'implantation, qui paraissait se faire par une assez large base; il n'y a point trace de pédicule. — A la coupe, le tissu crie sous le scalpel et présente une teinte faiblement rosée. Sa texture est nettement fibreuse, mais la masse est creusée d'un très-grand nombre de cavités kystiques, dont le volume varie entre celui d'un œuf de poule et celui d'une noisette ; elles ne paraissent pas avoir de parois propres et chacune est remplie par un caillot sanguin. — Une assez grande quantité de vaisseaux est répandue dans la masse ; en plusieurs points on trouve des hémorrhagies interstitielles, surtout vers la partie inférieure, où elles donnent l'apparence d'un noyau apoplectique. La malade n'a présenté les jours suivants aucun accident du côté de l'utérus ; il y a eu pendant deux jours un suintement sanguin et le col, entr'ouvert au début, était refermé le troisième jour : sa surface ne présentait aucune irrégularité.

Mais sous l'influence du repos au lit, la malade a eu des escharres au sacrum, une pneumonie hypostatique, de l'incontinence de l'urine et des matières fécales avec parésie des membres inférieurs et elle a succombé le 15 décembre.

L'autopsie n'a pu être faite.

M. Després fait remarquer que cette expulsion spontanée s'est faite sans amener d'accidents graves et qu'une opération comme l'excision, l'extirpation partielle, l'extraction du polype, la dilatation du col, amène fréquemment des péritonites mortelles.

M. Guéniot. Quand la malade est moribonde, à la suite d'une violente métrorrhagie et que la tumeur est accessible, il y a tout avantage à opérer. La gravité de l'opération varie du reste, d'après l'implantation du polype ; il est certain que les suites d'une opération seront moins graves si le polype est inséré sur le col que s'il est intra-utérin.

M. Pozzy cite des faits consignés dans sa thèse d'agrégation, de corps fibreux pédiculés, faisant saillie hors de l'utérus et qui ont été opérés avec succès.

M. Després persiste à croire que toute opération est dangereuse dans ces circonstances et qu'il vaut mieux attendre l'expulsion spontanée.

Tuberculose ancienne avec cavernes, sans troubles fonctionnels; pleurésie récente; difficultés de diagnostic; par le Dr A. Sevestre, chef de clinique à la Charité.

H... Eugène, âgé de 20 ans, entre le 19 novembre 1875, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles n° 1, (service de M. le professeur G. Sée). Ce jeune homme, qui paraît assez vigoureux, raconte qu'il a été pris 5 jours auparavant d'un violent point de côté à droite; en même temps, il a eu un frisson léger puis de la fièvre, et une certaine gêne de la respiration; la toux est modérément fréquente, parfois quinteuse, et toujours sèche. Jusqu'alors il était, dit-il, très-bien portant. Aujourd'hui il souffre encore du côté droit, et se trouve même plus gêné pour respirer que les jours précédents.

A l'examen du thorax, on constate les signes suivants: *à droite*, en arrière, vers la base, on trouve de la matité dans l'étendue de la paume de la main ; cette matité n'est pas très-prononcée, et s'accompagne d'une diminution des vibrations vocales qui ne sont cependant pas abolies; à l'auscultation, on trouve au même niveau une faiblesse du bruit respiratoire, sans souffle, sans égophonie, sans râles ni frottements. Dans le reste du poumon, le murmure respiratoire est normal et s'accompagne seulement de quelques râles vers le sommet. En avant, on ne constate rien de particulier.

A gauche, au contraire, l'examen révèle des signes très-importants et qui ne permettent pas de douter de l'existence en ce point de lésions grossières. En arrière, dans la partie inférieure, la sonorité est à peu près normale, mais au sommet il existe une matité assez prononcée; cette matité est beaucoup plus marquée en avant; là, elle est presque absolue dans la moitié inférieure de la poitrine, à tel point qu'on suppose d'abord l'existence à ce niveau d'un épanchement liquide: l'auscultation permet de constater que le bruit respiratoire est à peu près normal en ce point, tout au plus un peu affaibli et mélangé de râles muqueux ; au sommet, on entend un souffle bronchique lointain. Ce souffle est, en effet, beaucoup plus fort en arrière, et là, il présente tous les caractères du souffle amphorique; il s'accompagne de retentissement de la voix et même de pectoriloquie véritable. Il existe aussi quelques râles, mais qui ne sont pas très-abondants au sommet ; ils sont plus nombreux vers la partie moyenne du poumon. Ainsi, on trouve tous les signes d'une induration du sommet gauche, et même d'après l'intensité du souffle et de la pectoriloquie, malgré l'absence du gargouillement, il est permis de penser qu'il existe une excavation.

L'interprétation de ces phénomènes est assez délicate. En effet, on peut penser à une induration ancienne de nature tuberculeuse, ou à une lésion récente, c'est-à-dire à une pneumonie. L'analyse des antécédents semble tout d'abord écarter la première hypothèse ; en effet, le malade affirme que jusqu'à ces derniers jours, il était absolument bien portant; il ne toussait pas, n'était pas gêné pour respirer, et ne présentait en un mot aucun trouble fonctionnel de la respiration ; En outre, il paraît vigoureux, n'est nullement amaigri, n'a

jamais de fièvre, et ne présente pas non plus les symptômes généraux de la tuberculose ; mais d'un autre côté, il est malade depuis cinq jours seulement, et l'on comprend difficilement qu'une pneumonie donnant lieu à un souffle aussi intense ne s'accompagne pas de fièvre ; une température de 37°,8 concorde mal avec une pneumonie au 5e jour chez un jeune homme de 20 ans; ajoutons que le frisson a été très-léger, que la toux n'est pas très-intense, et ne s'accompagne d'aucune expectoration ; enfin les caractères de l'auscultation sont plutôt ceux d'une induration creusée de cavité que d'une induration simple. Pour toutes ces raisons, et considérant en outre que des lésions tuberculeuses avancées peuvent exister sans troubles fonctionnels marqués, M. Sée conclut à l'existence d'une induration tuberculeuse du sommet gauche.

Le *soir*, la température est à 39°.

20 *novembre*. T. 38°,4 ; *soir* T. 38°,6.

21 *novembre*. T. 38°,4. Les troubles fonctionnels sont à peu près les mêmes ; il y a toujours peu de toux, sans expectoration, et une dyspnée assez prononcée ; les signes physiques ne se sont pas modifiés à gauche ; mais à droite, la matité à la base est plus prononcée ; le bruit respiratoire est un peu plus faible, et en somme l'épanchement paraît un peu plus abondant. — *Soir*. T. 40°

22 *novembre*. T. 38°,2 ; *soir*. T. 39°,7.

23 *novembre*. T. 38°,4 ; *soir*. T. 38°. La dyspnée est plus marquée, sans que les signes fournis par l'examen du thorax semblent suffisants pour en rendre compte. A gauche, on trouve toujours le souffle avec ses mêmes caractères; mais les râles sont un peu plus abondants. A droite, la matité occupe à peine la moitié inférieure du thorax en arrière ; à l'auscultation, on trouve tout à-fait à la base une diminution mais non une abolition du murmure respiratoire ; vers le tiers de la hauteur du poumon, on trouve un léger souffle voilé, avec un léger chevrottement de la voix ; les vibrations vocales sont affaiblies en ce point et abolies à la base même.

24 *novembre*. T. 38°,2 ; *Soir*. T. 38°,8.

25 *novembre*. T. 37°,6. L'intensité croissante de la dyspnée, sans augmentation correspondante dans l'intensité des signes physiques fait admettre l'hypothèse d'une phthisie aiguë, hypothèse soulevée déjà depuis deux jours.

Le *soir*, T. 39° ; la dyspnée est extrême, et l'auscultation révèle des râles assez abondants à gauche, un peu moins nombreux à droite, et à la base de ce même côté des signes d'un épanchement qui paraît occuper seulement la partie inférieure du thorax ; en effet, si la matité plus prononcée depuis hier, remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate, on entend presque jusqu'à la base, le bruit respiratoire mélangé de râles.

Le malade, soulagé quelques instants par l'application de ventouses sèches, meurt dans la nuit.

AUTOPSIE. La plèvre *droite* est remplie par un épanchement abondant de liquide citrin transparent. Le poumon est refoulé vers la colonne vertébrale, mais, dans le tiers supérieur, il est relié à la paroi thoracique par des adhérences fibreuses anciennes. Dans le reste de son étendue, il présente des fausses-membranes molles, récentes, et surtout épaisses à la base. Sur une coupe, on trouve, au sommet, quelques petites cavités du volume d'un pois, quelques masses caséeuses et enfin des tubercules assez récents. Dans le lobe moyen et le lobe inférieur, le tissu pulmonaire est revenu sur lui-même, atélectasié, mais sans autre lésion appréciable. On n'y trouve pas de tubercules, non plus que sur la plèvre.

Du côté *gauche*, le thorax a subi une rétraction qui résulte évidemment d'une pleurésie ancienne. Le poumon est complétement adhérent à la paroi thoracique, et ce n'est qu'après de grands efforts qu'on parvient à l'en détacher.

Ces adhérences sont surtout solides en avant, et la plèvre présente là une plaque d'ossification longue de 8 centimètres, et large de 4 à 5 centimètres et ayant en certains points près d'un centimètre d'épaisseur.

Le poumon est petit. Le lobe supérieur est complétement transformé en un tissu fibreux extrêmement dense, ayant en certains points une apparence de cartilage : au milieu de ce tissu de sclérose se voit une caverne ayant les dimensions d'une noix. Les parois de cette caverne sont fibreuses comme tout le reste, et dans aucun point du lobe supérieur on ne trouve de tubercules à un degré quelconque de leur évolution.

Dans la partie supérieure du lobe inférieur, on trouve quelques granulations jaunes entourées d'une sphère de pneumonie chronique ; ces granulations sont d'ailleurs peu nombreuses, et le poumon est sain dans le reste de son étendue.

Pas de liquide dans le péricarde. Le *cœur* a son volume normal ; la pointe est formée par le ventricule gauche, mais le ventricule droit est un peu plus large qu'à l'état normal.

Les parois ventriculaires mesurent à droite 7 à 8 millimètres, et 15 millimètres à gauche. Les valvules artérielles sont saines. L'orifice tricuspide admet l'extrémité de 3 doigts et l'orifice mitral deux doigts jusqu'au niveau de l'articulation des 3 phalanges. La valvule tricuspide est légèrement insuffisante, ainsi que la valvule mitrale ; mais cette insuffisance paraît être simplement le résultat de l'état de rigidité cadavérique dans lequel sont encore les muscles papillaires. L'orifice tricuspide mesure 11 cent., l'orifice mitral 8 cent., 5. L'orifice aortique, 6 cent. 5 et l'orifice pulmonaire 8 cent. Les valvules sont parfaitement saines.

Le foie est un peu gras et légèrement congestionné ; il ne présente pas à la surface, ni sur des coupes, de granulations tuberculeuses ; son tissu paraît absolument sain. Il en est de même pour les reins, qui sont seulement un peu congestionnés.

La *rate* est grosse, mesure 13 centimètres sur 8 ; les corpuscules de Malpighi sont très-apparents.

RÉFLEXIONS. Deux points sont particulièrement intéressante dans cette observation, et tous deux ont trait à des difficultés de diagnostic. Les renseignements donnés par le malade, qui affirmait n'avoir jamais eu de troubles du côté de l'appareil respiratoire, semblaient pouvoir faire écarter l'hypothèse d'une tuberculose, et cette hypothèse paraissait encore plus improbable si l'on consultait l'apparence extérieure qui était celle de la santé la plus parfaite ; néanmoins, M. Sée conclut à l'existence d'une induration tuberculeuse du sommet gauche, et dans la leçon qu'il fit à ce sujet, insista sur ce fait que des lésions tuberculeuses, même très-avancées, peuvent coïncider avec une conservation plus ou moins complète de la santé, et que des cavernes, même très-étendues, peuvent laisser vivre très-longtemps les individus.

Le diagnostic de la pleurésie elle-même n'était pas moins difficile, et ce fait montre une fois de plus combien est délicate l'appréciation de la quantité du liquide. En effet, la pleurésie avait été reconnue, mais on ne pouvait soupçonner d'après les phénomènes observés que la quantité du liquide fût aussi considérable et la dyspnée que présentait le malade avait paru devoir être attribuée plutôt à une phthisie aiguë. La raison des difficultés du diagnostic, dans ce cas spécial, trouve peut-être, en partie au moins son explication dans la nature et l'étendue des lésions chroniques constatées à l'autopsie. En effet, il existait au sommet droit des adhérences qui tenaient le poumon rapproché de la paroi thoracique, et devaient par suite avoir pour résultat de rendre perceptibles dans une étendue plus grande les bruits pulmonaires ; en outre, ces bruits devaient aussi être exagérés par suite de l'état du poumon gauche qui obligeait celui du côté droit à un fonctionnement plus considérable. Cette explication est peut-être un peu problématique ; mais nous croyons que dans les cas complexes de la nature de celui qui vient d'être rapporté, il faut tenir compte, dans l'appréciation de la quantité du liquide, de l'existence de lésions qui peuvent modifier les résultats de l'auscultation.

Lésion parasitaire simulant les tubercules, observée chez une poule; par M. HAYEM.

M. HAYEM fait voir les viscères d'une poule qui présentent des lésions parasitaires, simulant la tuberculose miliaire aiguë. Le foie et la rate surtout, les poumons et le péritoine sont remplis de granulations blanc-jaunâtres, du volume d'un grain de millet, faciles à énucléer, composées de granulations amorphes et de cellules graisseuses. Il n'a pas encore

été possible de savoir de quel parasite il s'agit Il est important de signaler ces lésions, qui pourraient donner lieu à des erreurs d'interprétation dans les expériences faites sur l'inoculation du tubercule.

Calcul salivaire du conduit de Warthon; par M. L. A. Garnier, interne.

Le 19 novembre 1875, le nommé Auguste B...., est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 21, service de M. Richet, pour une tumeur qu'il porte sous la langue, sur le plancher buccal.

C'est dans le cours de l'année 1870, au mois de juin, que le malade s'aperçut de l'existence de cette tumeur. Pendant un repas, il ressentit une vive douleur sur le plancher de la bouche ; il y porta le doigt et constata la présence d'une tuméfaction dure, douloureuse. Un médecin fut appelé, crut à l'existence d'un abcès et ordonna l'application de trois sangsues. Ce traitement parut procurer du soulagement et tous les symptômes disparurent jusqu'au mois d'août. Alors les mêmes phénomènes se reproduisent, accompagnés cette fois de la tuméfaction douloureuse de la glande sous-maxillaire. On crut cette fois encore devoir instituer un traitement antiphlogistique qui fut suivi comme la première fois d'une disparition complète des accidents. En 1871, réapparition de la tumeur sous-maxillaire ; les pommades fondantes, les cataplasmes semblent encore arrêter les accidents, et la rémission de ces accidents dure cette fois jusqu'en 1875. Le médecin, auquel le malade s'adresse pour se faire traiter, lui conseille d'entrer à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée, sur le plancher de la bouche, existe une tuméfaction très-prononcée s'étendant depuis la partie postérieure des arcades dentaires jusqu'à la portion la plus reculée du plancher buccal.

Cette tumeur est plus grande dans le sens antéro-postérieur que dans le sens transversal. La muqueuse qui la recouvre offre sa couleur ordinaire ; cependant elle est parcourue par des vaisseaux plus nombreux qu'à l'état normal. Si on applique le doigt sur la tumeur, on constate qu'elle est très-dure et qu'il n'y a point là interposition de liquide entre elle et la muqueuse. En introduisant un stylet dans le conduit de Warthon, on remarque que ce conduit est déjeté sur la partie latérale et externe de la tumeur et enfin en faisant avancer le stylet, on arrive sur un corps dur qui donne la même sensation que l'on éprouve lorsque l'on touche avec la sonde un calcul vésical. Cette tumeur provoque de la douleur au niveau du plancher buccal ; et chose curieuse, des irradiations douloureuses s'étendent à la lèvre inférieure et aux quatre incisives inférieures.

La douleur qui siége dans les incisives est même la plus pénible suivant le dire du malade : les mouvements des lèvres et de la langue sont difficiles ; la mastication et la prononciation, surtout celle des consonnes labiales, sont entravées. L'écoulement de la salive paraît se faire comme à l'état normal : il n'y a aucune accumulation de liquide ni gonflement de la glande sous-maxillaire en arrière du calcul. Le cathétérisme du conduit de Warthon à l'aide d'un fin stylet et la sensation que l'on éprouve en l'introduisant permettent d'établir ; 1° Qu'il s'agit là d'un calcul développé dans le conduit de Warthon ; 2° Qu'il n'y a aucunement lieu de croire à l'existence d'une grenouillette, ou des autres kystes développés sur le plancher buccal.

Le traitement appliqué a été très-simple ; comme il s'agissait seulement de faire l'extirpation de la tumeur, une incision de plusieurs centimètres fut faite d'avant en arrière sur la partie supérieure ; la muqueuse et les parois du kyste ayant été ainsi divisés, le calcul fut mis à découvert. Puis, à l'aide d'une sonde cannelée, on souleva l'extrémité antérieure du calcul qui fut ensuite extrait avec une pince à griffes. Ce dernier temps présenta une certaine difficulté, vu l'adhérence considérable du calcul aux tissus qui l'enveloppaient. A la suite de l'ablation du calcul, on ne nota pas un écoulement de sang ni de salive.

Ce calcul est plus volumineux qu'il ne semblait devoir être avant son ablation. On s'est assuré depuis l'opération qu'il pèse 10 grammes 83 centigrammes. Les dimensions sont les suivantes :

Longueur..................................	3	centimètres.
Circonférence a son point le plus épais....	6	—

On a déjà vu quelques calculs parotidiens égaler et même dépasser ces chiffres, mais il n'y a pas d'exemples de calculs ayant atteint ces dimensions et ce poids dans le conduit de Warthon. La forme de calcul est celle d'un ovoïde très-volumineux à son centre et effilé à ses deux extrémités sa surface est chagrinée et présente une série de petits mamelons irréguliers et inégaux entre eux, avec de petits enfoncements correspondants. Cette irrégularité de la surface explique pourquoi le calcul était retenu dans le kyste à la manière des calculs enchâtonnés de la vessie. La couleur du calcul est d'un jaune pâle uniforme. La consistance est faible, car lorsqu'il s'est agi de le scier transversalement par le milieu, il s'est immédiatement séparé en 3 fragments. On a pu dès lors examiner la texture, et l'on a constaté que le calcul était formé de couches concentriques et présentait un noyau de la grosseur d'un grain de mil allongé dans le sens de la longueur du calcul. Mais à l'œil nu on n'a découvert aucun corps étranger qui pût être regardé comme le point de départ du calcul.

L'analyse chimique a été faite au laboratoire de l'Hôtel-Dieu par M. Hardy. Il a constaté que toute les couches du calcul possèdent une composition analogue elles contiennent p. 0/0.

Eau..................................		7, 43.
Matières grasses..................................		0, 83.
Matières solubles dans l'eau	Organiques..........	0, 64.
	Minérales..........	0, 90.
Matières organiques..................................		11, 90.
Phosphate ammoniaco-magnésien..................		5, 80.
Phosphate de chaux..................................		65, 40.
Carbonate de chaux..................................		5, 70.
Matières non dosées et pertes......................		1. 40.

Il n'a pas été possible de reconnaître dans les parties centrales un noyau d'une composition différente qui permît d'expliquer la formation du calcul.

L'Examen microscopique, fait par M. Liouville a révélé dans ce calcul la présence de globules hématoïdiens, de fibres musculaires provenant des aliments et de cellules épithéliales altérées.

Ostéo-myélite spontanée du fémur. — Infection purulente. — Eruption septicémique. — Mort; par F. Martinet, interne des hôpitaux.

M...,âgé de 16 ans, entré le 20 octobre 1875 à la Pitié. Ce jeune garçon d'une bonne constitution, s'est refroidi quelques jours avant son entrée à l'hôpital ; ses vêtements avaient été trempés par la pluie. Le jeudi, il se présente à la Pitié dans un état général des plus graves ; il s'était senti malade le lundi seulement. Admis dans un service de médecine, il y passa seulement la nuit et fut transféré le matin dans le service de M. Verneuil.

Au moment de la visite, il est dans un état des plus alarmants ; épistaxis, faciès typhique, langue sèche, respiration haletante ; Temp. ax. 40°. Douleurs vives dans la cuisse gauche. On ne pouvait hésiter à reconnaître l'affection décrite par M. Chassaignac sous le nom de typhus des membres.

Les douleurs étaient surtout très-vives, au niveau de la région trochantérienne ; l'articulation n'était pas spécialement sensible, quoique la cuisse fut demi fléchie. L'examen le plus minutieux ne permit pas de reconnaître le moindre indice de suppuration.

De nouvelles explorations furent faites sous l'influence du chloroforme, sans qu'on pût reconnaître exactement le point osseux malade. (Toniques généraux. Sulfate de quinine, 1 gr. ; vésicatoire).

Le samedi, rien d'appréciable du côté du fémur, les douleurs persistent, mais il n'y a pas de signes objectifs.

Dimanche. Le malade a eu du délire pendant toute la nuit, et nous le trouvons, à la visite, couvert d'une éruption tout-à-fait analogue à l'urticaire. Ce sont de grands cercles rouges

saillants à leur pourtour, circinés, et répandus sur tout le corps. Les uns sont tout-à-fait annulaires, d'autres plus petits, figurent seulement des segments de circonférence, et se pressent dans l'intervalle des autres.

M. Verneuil ne vit le malade que le lundi et, quoique l'éruption fût en partie disparue, il n'hésita pas à y reconnaître une de ces éruptions septicémiques comme il en a plusieurs fois observé. Il porta le pronostic le plus grave.

Le délire et la fièvre persistent et l'enfant succombe le lendemain à 6 heures du matin.

Autopsie. L'examen des organes abdominaux ne présente rien d'anormal, si ce n'est des traces de péri-hépatite ancienne sur la convexité du foie.

Un peu de liquide dans les plèvres, quelques fausses membranes sur les deux feuillets.

Nombreux abcès métastatiques à la surface des poumons; ils sont de dimensions variables, depuis l'abcès miliaire jusqu'au volume d'une noisette.

Péricardite récente, mais très-intense. — L'examen de la région trochantérienne ne permet de rien reconnaître d'anormal au premier abord.

M. Verneuil incise jusqu'à l'os, le dissèque et alors seulement, trouve un peu de pus infiltré entre les insertions musculaires. A ce niveau, le périoste est moins adhérent, et se détache sur l'étendue d'un centimètre environ.

Mais cette petite lésion n'était pas suffisante pour expliquer la terminaison si rapide; aussi avons-nous trouvé une ostéo-myélite, suppurée s'étendant du cartilage épiphysaire inférieur à 6 ou 7 travers de doigts au-dessous.

Le cartilage de développement est sain; aucune trace d'inflammation dans le grand trochanter, ni dans la tête fémorale.

Quant à l'articulation, elle était pleine de pus, mais les lésions paraissait de date récente. Les veines circonflexes étaient remplies de caillots.

Le cubitus gauche était le siége d'une périostite suppurée.

Il est probable que l'ostéo-myélite a été le point de départ de la maladie et que l'articulation ne s'est prise que secondairement, au même titre que le cubitus.

M. Verneuil. Ce fait est un exemple incontestable de pyohémie spontanée, c'est-à-dire survenant sans solution de continuité externe et sans communication du foyer d'infection avec l'extérieur. Cette pyohémie ne diffère en rien tant par sa marche et ses symptômes que par les lésions anatomiques, de celle qui succède à une plaie ou à un traumatisme quelconque. Mais il est inutile d'insister sur ce point aujourd'hui bien établi.

J'attirerai particulièrement l'attention de la société sur l'éruption cutanée qu'a présentée notre malade. Cette éruption, que je qualifie du nom de septicémique, est du plus fâcheux augure; je n'ai jamais vu de guérison survenir après son apparition.

Je ferai remarquer encore l'affinité étroite qui relie l'ostéomyélite et les abcès sous-périostiques avec le rhumatisme. Ce sont des maladies *a frigore*, survenant brusquement, avec des phénomènes généraux d'une grande intensité, et pouvant s'accompagner d'éruptions cutanées. On entend dire que les scrofuleux sont particulièrement prédisposés à l'ostéo-myélite et à la périostite phlegmoneuse: c'est une erreur; la scrofule ne donne pas lieu à ces sortes de manifestations osseuses qui sont plutôt voisines des affections rhumatismales.

Une dernière remarque à propos des lésions locales observées à l'autopsie de notre malade. Le point de départ de l'ostéo-myélite du fémur était certainement dans la diaphyse, mais le cartilage épiphysaire qui sert habituellement de barrière à l'inflammation avait été franchi; on comprend du reste, par suite de la disposition anatomique de la capsule fibreuse par rapport au col du fémur, qu'il y ait une arthrite de l'articulation coxo-fémorale. Enfin, les petites veines au voisinage du foyer sont, comme c'est la règle, atteintes de phlébites, conditions anatomiques favorables à la production des embolies malignes et de la septicémie.

M. [illegible]. On observe quelquefois chez les femmes atteintes d'accidents puerpéraux des éruptions que l'on peut sans doute rapprocher des éruptions septicémiques dont parle M. Verneuil; ces éruptions n'indiquent pas habituellement que la mort soit fatale.

M. Verneuil. On voit aussi chez certains blessés le corps se couvrir d'éruptions érythémateuses sans qu'il y ait d'aggravation dans les phénomènes généraux et la guérison survenir. Mais ces éruptions doivent être soigneusement distinguées des éruptions septicémiques. Ce sont là des arthritides bénignes, provoquées ou plutôt rappelées par le traumatisme. Dans le premier fait de ce genre que j'ai observé, il s'agissait d'un malade qui, quatre jours après l'opération de la cataracte, fut atteint d'*eczéma rubrum* généralisé; il racontait que sept ou huit ans auparavant, il avait été couvert d'une éruption semblable à la suite d'une chute, et qu'autrefois, une violente colère en avait également provoqué l'apparition. Dans un autre cas, un malade blessé à la jambe fut pris de douleurs articulaires et présenta des plaques erythémateuses disséminées sur la surface du corps. C'était encore un rappel de manifestations rhumatismales. Enfin, je citerai deux faits qui me sont personnels de ponction de kystes du foie, suivie quelques minutes après l'opération, d'urticaire généralisée.

M. Raynaud. L'éruption d'urticaire, à la suite des ponctions de kystes hydatiques du foie, ne se présente pas à l'état d'exception rare; on serait plutôt tenté de dire qu'elle est la règle. M. Dieulafoy a relevé cet accident 14 fois, sur un total de 27 opérations. Il ne peut pas s'agir là d'une simple coïncidence. Les ponctions capillaires sembleraient avoir, sous ce rapport, une spécialité d'action remarquable. Voici maintenant un fait qui m'est personnel:

Il y a deux ans environ, j'avais un jour à ouvrir un ganglion sous-maxillaire suppuré, chez un garçon de 16 ans. Dans le but d'éviter la cicatrice résultant d'un coup de bistouri, je fis une ponction aspiratrice avec une seringue de Pravaz; cette petite opération se passa très-simplement. Mais moins d'une heure après, on courait me rappeler en toute hâte pour des accidents effrayants qui venaient d'éclater après mon départ. Je trouvai ce jeune homme en proie à une dyspnée excessive, dans un état d'anxiété inexprimable, le faciès profondément altéré, les yeux excavés et entourés d'un cercle noirâtre, tout le corps d'une pâleur syncopale. La poitrine était pleine de râles sonores.

J'avais évidemment affaire à un accès d'asthme d'une intensité peu commune. J'ajoute, ce qui est fort important à signaler, que déjà précédemment j'avais traité ce malade pour des accès d'asthme bien caractérisé, qui avaient cédé à l'emploi prolongé des bains d'air comprimé. Depuis plus de deux ans il en était complètement débarrassé. J'administrai un vomitif dont l'effet fut excellent; à la suite des efforts de vomissement, la dyspnée se calma très rapidement, mais en même temps, le corps se couvrit d'une éruption d'urticaire extrêmement confluente. Le lendemain, tout était terminé, et depuis lors la santé n'a cessé d'être parfaite.

De ce fait, je me crois autorisé à tirer cette double conclusion: 1° L'accès d'asthme dont j'ai été témoin n'était autre chose qu'une *urticaire des bronches*. La métastase cutanée a été, dans ce cas, aussi évidente que possible. Me reportant par la pensée aux accès d'asthme antérieurs, dont la similitude avec celui-ci était frappante, je ne puis m'empêcher de penser que ces accès étaient eux-mêmes l'expression d'une urticaire de la muqueuse bronchique, avec cette seule différence, que jusque là l'éruption était restée limitée au tégument interne, et que ce jour là seulement elle s'est montrée à l'extérieur. Ce cas, joint à d'autres que j'ai pu observer, vient à l'appui d'une opinion que je professe depuis longtemps, à savoir que l'asthme dit essentiel n'est, dans certains cas au moins, qu'une urticaire bronchique. La bizarrerie, l'irrégularité d'apparition des accès établit, entre les deux affections, une ressemblance frappante qui témoigne de leur identité.

2° Le traumatisme insignifiant, résultant de la ponction capillaire, a suffi dans ce cas, pour rappeler une éruption ancienne, à laquelle le sujet était manifestement prédisposé, mais qui était restée silencieuse depuis deux ans, et cette dernière fois, l'éruption s'est faite successivement en deux poussées, l'une sur la muqueuse bronchique, l'autre sur la peau.

Je suis ainsi conduit à rapprocher ce fait de ceux d'urticaire développée à la suite de ponctions de kystes hydatiques.

M. Charcot. M. Feytaud dans sa thèse (1875), attribue ces éruptions d'urticaire à la pénétration dans le péritoine de quelques gouttes du liquide du kyste.

M. Rendu. Cette supposition a pu être vérifiée dans un fait dont j'ai été témoin.

M. Hayem. Je ne crois pas qu'il faille ajouter une grande importance à cette condition. On ne voit pas survenir d'urticaire à la suite de la rupture de kystes du foie dans le péritoine.

13. Tumeur fibreuse de la fosse ischio-rectale; par E. Goetz, interne des hôpitaux.

Le 14 octobre 1875 est entré dans le service de M. Tillaux à Lariboisière (salle Saint-Augustin, n° 22), un homme de 46 ans, présentant une tumeur à la fesse du côté droit. Cette tumeur a eu un développement extrêmement lent : il y a vingt ans que le malade s'en est aperçu, mais elle avait alors la grosseur d'un œuf, n'était pas douloureuse et ne le gênait en rien dans ses occupations. Cependant, en 1870, il entre à l'hôpital Saint-Antoine pour une sciatique du membre inférieur droit, et le médecin qui le traite reconnaît déjà, par le toucher rectal, la présence d'une tumeur intra-pelvienne.

Dans les cinq ou six mois qui ont précédé l'entrée du malade dans le service de M. Tillaux la tumeur s'est notablement accrue. Aujourd'hui, elle a le volume d'une tête de fœtus faisant saillie sous la peau de la fesse droite, ce qui gêne le malade pour s'asseoir. En outre, depuis quelque temps, il éprouve de grandes difficultés pour aller à la garde-robe; ses selles sont rares et rubanées ; la miction est également gênée et ne s'accomplit qu'au prix des plus grands efforts. — Du reste, l'état général est excellent ; l'appétit et les forces sont conservées. — Par le toucher, on constate un rétrécissement considérable du rectum : le doigt est serré entre la tumeur et le pubis ; il est impossible d'en sentir les limites supérieures.

En présence des accidents certains d'obstruction intestinale, et dans un temps probablement fort court, par suite du développement rapide de cette tumeur, M. Tillaux en pratique l'ablation, le 9 novembre. On reconnaît alors qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse implantée sur la face antérieure du coccyx par un pédicule de la grosseur du doigt. Ce fibrôme mesure 0m,26 de longueur, 0m,10 de largeur; il a une forme bilobée, et présente deux prolongements arrondis, l'un, plus considérable, extra-pelvien et qui faisait saillie sous la peau ; l'autre, supérieur, plus petit, contenu dans la fosse ischio-rectale, un peu incliné à gauche et sous-péritonéal. La partie inférieure était adhérente aux parois du bassin, au muscle obturateur interne du côté droit notamment, et à l'ischion du même côté; la partie supérieure, au contraire, est lisse et se laisse énucléer facilement, ce qui fait penser qu'elle était probablement comme enkystée au-dessous du péritoine, ou, si l'on veut, qu'elle était entourée d'une sorte de tissu séreux de nouvelle formation. Quant à la structure de la tumeur, on peut dire que, microscopiquement, elle offre tous les caractères d'un corps fibreux : à la coupe, on trouve un tissu dur, assez résistant, de couleur blanche et se présentant sous l'apparence de masses arrondies de la grosseur de fortes noix et absolument comparables à ce que l'on observe à l'œil nu dans les corps fibreux de l'utérus. Le lobe supérieur diffère de l'inférieur : sa consistance est plus molle et, à la coupe, on trouve un tissu gélatineux laissant écouler un liquide filant comme du blanc d'œuf; en un mot, le lobe supérieur paraît avoir la structure d'un myxôme.

L'examen microscopique de cette pièce a été fait par M. Malassez qui a bien voulu nous communiquer le résultat de ses recherches.— C'est bien, en effet, un fibro-myxôme, les cavités kystiques et remplies de liquide gélatineux du lobe supérieur sont des géodes ; leurs parois ne contiennent pas d'épithélium.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante à un double titre : d'abord, la production d'une tumeur fibreuse chez un homme, fait d'une extrême rareté surtout si on le compare à la fréquence relative des observations de tumeurs semblables dans l'autre sexe. En second lieu, la marche et le développement insidieux du néoplasme, son insinuation graduelle entre les organes de la cavité pelvienne sans provoquer d'adhérences, si ce n'est dans sa partie inférieure, où il a été soumis à des pressions et à des tiraillements répétés pendant les mouvements du malade. Ce dernier point surtout est important à considérer relativement à l'intervention chirurgicale qui fût devenue d'une extrême difficulté si la tumeur avait contracté des adhérences intimes avec le rectum, la vessie ou le péritoine.

M. Cartaz. — Je me rappelle avoir observé une tumeur de la région coccygienne qui présentait le même aspect. C'était un lipome qui avait subi par places la dégénérescence myxomateuse.

14. Cancer de la vessie; perforation. Dilatation de l'uretère; par Goetz, interne.

Le malade dont il s'agit, était un homme de 35 à 40 ans, qui fut reçu d'urgence (service de M. Tillaux) à Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 6, et mourut très-peu de temps après son entrée. A la visite du soir, on constate un facies altéré, les traits grippés et un refroidissement général du corps et des extrémités, une petitesse extrême du pouls, des vomissements bilieux ; bref, tous les symptômes d'une péritonite aiguë ; le ventre est ballonné et très-douloureux. On ne peut du reste obtenir aucun renseignement. Tout ce qu'on sait c'est qu'il est malade depuis 4 ou 5 jours et qu'il s'est rendu à l'hôpital à pied : il meurt dans la nuit.

A l'autopsie on trouve le péritoine très-injecté et contenant de la sérosité purulente. La vessie est le siége d'un ramollissement très-marqué de ses parois; sa surface interne est parsemée de saillies molles et grisâtres ; sa cavité est remplie de sanie purulente et infecte ; au niveau de son sommet, elle présente une perforation arrondie, au niveau de laquelle les parois sont très-amincies ; on peut y passer le petit doigt.

L'uretère droit rempli d'urine est énormément dilaté, il a la forme et le volume du colon. Le parenchyme du rein du même côté a complétement disparu; on ne trouve qu'une poche fibreuse, faisant suite à l'uretère et contenant un liquide louche.

Le rein et l'uretère du côté opposé ne présentent rien d'anormal : ces lésions remontaient donc fort probablement, à une date ancienne. Il est intéressant de constater qu'elles n'aient pas donné lieu, à des symptômes plus marqués.

Le malade n'a dû cesser son travail qu'au moment où s'est produite la perforation de la vessie, suivie de la péritonite qui a causé la mort.

Cancer de la vésicule biliaire. Compression des canaux cystique et hépatique. Ictère chronique. Ascite; par Planteau, interne.

Sch. Suzanne, âgée de 39 ans, journalière, entrée le 21 octobre 1875. Salle Saint-Thomas, 36. (Service de M. Vidal). — Cette femme a été réglée à 17 ans. Elle ne peut donner aucun renseignement ni sur ses antécédents, ni sur sa famille. Elle est fortement amaigrie, le visage est ridé, la peau est ictérique

Elle n'a pas eu d'enfants et ne voit plus ses règles depuis l'âge de 25 ans. Elle n'a pas l'habitude de boire. Cette femme ne serait malade que depuis 5 mois. Jusqu'à cette époque, elle n'aurait rien éprouvé du côté de l'abdomen.

Depuis le début de la maladie, elle éprouve du dégoût pour la viande. Il y a 5 mois que l'ictère a débuté et aurait été le premier symptôme de la maladie dont cette femme est atteinte. Depuis, elle a beaucoup maigri. Elle nous raconte qu'ayant demandé des soins à un médecin, celui-ci l'aurait saignée ; en même temps, on lui aurait ordonné de l'huile de foie de morue et des cataplasmes sur l'abdomen.

Etat actuel. La peau, dans toutes les régions, présente une coloration ictérique très-accusée. Les selles ont une coloration grisâtre qui rappelle celle de l'argile.

L'abdomen est distendu par une accumulation de liquide considérable dans la cavité péritonéale. L'ascite, d'après la malade, se serait développée presque en même temps que l'ictère.

En raison du volume considérable et de la distension de

l'abdomen, il est difficile de délimiter exactement les dimensions du foie par la percussion.

23 *octobre*. On se décide à pratiquer la ponction ; il s'écoule un liquide jaune citrin légèrement verdâtre dont la quantité peut être évaluée à une dizaine de litres.

Les parois abdominales étant devenues souples, il est facile alors d'explorer le foie. Cet organe déborde les fausses côtes de 4 travers de doigts. Par la palpation, on sent une surface dure, mamelonnée en certains points. Au niveau du bord tranchant du foie, sur les limites de l'épigastre et de l'hypochondre droit, on sent à travers les parois abdominales une tumeur dure, arrondie, de la grosseur d'une noix à peu près.

Les membres inférieurs sont œdématiés. Il en est de même des parois abdominales dont le système veineux sous-cutané est très-développé et très-apparent. *Urines*. Réaction caractéristique de l'ictère. *Cœur*. Rien d'anormal, pouls, 64. *Traitement*. Tisane de groseille. V. Vin diurétique.

24 *octobre*. Une grande quantité de liquide s'est encore écoulée par l'orifice fait par le trocart.

26 *octobre*. Depuis 2 ou 3 trois jours quelques envies de vomir; la paroi abdominale est plus tendue ; le liquide paraît se renouveler assez vite. La malade peut à peine manger. Les jours suivants, l'amaigrissement augmente de plus en plus, les dents se recouvrent d'un enduit fuligineux. Enfin, la malade succombe le 14 novembre 1875.

Autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, grande quantité de liquide analogue à celui que nous avons obtenu par la ponction. Le foie est très-volumineux; des adhérences anormales avec le diaphragme en rendent l'ablation assez difficile. Il déborde les fausses côtes de 4 travers de doigts à peu près. Il est d'une coloration uniforme, jaune verdâtre, il est comme gorgé de bile.

Sur la face convexe, on remarque des sillons assez étendus ; des plaques fibreuses formées par la capsule de Glisson épaissies. Ces sillons et ces plaques se remarquent surtout vers le bord tranchant du foie, où, une, entre autres, forme une vaste dépression qui donnait lieu à ces inégalités que l'on sentait pendant la vie à travers les parois abdominales. Une coupe, pratiquée au niveau de ces plaques, fait voir que leur épaisseur ne dépasse pas 1 millimètre ou 1 mill. 1/2, et que seule la capsule d'enveloppe du foie en est le siége. D'apparence purement fibreuse, elles ont une coloration blanc jaunâtre. Le parenchyme hépatique est mou et friable. Il présente à la coupe un aspect granuleux, marbré par un pointillé jaune sur un fond brunâtre.

La vésicule biliaire qui présente la forme et le volume d'une poire de moyenne grosseur est fortement distendue et amincie par une accumulation de liquide. Déjà, à l'extérieur, avant de l'ouvrir, il est facile de voir que son fond est le siége d'un épaississement marqué En l'ouvrant, il s'écoule, en grande quantité, un liquide transparent, filant comme du blanc d'œuf, présentant à peine une légère coloration jaunâtre. Sur le fond se voit une tumeur en forme de lentille, large comme une pièce de 5 francs, présentant une épaisseur de 1 centimètre à peu près. Cette tumeur, soit à sa surface, soit à la coupe présente une coloration jaunâtre. A ce niveau, la muqueuse de la vésicule semble être détruite, ou du moins ramollie et présente un aspect villeux qui tranche avec le reste de la muqueuse qui est parfaitement lisse.

Au niveau du col de la vésicule, on sent à travers les tissus une tumeur de la grosseur d'une petite noix, à l'ouverture de la vésicule ; la face interne à ce niveau présente la même coloration et les mêmes caractères qu'au niveau de la tumeur du fond que nous avons déjà décrite. Par la dissection, on voit que cette tumeur siége au niveau de la réunion du canal cystique et du canal hépatique. Le canal cystique est dilaté et se continue sans ligne de démarcation avec la vésicule. Le canal cholédoque présente un calibre normal.

L'artère hépatique, la veine porte sont compris dans la tumeur et comprimées par elle.

Les deux branches d'origine du canal hépatique sont considérablement dilatées et peuvent admettre facilement l'index. Il est de même de leurs ramifications. Le canal hépatique très-dilaté aussi en arrière de la tumeur n'a plus en longueur que 1 cent. ou 1 cent. 1/2.

Les ganglions lymphatiques voisins sont aussi volumineux. Ni l'estomac ni aucun des autres organes contenus dans l'abdomen ne présentent de production morbide. Rien du côté de l'utérus.

Les organes contenus dans le thorax sont parfaitement sains, sauf des adhérences de la base des deux poumons avec le diaphragme.

L'examen microscopique fait après durcissement préalable dans l'alcool, l'acide picrique et la gomme, démontre que les deux tumeurs, celle du fond de la vésicule biliaire, et celle qui siége à la réunion du canal cystique et du canal hépatique sont constituées par des cloisons de tissus fibreux anastomosées entre elles, laissant des espaces libres, des aréoles plus ou moins volumineuses remplies de grandes cellules de forme irrégulière. Dispositions qui rappelle en tous points la structure du carcinome.

Il s'agirait donc ici d'un cancer de la vésiculaire biliaire, cancer primitif, vu que les autres organes ne renferment aucune production pathologique nouvelle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 Mars 1876. — Présidence de M. Houel.

M. Marjolin lit une note sur un cas d'*anévrisme du creux poplité, chez un vieillard de 79 ans, traité avec succès par la compression.* Cette note lui a été adressée par M. Prestat (de Pontoise). Quatre séances de compression de 3 heures chacune ont amené la disparition des battements et la diminution de volume de la tumeur anévrismale.

Pendant les trois premiers jours qui suivirent la guérison, le pied se refroidit et la pédieuse cessa presque de battre, mais grâce à un traitement convenable la chaleur reparut et le malade fut définitivement guéri.

M. Verneuil présente au nom de M. Daniel Mollière (de Lyon), une brochure sur une opération de périnéorraphie, chez une femme enceinte de deux mois et demi. Aucun accident ne suivit l'intervention chirurgicale et la femme accoucha à terme. M. Verneuil rappelle en passant, qu'il a eu l'occasion d'opérer d'une fistule vésico-vaginale une femme enceinte aussi de deux mois et demi. L'opération occasionna l'avortement, mais sans accident grave.

M. Nepveu lit un travail sur un cas de varices lymphatiques dont l'inflammation a amené les symptômes de la pyohémie. Une commission composée de MM. Auger, Le Dentu et Verneuil, est chargée d'examiner ce travail.

M. Poncet (de Cluny) présente un mémoire sur le glaucome avec anévrismes miliaires ; une planche en photochromie accompagne ce travail dont voici les conclusions :

La forme de glaucome, dite hémorrhagique, peut être causée par la présence d'anévrismes miliaires limités aux vaisseaux de la rétine et siégeant surtout à la région équatoriale. Ces dilatations vasculaires s'accompagnent dans les cas anciens d'une transformation fibreuse de la rétine et de la choroïde. Les gaines lymphatiques des artères s'imprègnent de pigment et dessinent alors les figures étoilées, typiques de la rétinite pigmentaire.

Le glaucome hémorrhagique ancien peut représenter comme les autres glaucomes, la dépression cupulaire signalée jusqu'ici comme absente de cette variété. Cette excavation se revêt quelquefois d'une couche nouvelle ostéofibreuse, placée en avant de la limitante interne de la rétine et en arrière du corps vitré. Un deuxième collier osseux, sous-rétinien, entoure l'orifice sclérotical et contribue ainsi à la section des fibres du N. O. sous la pression intra-oculaire.

La névrite du glaucome comporte la régression granulo-graisseuse des fibres du N. O., l'hypertrophie du tissu fibreux inter-fasciculaire avec vascularisation anormale et exagérée, et, enfin la prolifération de la névroglie. C'est à l'abondance des vaisseaux veineux derrière la papille atrophiée et fibreuse qu'il faut attribuer la teinte verdâtre de certaines excavations atrophiques et glaucomateuses.

M. Polaillon donne lecture d'un rapport de la commission du prix Gerdy. La question, posée par la Société, était la suivante : *De l'action de l'air sur les plaies au point de vue historique et doctrinal.* Trois mémoires ont été envoyés et la commission se plaît à reconnaître que ces travaux sont fort bien faits. Les noms des lauréats seront proclamés dans la prochaine séance. — M. Alph. Guérin est nommé, sur sa demande, membre honoraire de la Société de chirurgie. I. B.

MALADIES DE LA PEAU.

1. Contribution à l'étude de la Gale: par G. MAILHETARD, Th. inaug. Paris, 1875, chez A. Delahaye.

Convaincu, après un long séjour à Saint-Louis dans le service de M. le professeur Hardy, que, la gale, d'un diagnostic généralement facile, se présentait parfois avec des caractères embarrassants pour les médecins peu familiarisés avec les maladies de la peau, M. Mailhethard s'est proposé de condenser, dans une thèse très-substantielle, tout ce qui a trait à l'étude de cette affection parasitaire.

Un chapitre est consacré à l'histoire de la gale que l'auteur divise en deux périodes: la première, s'étendant depuis les origines de la médecine jusqu'aux premières années de notre siècle, la seconde, commençant véritablement en 1834, époque à laquelle l'étudiant Renuci montrait l'acare dans le service d'Alibert.

C'est à dater de ce jour que les anciennes théories sur la gale s'évanouirent et que la maladie fut considérée comme essentiellement parasitaire et transmise par contagion médiate ou immédiate.

Excepté sur la tête et sur le visage, la gale peut siéger partout: cependant, elle a des siéges de prédilection, qui sont, la face dorsale des mains, les espaces interdigitaux, les poignets, la partie antérieure du ventre, la partie antéro-interne et supérieure des cuisses, la verge chez l'homme, le mamelon chez la femme et les fesses chez les enfants.

Sur ces diverses régions portera particulièrement l'examen du médecin chaque fois qu'un malade se plaindra de démangeaisons, surtout si ces démangeaisons sont à maximum nocturne, l'acare ayant, la nuit, comme nous l'ont appris les études entomologiques de Bourguignon et de Lanquetin, son activité la plus grande.

Sur ces mêmes régions, apparaîtront des vésicules et des papules qui pourraient donner le change au médecin peu attentif en le faisant croire à un eczéma ou à un prurigo non symptomatique. A côté des éléments vésiculeux et papuleux, se développent fréquemment des pustules dont la valeur seméiologique est capitale. « ECTHYMA VEUT DIRE GALE » a l'habitude de répéter M. Hardy pour frapper l'attention des élèves et les empêcher de méconnaître la maladie parasitaire sous une éruption qui n'est qu'un épiphénomène.

Tout importantes que soient ces éruptions, cortége habituel de la gale, elles le cèdent en certitude aux deux signes pathognomoniques de la maladie, au sillon et à l'acare.

Le sillon, sans lequel il n'y a pas de diagnostic certain, sera cherché dans les points déjà indiqués: il se présente sous la forme d'une petite ligne grise ou noirâtre, le plus ordinairement courbe, affectant la forme d'un C ou d'une cédille, ayant de 0, m 002 à 0, m 03 de long, et ayant deux extrémités, l'une, large par laquelle a pénétré l'acare, l'autre plus étroite, fermée et terminée par un point blanc: c'est là, que gît l'acare, c'est là qu'on pourra le prendre en faisant suivre à la pointe d'une épingle la direction même du sillon.

Le diagnostic est en général facile pour tout médecin qui connaît la valeur des éruptions vésiculeuses et pustuleuses, valeur qui repose sur le siége de ces éruptions, sur leur marche autant que sur leur nature.

Le traitement comporte deux indications: combattre, par les émollients, les éruptions qui compliquent la maladie, aider par un traitement général à la cure locale que pourrait retarder le lymphatisme ou la constitution délabrée du sujet, voilà pour la première indication.

Quant à la gale elle-même, elle est justiciable des agents parasiticides, entre autres de la pommade sulfuro-alcaline qui, depuis maintes années, fait ses preuves à Saint-Louis.

Les galeux, après une friction au savon noir, prendront un bain simple d'une demi-heure, puis seront frottés une demi-heure au moins avec:

Axonge....................	300 gr.
Soufre....................	50 gr.
Sous-carbonate de potasse...	25 gr.

Cela fait, nouveau bain simple: la guérison est infaillible si les frictions ont été un peu rudes et générales, si, surtout, les malades ont pris soin de soumettre leurs vêtements à l'action de fumigations sulfureuses.

Un point important sur lequel M. Mailhetard appelle, avec raison, l'attention du médecin qui n'a pas suivi un grand nombre de galeux, c'est les démangeaisons qu'il verra assez fréquemment survivre à la maladie.

Le praticien, qui ne doit point ignorer, qu'après la guérison de toutes les affections prurigineuses, les malades continuent à se gratter, devra savoir résister aux demandes d'un nouveau traitement, s'abstenir de bains sulfureux qui excitent la peau, et, si les démangeaisons sont par trop vives, les calmer à l'aide de bains émollients. L. LANDOUZY.

2. Recherches anatomo-pathologiques sur le Lupus.

M. Thomas (d'Heidelberg) vient de publier un mémoire important sur cette question dans les *Archives de Virchow* (décembre 1875); en voici le résumé. Le lupus doit être considéré comme une néoplasie du tissu conjonctif; les altérations épithéliales et glandulaires ne sont que secondaires ou doivent être regardées comme des lésions associées dans le cas par exemple où un épithéliomé se développe sur un lupus.

Le caractère fondamental de la néoformation est une production d'éléments lymphoïdes sur le trajet des vaisseaux sanguins; par leur confluence en quelques points se forment de petites nodosités; puis des vaisseaux se développent et le tissu ainsi constitué correspond absolument au tissu de granulation. A une période plus avancée, un certain nombre des éléments subit une transformation et l'on trouve çà et là des groupes arrondis de grosses cellules riches en protoplasma, au milieu desquelles se voient en général des cellules géantes à plusieurs noyaux. Alors, commencent les modifications régressives qui aboutissent par la dégénération graisseuse ou l'induration caséeuse à la résorption, à l'ulcération ou à la formation de cicatrices.

On rencontre des altérations tout-à-fait analogues dans les cas où le lupus envahit le tissu cellulaire intermusculaire des lèvres ou du voile du palais, ou les muqueuses des fosses nasales, du pharynx et du larynx.

L'accumulation des éléments néoplasiques autour des vaisseaux, et l'extension du mal suivant cette voie ont été déjà signalées par plusieurs auteurs et par Lang en particulier en 1875 (*Wiener med. Jahrbücher*).

Les cellules lymphatiques sont groupées surtout entre les couches concentriques de la tunique adventice et le tissu propre du chorion; cette disposition se reconnaît facilement aux limites du mal; elle explique comment l'accumulation des cellules s'observe surtout dans les papilles et plus encore autour des glandes et des bulbes pileux (on sait que ces organes ont été considérés comme le point de départ du lupus et en particulier du L. érythémateux, par Neumann et d'autres auteurs).

Les grosses cellules à un ou plusieurs noyaux, plus ou moins analogues aux cellules géantes, sont souvent groupées en petits amas. C'est leur présence qui avait conduit Friedländer à considérer le lupus comme une tuberculose cutanée circonscrite, opinion qui repose sur un fondement erroné et n'a pas besoin de réfutation. Ces grosses cellules sont destinées à subir la transformation graisseuse ou caséeuse; leur apparition précède constamment l'ulcération du lupus.

Les altérations glandulaires peuvent manquer absolument, et ce fait seul suffit pour faire rejeter l'opinion de Rindfleisch qui considère le lupus comme un adénome des glandes sudoripares et sébacées; elles paraissent être beaucoup plus constantes dans le lupus érythémateux.

Enfin, on rencontre parfois au milieu du tissu de granulation qui constitue la néoformation des amas épidermiques qui se relient au corps de Malpighi; c'est là le mode de développement de l'épithéliome secondaire tout-à-fait analogue à ce qu'on observe dans le cas où le cancroïde se développe sur une vieille surface suppurante.

Ces résultats concordent avec les descriptions données par Virchow et Neumann; ils répondent à ce que j'ai pu observer

moi-même; j'avais été frappé comme plusieurs histologistes, comme Neumann et Moriz Kohn en particulier, des relations qu'affectent les nodules du lupus avec les éléments glandulaires, mais j'avais aussi noté l'accumulation des éléments lymphoïdes en séries linéaires le long des parois des vaisseaux, disposition commune d'ailleurs à toutes les affections inflammatoires de la peau.

Au point de vue de la participation des glandes, il y a lieu certainement de distinguer des formes distinctes de scrofulides tuberculeuses. Il y a des cas dans lesquels l'altération des glandes sébacées se reconnaît à l'œil nu et semble primitive; par exemple les gros éléments papuleux d'un rouge brun, d'aspect demi-transparent qui sont presque caractéristiques de certains lupus des joues présentent souvent une série de points blanchâtres opaques qui sont manifestement des glandes.

Le fait est plus évident encore dans le lupus acnéique et dans ces formes de lupus érythémateux qu'Hébra désigne sous le nom de séborrhée congestive; mais le genre lupus est si difficile à circonscrire qu'il n'est pas permis d'affirmer que ces deux affections y rentrent au même titre que les scrofulides tuberculeuses.

J'ai publié l'année dernière dans les *Archives générales de médecine* (numéro de mars) une revue critique où j'ai discuté la plupart des opinions émises au sujet de l'anatomie pathologique du lupus; on y pourra trouver quelques détails sur des questions auxquelles je n'ai pu faire ici qu'une simple allusion.

G. Homolle.

BIBLIOGRAPHIE

Lectures on obstetric operations, par Robert Barnes.

La troisième édition de ce livre vient de paraître à Londres. Nous avons déjà rendu compte (Voyez le *Progrès médical*, 1873) de cet ouvrage dont nous devons la traduction à M. le d[r] Cordes, et en tête duquel on lisait une étude critique due à la plume de M. le professeur Pajot. La troisième édition anglaise contient, outre quelques additions, la dédicace suivante :

« Cher professeur Pajot, Vous avez placé l'édition française de mon livre » sous l'égide de votre grande réputation. Vous m'avez ainsi donné le droit » de placer sous la même protection la 3e édition anglaise.

» En vous dédiant ce livre, à vous qui êtes l'héritier des glorieuses tra- » ditions de l'école française et qui avez enrichi ce noble héritage, permet- » tez-moi d'exprimer en même temps ma profonde reconnaissance pour tout » ce que je dois à cette Ecole, à beaucoup de ses professeurs, et particu- » lièrement à celui dont nous vénérons tous également la mémoire, à votre » illustre prédécesseur, P. Dubois. Robert Barnes. »

Nous pouvons être fiers, à juste titre, de ces éloges adressés aux professeurs de notre Ecole française par un des membres les plus éminents de l'Ecole anglaise.

Du diagnostic des bruits du souffle extra-cardiaque, par le D[r] Mezbourian ; thèse de Paris, 1874.

On sait aujourd'hui, et particulièrement depuis les recherches de M. Potain et de M. Choyau (1), que l'on peut observer dans la région du cœur des bruits isochrones aux pulsations cardiaques, et qui n'ont pas leur origine dans le cœur lui-même ni dans l'aorte, et se produisent au contraire soit dans la plèvre, soit dans une portion du poumon malade, soit dans une portion du poumon sain.

M. Mezbourian a limité son étude aux faits de ce dernier groupe, et assigne à ces souffles extra-cardiaques (se produisant dans le poumon sain) les caractères suivants :

1° Le souffle extra-cardiaque se fait entendre dans un point où le poumon se trouve placé au-devant du cœur ou de l'aorte ; il manque au niveau des parties du cœur qui sont découvertes.

2° Ce souffle extra-cardiaque a un timbre doux, souvent analogue à celui que le murmure vésiculaire présente dans les points voisins, avec un caractère parfois nettement superficiel.

3° Il se propage peu et s'entend généralement dans un point limité.

4° Il peut accompagner l'un ou l'autre des mouvements du cœur, plus souvent le mouvement systolique, quelquefois tous les deux ; habituellement il ne coïncide pas exactement avec le bruit normal qui l'accompagne, mais lui succède après un très-léger intervalle de silence.

5° Dans quelques cas, la suspension ou l'exagération des mouvements respiratoires fait disparaître le bruit du souffle anormal ou en modifie le rhythme.

6° Il arrive même, sous des influences semblables, que les bruits de souffle extra-cardiaques se transforment en un bruit respiratoire saccadé type. — 7° Le plus ordinairement, l'intensité du souffle extra-cardiaque diminue considérablement lorsque le malade passe brusquement du décubitus dorsal dans la position assise ou debout. Il se peut même que dans cette dernière situation, le souffle disparaisse complétement pour reparaître aussitôt que le malade est couché.

8° Chez un certain nombre de malades, le bruit anormal n'a lieu que dans une période limitée du mouvement respiratoire, surtout à la fin de l'inspiration et au commencement de l'expiration.

9° Chez d'autres, en dépit d'une assez grande intensité, ce bruit est transitoire et paraît ou disparaît probablement sous l'influence des inégalités de l'excitation cardiaque.

10° Enfin, les bruits de souffle extra-cardiaques peuvent s'accompagner de râles humides ou sibilants, qui prennent le même rhythme qu'eux et deviennent alors très-caractéristiques.

Malgré tout, le diagnostic est, dans certains cas, très-difficile, et ne peut être affirmé qu'après un examen répété à plusieurs jours d'intervalle. A. S.

VARIA

Faculté de médecine de Paris.

Nous extrayons d'un avis apposé à l'Ecole de médecine les passages suivants :

« Pour tous les renseignements dont ils ont besoin, Messieurs les Etudiants sont priés de s'adresser exclusivement, soit au secrétaire de la Faculté, soit au bureau spécial établit au secrétariat.

Il n'est rien dû aux garçons et employés pour les services rendus à l'intérieur de la Faculté.

L'ADMINISTRATION TIENT A LA RIGOUREUSE EXÉCUTION DE CETTE PRESCRIPTION.

15 mars 1876 : Signé : Vulpian, Mourier.

Les passages en italiques et en capitales sont également soulignés sur l'affiche officielle.

Physique (Cours supplémentaire de).— M. Gariel commencera son cours le lundi 20 mars, à midi, dans le petit amphithéâtre. Objet du cours : vision, acoustique, météorologie et climatologie. — Mercredi et vendredi.

Accouchements. — M. le professeur Pajot commencera son cours le 21 mars à midi.

Jurisprudence médicale.

La responsabilité de l'administration de l'Assistance publique ne saurait être engagée par le fait qu'un nourrisson confié par elle à une nourrice pour être élevé au sein, a transmis à celle-ci une maladie syphilitique alors qu'il est établi que lors de la visite par le médecin de l'administration l'enfant paraissait sain, et que dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie, défense a été faite à la nourrice de continuer la nourriture.

Cette décision résulte d'un jugement rendu par le tribunal civil de la Seine le 13 janvier 1874, confirmé par arrêt de la Cour de Paris du 29 janvier dernier, malgré les circonstances de l'espèce très-défavorables à la plaignante.

L'enseignement supérieur et M. Buffet.

Au mois de décembre dernier, dit la *France*, le conseil municipal de Paris inscrivit au budget de la ville, pour 1876, sur la proposition de M. Hérold, une subvention de 300.000 fr., destinée à améliorer les conditions de l'enseignement supérieur dans plusieurs des facultés de Paris. Cette somme devait être, avec l'approbation du conseil municipal, distribuée en partie en bourses d'étude ou de voyage à des élèves désignés par les facultés et partie en création de nouvelles chaires ou en achats de collections et d'instruments. La proposition de M. Hérold avait été vivement combattue par M. F. Duval. Nous apprenons aujourd'hui que le ministère de l'intérieur vient de rayer cette dépense de 300.000 fr. du budget de la ville de Paris. *Cette décision aurait été prise par M. Buffet, la veille du jour où il a quitté le ministère.*

La gratuité de l'enseignement au Reischsrath.

Dans les Universités Autrichiennes comme dans les Universités Allemandes, les élèves se font inscrire chez les maîtres qu'ils préfèrent, et leur payent une rétribution. Les étudiants notoirement pauvres sont exonérés après avoir dûment justifié de leur situation. Des membres libéraux du Reichsrath autrichien, considérant la gratuité comme étant à la fois plus démocratique et plus libérale, se sont avisés de demander la suppression des rétributions, en exceptant toutefois celle des *privat-docenten*. Ces derniers ne reçoivent aucun traitement de l'Etat, et enseignent à leurs risques et perils. La proposition a jeté un grand émoi dans le monde universitaire. Les professeurs ont protesté, ce qui était naturel, et n'eût peut-être pas paru très-concluant si les étudiants, qui semblaient d'avance acquis à la proposition, puisqu'elle devait alléger leurs charges, ne l'avaient plus fortement com-

battue que les professeurs. Ceux de Vienne, ceux de Prague ont fait parvenir au Reischsrath de très-énergiques pétitions en faveur de l'usage établi. A la Chambre, le gros du parti libéral, sous l'impulsion du docteur Herbs, son chef le plus écouté, s'est séparé des auteurs de la proposition. Le gouvernement est intervenu dans le même sens par l'organe d'un membre distingué du cabinet, M. Unger, et la Chambre, à une très-grande majorité, a écarté la proposition par l'ordre du jour pur et simple.

On peut dire que tout le débat a pivoté sur l'institution des *privat docenten*, dont on reconnaissait à l'envi la haute utilité, et à laquelle personne ne voulait porter la moindre atteinte. Aussi les auteurs de la motion croyaient-ils avoir pris une position inattaquable en stipulant une exception en faveur des *privat docenten*, mais c'est justement par là qu'ils se sont vus attaqués et déconfits. C'est surtout le ministre. M. Unger, qui a eu le mérite de mettre leur erreur en pleine lumière. Il a démontré que leur exception se trouverait, au bout d'un certain temps, être illusoire, vu que les étudiants, ayant à choisir entre des cours gratuits et des cours rémunérés, seraient insensiblement amenés à préférer les premiers. D'autre part, le choix des étudiants serait faussé, puisqu'il s'y glisserait un autre intérêt que celui de la science. D'autre part, l'institution des *privat docenten*, rétribuée en principe, délaissée en fait, ne tarderait pas à dépérir. Or, elle n'est pas seulement l'inépuisable et nécessaire pépinière du corps enseignant, elle est aussi la meilleure, la seule vraie garantie de la liberté, de la science et de l'enseignement scientifique; elle seule assure la salutaire concurrence des idées, des doctrines et des méthodes, et elle l'assure à tous les degrés de la hiérarchie universitaire, car le *privat-docenten*, devenu professeur en titre, conserve dans sa chaire officielle l'esprit qui l'a soutenu jusque-là et qui l'y a conduit; il ne devient pas fonctionnaire, il reste le libre serviteur de la science, et les Universités, quoique puissamment soutenues par l'Etat, demeurent indépendantes de sa direction, ce qui, dans l'opinion du ministre Unger, est leur première condition d'existence. (*Lyon médical.*)

15. Mixture contre les gerçures des mamelons (*Dr Thibon*).

Jaune d'œuf..................	n° 1
Teinture de benjoin...........	20 grammes.

(*Bordeaux médical.*)

Enseignement médical libre.

Médecine opératoire. — M. le dr Laskowski, récemment nommé professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Genève, fera pour la dernière fois un cours complet de médecine opératoire dans le pavillon n° 7 de l'Ecole pratique. Ce cours commencera le 1er avril et sera terminé à la fin de Mai. Il aura lieu tous les jours à une heure de l'après-midi et comprendra toutes les opérations que l'on peut pratiquer sur les cadavres. Les élèves munis des cartes délivrées au secrétariat de la Faculté seront exercés à pratiquer toutes les opérations sur les cadavres. On s'inscrit pour ce cours tous les jours, de 4 à 5 heures, rue des Saints-Pères, 78.

Maladies des voies urinaires. — Le dr Reliquet continuera, pendant ce semestre d'été, son cours sur les *maladies des voies urinaires*, les lundis, mercredis et vendredis, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'école pratique.

Maladies des voies urinaires. — M. le docteur Picard commencera son cours le 18 mars à midi et demi, rue Suger, 13 ; mardi et samedi. Les élèves seront exercés à l'analyse des urines.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 9 mars 1876, on a constaté 982 décès, savoir : variole, 8; — rougeole, 8; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 10; — érysipèle, 9; — bronchite aiguë, 35; — pneumonie, 94; — dyssenterie, 0; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 1; — *choléra nostras*, 1; — angine couenneuse, 3; — croup, 21; — affections puerpérales, 2; — autres affections aiguës, 272; — affections chroniques, 441, dont 182 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 61; — Causes accidentelles, 15.

Londres. — Population : 3.489.428 hab. Décès du 27 au 4 mars, 1544, savoir : variole, 1; — rougeole, 57; — scarlatine, 45; — fièvre typhoïde, 10; — érysipèle, 10; — bronchite, 210; — pneumonie, 104; — dyssenterie, 1; — diarrhée, 18; — *choléra nostras*, 0; — diphthérie, 7; — croup, 14; — coqueluche, 80.

Faculté des sciences. — *Cours d'été. Physique.* Les mardis et samedis à deux heures. M. Jamin, professeur, ouvrira ce cours le samedi 18 mars. Il fera la seconde partie du cours de physique et traitera de l'acoustique et de l'optique.

Chimie. Les lundis et jeudis, à une heure. M. Troost, professeur, commencera ce cours le jeudi 16 mars. Il traitera des métaux et de la chimie organique. — Chimie organique. Les mercredis et vendredis à une heure et demie. M. Wurtz, professeur, commencera ce cours le mercredi 22 mars. Il traitera les principaux groupes des combinaisons organiques. — Physiologie. Les lundis et jeudis, à 3 heures 1/2. M. Paul Bert, professeur, ouvrira ce cours le jeudi 16 mars. Il traitera de la nutrition et de la reproduction. — Les mercredis et vendredis, à midi et quart. M. Duchartre, professeur, ouvrira ce cours le vendredi 17 mars. Il traitera de la méthode naturelle et des principales familles des plantes, en donnant une attention particulière à l'organisation, à la physiologie et aux caractères des cryptogames.

Géologie. Les mardis et samedis, M. Hébert, professeur, ouvrira ce cours le samedi 18 mars. Il exposera les caractères des périodes géologiques.

Prix Paul Bert. — M. le dr Paul Bert, député de l'Yonne et professeur de physiologie expérimentale à la Faculté des sciences, a fondé un prix destiné à récompenser l'auteur du meilleur mémoire ayant trait aux moyens mécaniques et scientifiques de préserver, dans les régions raréfiées de notre atmosphère, la vie des voyageurs sur les montagnes ou en ballon. Le prix Paul Bert, d'une valeur de 500 francs, sera décerné par la Société française de navigation aérienne, à la fin de l'année 1876. Les concurrents doivent adresser leurs travaux au siège de cette société, rue Lafayette, 95. (*Union médicale.*)

Ministère de l'Instruction publique. —Par décret en date du 10 mars, M. Waddington a été nommé Ministre de l'Instruction publique, en remplacement de M. Wallon. — Par arrêté en date du 10 mars, M. Louis de Lasteyrie a été nommé chef du cabinet du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

Médecins militaires. — Par décret en date du 29 février 1876, rendu sur la proposition du Ministre de la guerre, M. Coulier (Paul-Jean), pharmacien principal de 1re classe et professeur à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires, a été promu au grade de pharmacien inspecteur, en remplacement de M. Jeannel, passé dans le cadre de réserve.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

Annales de gynécologie (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. Le Blond. Le numéro de *mars* vient de paraître. Un an : Paris, 18 fr. ; départements, 20 fr.

Librairie BERGER-LEVRAULT, 5, rue des Beaux-Arts.

Berger (A.) Injection d'eau dans la cavité péritonéale comme traitement de la péritonite aiguë, in-8° de 32 p.

Librairie O. DOIN, rue Antoine-Dubois.

Audigé et Dujardin-Beaumetz. Alcools par fermentation. In-18, 60 p 2 fr.
Béhier. Traitement du rhumatisme. In-8 de 28 p. 1 fr. 50.
Carpentier-Méricourt. Hémorrhagies utérines. In-8 de 69 p. 2 fr.
De Lanessen (J.-L.). Du protaplasma végétal. In-8 de 150 p. 4 fr.
Marcano (M.). Luxations irréductibles du pouce en arrière. In-8, 22 p. 1 fr.
Maurice Perrin (M.). De l'amputation sous-astragalienne. In-8, 15 p. 1 fr.

Decaisne (E.) *La théorie tellurique de la dissémination du choléra, et son application aux villes de Lyon, Versailles et Paris en particulier.* In-8 de 20 pages.

Tarnier. Réponse de M. Tarnier aux critiques dont il a été l'objet au congrès médical de Bruxelles à propos du forceps-scie. In-8.

Chronique des Hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — M. le professeur Béhier reprendra ses leçons de clinique médicale le lundi 20 mars à 9 heures et demie et les continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. — Le mercredi, conférence de chimie appliquée à la clinique et aux démonstrations d'anatomie pathologique. — Visite des malades et interrogatoire des élèves tous les jours à 8 h. 1/2.

Hôpital Necker. — M. le professeur Hardy commencera son cours de clinique médicale le samedi 18 mars à 8 h. 1/2, et le continuera les jours suivants à la même heure.

Hôpital temporaire. Médecine. Service de M. Hayem. Salle Ste-Hélène (H.) : 6, cancer de l'estomac; 7, cirrhose hypertrophique; 12, pneumothorax; 16, 29, intoxication saturnine; 23, pleurésie chronique; 15, purpura. — Salle Saint-Jean (F.) : 19, paralysie consécutive à une fièvre typhoïde; 21, cancer de l'ovaire; 23, paralysie générale; 8, 18, 22, corps fibreux de l'utérus. — Salle Saint-Louis (F.) : 12, myélite chronique; 13, syphilis hépatique; 25, mal de Pott, lésion mitrale; 28, hémianesthésie hystérique; 2, 5, 29, pneumonie aiguë. — Salle Saint-Ferdinand (F.) : varioleuses.

Service de M. Gérin-Roze. Salle Saint-Joseph (F.) : 5, névralgie faciale; 11, mal de Bright; 15, insuffisance aortique; 21, endopéricardite; 24, sciatique double; 31, purpura. — Salle Sainte-Antoinette (H.) : varioleux. — Salle Sainte-Geneviève (H.) : 10, zona abdominal; 28, pleurésie chronique. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 2, myélite diffuse; 20, mal de Bright.

Chirurgie. Service de M. Lucas-Championnière. Salle Saint-André (H.) : 1, névrome sur le trajet du cubital dans un moignon; 5, abcès de la région parotidienne; 9, carie du calcanéum, amputation de la jambe, pansement de Lister; 18, gomme au niveau de l'articulation sterno-claviculaire; 23, genu valgum, redressement; 43, paralysie ancienne du bras par contusion du plexus brachial.

Hôpital Sainte-Eugénie. Service de M. LANNELONGUE. Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les jours. Opérations le jeudi. Salle Sainte-Eugénie : 1. abcès froid superficiel de la partie postérieure du mollet droit, ostéite chronique du scaphoïde du pied droit; 15, anus contre nature après ouverture d'abcès froid consécutif à un mal de Pott; 25, fracture de l'épicondyle à droite avec arthrite consécutive; 27, phlegmon du creux poplité droit; 28, 32, coxalgie gauche; 30, tumeur blanche du genou gauche; 37, division complète du voile du palais et de 3/4 de centimètre de la voûte palatine en arrière; 40, épulis. — Salle Napoléon : 1, plaie de la bourse séreuse prérotulienne droite; 2, abcès périarticulaire du genou gauche; 5, ostéo-périostite phlegmoneuse diffuse de la cuisse droite; 6, abcès fétide de la marge de l'anus; 8, arthrite du genou droit; 9, Fracture du fémur droit, presque sus-condylienne, compliquée de plaie; 12, abcès articulaire à la région interne de la cuisse droite, suite de coxalgie; 14 et 15, fracture du fémur droit au tiers supérieur; 40, coxalgie double plus avancée à gauche. Fracture transversale du fémur gauche au quart inférieur pendant les tentatives de redressement.

Service de M. CADET DE GASSICOURT. Visite à 8 h. 1/2. Cliniques lundis et jeudis, 9 h. Salle Saint-Joseph : 3, 7, fièvre typhoïde; 10, broncho-pneumonie chronique, tubercules; 2, pneumonie (côté gauche); 14, pleuro-pneumonie à gauche; 17, rhumatisme articulaire, pleurésie à gauche, endo-péricardite; 18, laryngite chronique tuberculeuse; 20, pleurésie double; 23, chorée; 22, 24, paralysie pseudo-hypertrophique.

Service de M. BERGERON. Visite à 8 heures. — Consultations lundi et jeudi. Salle Sainte-Mathilde : 3, mal de Bright; 5, angine diphthérique; 8, 18, fièvre typhoïde; 10, pleurésie enkystée (côté droit); 15, congestion pulmonaire avec point pleurétique à gauche; 19, rougeole, tubercules; 22, kyste hydatique du foie (ponctionné le 12 mars); 24, double pleuro-pneumonie. — Salle Saint-Benjamin: 2, pleuro-pneumonie (côté droit); 4, albuminurie; 7, 23, pleurésie double, endo-péricardite; 12, pleurésie purulente (côté droit), thoracentèse 13 mars; 15, paralysie diphthéritique; 17, 18, pneumonie; 19, coqueluche; 24, rhumatisme articulaire subaigu, endocardite.

Service de M. TRIBOULET. Visite à 8 h. Salle Sainte-Marguerite : 8, chorée, plus prononcée à gauche; 12, entérite chronique, varicelle; 13, rougeole, entérite chronique; 14, coqueluche, broncho-pneumonie; 15, rhumatisme articulaire aigu; 16, érythème noueux, colite.

Hôpital des Cliniques (H.) : 7 épithélioma de l'angle de l'œil; 11, fracture du 1er métacarpien, acné rosacée; 15, fracture suscondylienne du fémur; 17, fracture de l'humérus; 26, arthrite fongueuse tibio-tarsienne; 27, fracture de la colonne vertébrale; 35, synovite des fléchisseurs des doigts. — (F.) : 4, 11, polyarthrite vertébrale; 13, tumeur blanche du genou; 19, fracture du corps du fémur, avec plaie; 20, fracture du radius.

Hôpital Cochin. — Médecine. Service de M. BUCQUOY. Cliniques le mardi et le vendredi, à 9 h. 1/2. Salle Saint-Philippe (F.) : 4, endocardite; 6, tumeur abdominale; 7, fièvre intermittente; 12, affection cardiaque, érysipèle; 16, ictère, 22, chorée hystérique. — Salle Saint-Jean (H.): 13, albuminurie; 14, cirrhose; 20, tumeur abdominale; 21, paralysie saturnine; 22, colique de plomb; 23, laryngite chronique; 24, rhumatisme articulaire aigu; 25, anévrysme du tronc brachio-céphalique.

Chirurgie. Service de M. DESPRÉS. Cliniques le mercredi et le samedi, à 9 h. 1/2. Salle Cochin (H.) : 2, fistule de la glande de Cowper; 7, angioleucite de la main et du bras; 13, kératite interstitielle, hypopyon; 15, fistule stercorale; 16, kératite; 21, fracture du bras, écrasement des doigts; 22, fistule à l'anus borgne interne; 23, contusion de la hanche. — Baraque III (H.) : 10, abcès ombilical; 14, fracture du col de l'humérus. — Salle Saint-Jacques (F.) : 2, cataleptique; 3, lymphadénie; 7, abcès par congestion; 8, exophthalmie; 9, phlébite de la veine iliaque externe; 11, enchondrome du doigt, 12, kyste de l'ovaire; 16, fracture de l'extrémité supérieure du cubitus; 21, arthrite scapulo-humérale; 24, adénite inguinale.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

4e ANNÉE. — N° 13 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 25 MARS 1876

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. S. DUPLAY.

Diagnostic des ulcérations de la langue.

Leçon recueillie par E. MAROT, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Nous avons actuellement dans nos salles un jeune homme de 24 ans qui nous offre l'exemple d'une lésion intéressante autant que rare. Ce malade raconte qu'il y a 9 mois, il a vu survenir sur sa langue, à la face dorsale et au voisinage de la pointe, une série de petits boutons, du volume d'une tête d'épingle tout au plus, de couleur jaunâtre, à peine saillants. Deux ou trois mois après, au même point, il y avait autant d'ulcérations qui se réunirent en une ligne antéro-postérieure de manière à constituer une fente prolongée jusqu'à la pointe qui devint bifide. Depuis, le huitième environ de l'organe, envahi progressivement, a disparu. Enfin, il y a trois mois à peine, c'est-à-dire six mois après le début, il se développa sur toute la moitié droite de l'arcade alvéolaire supérieure une ulcération fongueuse dont l'ablation d'une dent cariée a été le point de départ. Depuis, cette lésion a marché assez vite pour que récemment une dent saine se trouvât déchaussée et tombât d'elle-même.

Ainsi, nous avons à étudier chez cet homme deux sortes de lésions dont le développement a été à peu près parallèle; nous décrirons d'abord l'ulcération linguale. Outre son étendue, puisqu'elle a détruit déjà un huitième environ de l'organe à sa pointe, nous devons noter dans cette ulcération les caractères suivants : les bords en sont au même niveau que le fond, ils ne sont ni relevés et décollés, ni taillés à pic : à leur niveau, nulle induration pour ainsi dire : ils sont festonnés inégalement et, à la partie inférieure, ils ne sont constitués que par une surface d'érosion de la muqueuse, sans aucune saillie par conséquent. Nous avons donc sous les yeux une perte de substance dont la section est lisse, nullement anfractueuse, d'une coloration générale gris-jaunâtre sur laquelle tranchent de petites saillies d'un rouge vif dont le volume égale à peine celui d'une tête d'épingle.

Le malade ressent à ce niveau quelques picotements, et les attouchements y sont douloureux. Non-seulement le fond lui-même est à peu près souple, mais encore on ne trouve sur les parties avoisinantes aucune trace d'induration ni même de gonflement; nous devons noter ceci comme un point important pour le diagnostic.

Toute la cavité buccale est affectée de stomatite et la muqueuse linguale porte, autour de l'ulcération, des papilles saillantes et que leur coloration rouge détache nettement. Au niveau du bord droit de la langue, à quelques millimètres en arrière de l'ulcération, la muqueuse est soulevée par un semis de petits points jaunâtres ressemblant à des grains de mil. Le siége en est sous-épithélial et ils font une saillie à peine appréciable; nous pouvons donc les distinguer nettement des saillies papillaires qui sont rouges et superficielles, et ceci est important, car le mal a débuté à la pointe de la langue par de semblables productions. Elles nous permettent d'assister à l'évolution complète de l'affection : certaines d'entre elles sont manifestement sur le point de se faire jour au dehors par une ulcération, et nous savons que tel a été, à son début, le processus qui a fait en 9 mois les ravages que nous venons de constater. L'ulcération principale emprunte donc ses moyens d'extension à ces ulcérations partielles qu'elle s'adjoint progressivement.

La seconde lésion que nous trouvons dans la bouche de notre malade est une ulcération bourgeonnante de toute la moitié droite de l'arcade alvéolaire supérieure, à partir de l'incisive latérale; les deux faces et le bord libre, le cul-de-sac du vestibule buccal lui-même, et la portion afférente de la muqueuse qui double la joue, portent des bourgeons mollasses, qui saignent facilement et masquent à peine le rebord osseux alvéolaire nécrosé, sur lequel le stylet arrive facilement dans une grande étendue. Nous avons dit que l'implantation des dents n'a pu s'y maintenir. Cette gingivite qui occupe, à un degré moins avancé, le reste des arcades alvéolaires, rappelle assez exactement les lésions de la stomatite mercurielle : ébranlement des dents et gonflement des gencives qui sont saignantes. La fétidité de l'haleine et la salivation ne font pas défaut.

Enfin, on peut trouver dans la région sous-maxillaire droite quelques ganglions hypertrophiés, légèrement douloureux, mais de consistance peu considérable.

Ces lésions locales affectent un individu dont l'état général est intéressant à étudier. L'amaigrissement, la pâleur lui donnent un aspect légèrement cachectique. Son histoire ne comporte ni antécédents de famille, ni accidents personnels qui puissent mettre sur la trace d'une diathèse. Il n'est pas syphilitique et n'a pris aucun traitement spécifique. On peut dire que sa santé a été satisfaisante jusqu'ici; cependant, il avoue quelques manifestations scrofuleuses de son enfance au nombre desquelles figure un écoulement purulent par les oreilles qui est, à cet égard, significatif. On doit probablement rattacher à la scrofule l'engorgement ganglionnaire sus-hyoïdien qui existe actuellement, d'autant plus que le malade y était sujet dans son jeune âge. Disons de suite qu'il est tuberculeux.

Si nous pouvons rattacher à la stomatite secondaire la lésion gingivale, à la constitution scrofuleuse l'engorgement ganglionnaire, il n'en est pas de même de l'ulcération linguale dont le diagnostic mérite d'être sérieusement discuté. Vous savez, Messieurs, que les ulcérations que l'on rencontre le plus souvent à la langue, sont de trois ordres : simples ou calleuses, quelquefois cancéreuses et enfin syphilitiques.

L'ulcère simple de la langue siége ordinairement, non pas à la pointe de l'organe, mais sur ses bords. La cause en est l'irritation produite par des fragments dentaires, sa forme est le plus souvent une fissure reposant sur une surface légèrement tuméfiée. Nous ne trouvons là aucun des caractères de cet envahissement ensuite que nous avons décrit : nous n'avons nullement affaire à un ulcère simple.

Une ulcération cancéreuse serait plus vraisemblable et nous devons en étudier les caractères [illegible] : à la langue, il s'agit de cancer épithélial [illegible] dans certains cas, la tumeur prenne naissance dans l'épaisseur de l'organe; ce n'est pas ici le cas [illegible].

Le diagnostic cancer épithélial superficiel, auquel on peut donc penser, doit être rejeté pour deux raisons principales : 1° il n'est pas ordinaire que le cancer qui atteint un point de l'économie s'y manifeste en plusieurs points voisins mais isolés. S'il est envahi [illegible], c'est de proche en proche : le cancer épithélial [illegible] pas de ces manifestations multiples.

2° Notre malade a 24 ans seulement, et l'on sait que le cancer de la langue ne se montre guère qu'à l'âge mûr [illegible] la vieillesse : ces deux [illegible] en méfiance. Les signes physiques nous [illegible]ment. En effet, les bords d'une ulcération cancroïdale sont épais, plus ou moins décollés et renversés, toujours indurés, car ils sont le siége d'une prolifération épithéliale qui occupe la muqueuse et le tissu sous-muqueux. Ici, nous n'avons ni épaississement, ni décollement des bords : ceux-

ci ne sont ni taillés à pic, ni renversés ; ils se continuent insensiblement avec le fond. Ce fond, chez notre malade, est lisse, presque régulier, dépourvu absolument de bourgeons mollasses et donnant un écoulement de sang facile qui est caractéristique du cancer. Nous avons, en effet, sous les yeux, une surface grisâtre parsemée de points rouges peu saillants et qui ne saignent pas. En outre, une destruction aussi avancée de la langue aurait inévitablement amené, si elle était de nature cancéreuse, un engorgement ganglionnaire bien différent de celui que nous observons.

Enfin, cette ulcération linguale est-elle de nature syphilitique ? Ici, nous ne devons pas nous appuyer sur les mêmes considérations que tout à l'heure : autant il est rare, en effet, de voir le cancer affecter séparément plusieurs points d'un même organe, autant il est fréquent de rencontrer plusieurs manifestations syphilitiques voisines ; les signes physiques nous guideront plutôt. Nous pouvons éliminer tout d'abord le chancre induré initial, avec ses bords caractéristiques et l'adénopathie spéciale qu'il entraîne, mais il est important de songer aux ulcérations secondaires et tertiaires. Bien qu'il ne faille pas accorder de valeur, en général, aux assertions des malades à ce sujet, nous devons dire que les renseignements sont absolument négatifs dans le cas particulier.

La plaque muqueuse ulcérée ne franchit pas les éléments du derme : la perte de substance que nous étudions en diffère donc considérablement. En revanche, au nombre des accidents tertiaires, vous connaissez les gommes et les productions dites syphilides ulcéreuses, faute d'une meilleure dénomination. Admettrait-on un instant l'idée d'une gomme ulcérée, malgré l'absence absolue de tumeur initiale chez notre malade, il faudrait rapidement l'abandonner, car nous n'avons ici ni bords indurés, ni excavation témoignant d'une élimination consécutive de produits accumulés précédemment.

Les syphilides ulcéreuses de la langue débutent par une sorte de tubercule plat, saillant sous la muqueuse, dont la destruction n'intéresse que les éléments du derme en formant une sorte d'ulcération serpigineuse dont les bords sont épais et taillés à pic, le fond déprimé et dur. L'indolence est encore un bon signe de cette affection : notre malade ressent des douleurs.

Outre qu'il serait bien exceptionnel de trouver sur un syphilitique une manifestation unique, actuelle ou antérieure, on devrait considerer une pareille syphilide comme anormale ; elle ne répond, en effet, nullement aux descriptions qu'en ont faites l'auteur anglais Clarke, dans son ouvrage spécial et le Dr Saison plus récemment dans sa thèse inaugurale. La langue syphilitique porte à sa surface des fissures caractéristiques qui la partagent pour ainsi dire en lobes et lobules.

Au cours de cette élimination successive, nous avons réservé un dernier ordre d'ulcérations linguales peu fréquentes, l'ulcère tuberculeux signalé en premier lieu par Ricord, sous le nom de phthisie buccale, et dont une excellente description est due à M. le Dr Julliard de Genève (Thèse, Paris 1865). C'est la première monographie complète de la question, étudiée plus tard dans un mémoire de Nélaton (1870) et dans plusieurs thèses récentes.

L'ulcération que nous avons sous les yeux présente au complet les caractères assignés par ces auteurs aux ulcérations tuberculeuses : bords insensiblement déprimés vers le fond qui est pointillé de rouge et ne porte aucun bourgeon mollasse et saignant ; nulle induration, nul décollement, évolution légèrement douloureuse. Mais j'insisterai surtout sur un symptôme considéré comme caractéristique et que nous constatons ici : c'est l'existence d'un semis de points jaunâtres sous l'épithélium lingual, point de départ, comme nous avons vu, de l'ulcération et points avancés d'une extension nouvelle.

En quoi consiste ce semis, et que veut dire le mot ulcération tuberculeuse de la langue ?

A la gorge, au larynx, à la langue même, les tuberculeux peuvent porter des ulcérations de nature inflammatoire, ne résultant nullement du ramollissement de dépôts tuberculeux préalables ; chez ces malades, avancés en général dans la cachexie, le pourtour des orifices glandulaires peut s'ulcérer spontanément : il s'agit d'ulcérations chez des tuberculeux. D'autre part, on observe le développement, sous l'influence de la même diathèse, de dépôts jaunâtres superficiels, et distribués en semis, d'une matière concrète reconnue histologiquement pour de la matière tuberculeuse. M. Trélat surtout a contribué à établir ce point.

Notre malade a présenté et présente encore ces dépôts tuberculeux. Les signes de percussion et d'auscultation pulmonaires permettent d'affirmer le diagnostic en faisant reconnaître la présence de tubercules ramollis aux deux sommets (craquements humides, etc.)

Vous comprendrez, Messieurs, combien il était important d'arriver à un diagnostic exact, puisque l'idée du cancer eût entraîné celle d'une intervention chirurgicale, et le soupçon de syphilis l'espérance d'un pronostic favorable.

Un dernier point reste maintenant à examiner, qui a bien son importance : l'ulcération du bord alvéolaire reconnaît-elle la même cause ? Il est permis de ne pas le croire et de n'y voir qu'une gingivite intense entretenue par la nécrose d'une portion d'os, lésion presque bénigne en regard de la gravité de l'autre.

Pouvons-nous, en effet, espérer voir cet état se modifier ? C'est fort improbable, bien que, dans un cas de la pratique de M. Verneuil, une telle ulcération ait pu se modifier et se guérir même momentanément sous l'influence du chlorate de potasse et de cautérisations répétées à l'acide chromique. Ceci doit nous engager à instituer un traitement semblable, sans oublier la médication tonique ; enfin, nous ferons prendre au malade de l'iodure de potassium afin de lever les derniers doutes.

MALADIES DES OREILLES

De la myringodectomie;

Par M. le Dr **C. MIOT**.

Avant-propos.

La perforation artificielle du tympan a été tour-à tour considérée comme une opération donnant des résultats surprenants et rejetée comme inefficace dans les affections mêmes où elle est est indiquée. Dans l'un et l'autre cas, il y a eu exagération.

Les praticiens, qui l'ont vantée outre mesure, n'ont tenu compte que des succès et oublié les tentatives infructueuses rapportées par les auteurs. Ceux qui ont essayé de la discréditer se sont appuyés sur l'opinion de Duverney (1), de Lérat (2), prétendant : que toute perforation est suivie de surdité et sur celle de Haller (3), affirmant que toute déchirure du tympan diminue, puis abolit l'audition. Rien de plus faux cependant que cette opinion, encore trop répandue, puisque l'ouïe peut être conservé, à un degré relatif, malgré la destruction du tympan et des osselets, à l'exception de l'étrier (Astley Cooper, Dr Bonnafont).

Le travail que je publie aujourd'hui, basé sur 72 observations, prises en partie à ma clinique par les médecins et les étudiants qui suivaient mes consultations, a pour but de rechercher la véritable valeur scientifique de la paracentèse du tympan et de prouver que les mécomptes mentionnés par bon nombre d'auteurs ont eu le plus souvent pour cause l'ignorance d'indications et de contre-indications, que je me suis efforcé de préciser.

J'ai divisé ce travail en quatre chapitres : Le premier est consacré à un historique que j'ai essayé de rendre aussi complet que possible. Le second comprend les indications

(1) *Traité de l'organe de l'ouïe et de ses maladies*. Paris, 1684.
(2) *Traité des sons*.
(3) Astley Cooper. *Œuvres chirurg.* trad. par Chassaignac et Richelot, p. 584.

et contre-indications de l'opération. Quant au troisième, il est réservé à l'anatomie médico-chirurgicale du tympan, aux procédés opératoires ; en un mot, à tout cequi concerne l'opération proprement dite.

Ce dernier chapitre est suivi des conclusions qui découlent naturellement des travaux de mes devanciers et des résultats que j'ai obtenus moi-même.

Quelques développements m'ont paru nécessaires pour bien établir les progrès réalisés, ceux qui restent à accomplir et faire de cette étude un guide que le praticien puisse consulter dans le cas où son opinion est douteuse.

CHAPITRE PREMIER. — **Historique.**

La perforation du tympan n'a pas été connue des anciens, mais l'idée de cette opération date cependant d'une époque assez éloignée. Riolan (1), le premier, au XVIIe siècle, pressentit le parti qu'on pourrait en tirer à la vue d'un sourd-muet qui recouvra l'ouïe en se perforant involontairement le tympan avec une tige en ivoire.

Ce fait suggéra à Valsava (2) et à Willis (3), les expériences qu'ils tentèrent sur des chiens ; mais la pensée de faire entrer la paracentèse du tympan dans la pratique chirurgicale revient à Cheselden (4). — Ce chirurgien demanda au gouvernement anglais l'autorisation de l'essayer sur un condamné à mort auquel on laisserait la vie sauve. Cette innovation chirurgicale fut alors considérée comme très-grave, puisque le peuple s'opposa par des manifestations hostiles à ce que cette autorisation lui fût accordée.

Vers la même époque, J. Busson (5), d'après Itard, proposa la perforation du tympan dans les cas de collection purulente dans la caisse, afin d'empêcher le pus de pénétrer dans les cavités intérieures de l'oreille, mais il ne dit point avoir essayé cette opération dont il exagérait la difficulté.

En 1797, Himly (6) en Allemagne, la démontra à ses auditeurs sur des cadavres humains et sur des chiens vivants ; mais il ne s'en servit pour guérir la surdité qu'en 1806: Il la regardait comme indiquée seulement dans les obstructions de la trompe.

Astley Cooper (7), malgré la priorité revendiquée par Himly, la fit le premier sur le vivant en l'année 1800, et donna plus tard des règles plus précises que ses devanciers.

Cette opération eut un grand retentissement en Angleterre et fut pratiquée un grand nombre de fois. Depuis cette époque, Michaelis perfora le tympan d'une sourde qui recouvra l'ouïe et Hunold obtint de nombreux succès. Ces derniers, rapportés par Saissy (8), sont même trop remarquables (70/100) pour qu'on n'émette pas des doutes à leur égard.

A l'époque où cette découverte souleva en Angleterre de vives controverses, et donna lieu à des expériences nombreuses, la guerre, qui existait entre ce pays et la France, empêcha les chirurgiens français de se tenir au courant de cette question et de l'étudier à leur tour.

Toutefois, pendant la guerre même, un littérateur, nommé Fabre d'Ollivet, lut les journaux anglais, dont l'accès en France était très-difficile, et eut l'idée de s'approprier l'opération d'Astley Cooper. Il se mit à parcourir les villes et les campagnes, avec la prétention de guérir, par ce moyen, toutes les surdités, et acquit une réputation telle qu'on lui fit des ovations comme à un bienfaiteur de l'humanité. On comprend qu'on ne peut ajouter foi au récit des résultats obtenus par un homme qui fit de cette opération chirurgicale une exploitation mercantile.

(1) *Enchciridium anatomicum et pathologicum*, in-12, Paris, 1648.
(2) *De Aure humana tractatus*. — (3) *Opera omnia*.
(4) *Anatomy of human body*.
(5) In-4°, Paris, 1742.
(6) *Commentatt Gottingens*, vol. XVI.
(7) *Philosophical Transactions*, London, 1801.
(8) *Essai sur les maladies des oreilles*, Lyon, 1827.

La paix rétablie, on continua en France les essais commencés en Angleterre. Celliez (1) fit une fois la perforation du tympan dans une oblitération de la trompe. Maunoir (2) n'eut pas à se louer de ses tentatives, l'ouverture s'étant cicatrisée au bout de peu de jours.

Richerand (3) perfora souvent le tympan au moyen d'un crayon de nitrate d'argent et obtint des résultats que Ménière (4) a pu constater vingt ans après. Le professeur Dubois, d'après le premier de ces deux auteurs, fit aussi la paracentèse du tympan quatre fois sans succès.

Itard (5) soumit plusieurs sourds à cette opération et ne put cependant consigner dans ses observations qu'un cas de guérison. Saissy (6) opéra deux fois le même sujet. La perforation se referma après la première tentative, au bout de quelques jours; renouvelée à l'aide d'un procédé nouveau, elle donna les résultats les plus satisfaisants.

Deleau (7), qui perfora le tympan un grand nombre de fois, fut moins heureux. Cependant, il généralisa les indications de la paracentèse en la considérant comme indiquée dans les cas d'obstruction de la trompe, d'épaississement du tympan et d'engouement de la caisse.

Kramer (8) n'a pas eu à se louer davantage de cette opération. Il n'en est pas de même de Ménière (9), de Mazzoni de Florence (10), et surtout de Fabrizzi (de Modène), auquel Velpeau (11) attribue dix succès. Wishart et Liston guérirent chacun une surdité ancienne dont la cure, dans les deux cas, fut constatée dix-huit ans après. Wilde (12) a conseillé la myringodectomie dans les bourdonnements.

Dans ces derniers temps, le Dr Bonnafont (13), Toynbee (14), ont taillé un lambeau tympanique dans des cas d'épaississement du tympan ou d'oblitération de la trompe, afin d'obtenir une ouverture permanente, mais celle-ci s'est toujours refermée. De Troeltsch (15), Schwartze (16) surtout, ont pratiqué avec avantage la myringodectomie pour ouvrir une issue aux collections liquides de la caisse, et ont donné à l'égard de ces collections des règles précises. Il en est de même de Toynbee, qui a obtenu de bons résultats en coupant certaines adhérences du tympan. Enfin, plus récemment, Weber (17), à Berlin, Grüber (18), à Vienne, Voltolini, à Breslau, ont fait avec succès la ténotomie du tendon réfléchi du muscle tenseur du tympan, proposée par Hyrtl (19) en 1847.

Cet aperçu rapide, jeté sur les travaux publiés jusqu'à ce jour et sur les résultats obtenus, amène forcément à reconnaître que les indications de la myringodectomie deviennent de plus en plus précises. Aujourd'hui, cette opération est véritablement entrée dans une voie scientifique.

(*A suivre.*)

(1) *Journ. de méd.*, Frimaire, an XIII.
(2) *Journ. de Corvisart*, an XIII.
(3) *Monographie chirurg.*, t. II.
(4) Kramer trad. par Ménière, p. 167.
(5) *Traité des maladies de l'oreille*, Paris, 1821.
(6) *Ouvrage cité.*
(7) *Mémoire sur la perforation artificielle du tympan*. Paris, 1822.
(8) Traduction de Ménière; Paris, 1848.
(9) *Ouvrage cité.*
(10) Pétrequin. — *Anatomie chirurgicale*, 1858, p. 393.
(11) *Ouvrage cité* ci-dessus, p. 82.
(12) *Pratical obs.: on aural surgery*; London, 1855.
(13) *Traité des maladies de l'oreille*, 2e édition ; Paris, 1873.
(14) *Diseases of the ear*; London, 1860.
(15) *Traité pratique des maladies de l'oreille*, 4e édition; Berlin, 1868. Trad. par Kuhn et Lévi; Paris, 1857.
(16) *De la paracentèse du tympan dans l'inflammation aiguë et l'engouement de la caisse*, trad. par Delstanche fils, Bruxelles, 1871.
(17) *Traité des maladies des oreilles*; Deutsche Klinik, N° 20.
(18) *Traité des maladies des oreilles*; Vienne, 1872.
(19) *Topogr. anatomique*, p. 194.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le dr Duval, agrégé, est chargé de la suppléance du cours de physiologie, pendant le congé de six mois, demandé par M. le professeur Béclard. M. Mathias Duval consacrera son cours à l'étude des propriétés générales du système nerveux, et des fonctions de génération, circulation et nutrition. Ce cours a commencé le mercredi 22 mars à midi, et est continué les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Réformes à apporter dans l'enseignement pratique de l'anatomie (1).

III.

Du matériel d'enseignement, du chef de pavillon et de ses aides. — Doit-on faire des cours théoriques dans les salles de dissections ? Non. Et des démonstrations ? Oui, cent fois oui. Or pour démontrer, il faut des objets, des préparations naturelles, des reproductions artificielles par le modelage, le dessin ou la peinture.

C'est pour cela que les parois des salles de dissection doivent être garnies de vitrines remplies de préparations *faites pour l'enseignement*. Des os d'abord, articulés et désarticulés, des pièces fraîches et molles, dites à la glycérine, telles que la plupart des élèves peuvent en faire ; même quelques pièces sèches démontrant une seule chose à la fois, etc.; le tout garni d'étiquettes explicatives et mis à la disposition des étudiants, dussent-ils user ces préparations et forcer ainsi à les renouveler tous les 4 ou 5 ans.

Je voudrais, de plus, dans ces vitrines, des moulages en plâtre, en carton ou en caoutchouc reproduisant l'extérieur et l'intérieur du cerveau, ses circonvolutions étiquetées ; le cœur, les poumons, l'œil, l'oreille, etc., avec leurs dimensions normales ou amplifiées. Croyez bien, en effet, que si vous mettez des pièces Auzoux à côté du cadavre, les élèves ne s'en serviront que pour étudier le cadavre ; tandis que si vous les reléguez dans un musée spécial, les élèves les étudieront pour elles-mêmes, ce qui n'est pas sans danger.

De même, dans une salle de médecine opératoire, il faudrait des modèles en cire ou en plâtre peint et par exemple : 1° du membre malade, 2° du membre amputé, 3° du moignon pansé, 4° du moignon guéri. Le professeur Verneuil et moi avons commencé, chacun de notre côté, à ébaucher à nos frais un musée de médecine opératoire.

Les planches murales ne valent pas les pièces en relief, mais elles valent mieux que rien ; pourvu qu'elles soient exactes, elles rendent de grands services pour les démonstrations. J'en ai fait l'épreuve et les professeurs Charcot (2), Le Fort, Sappey, Robin, ne me contrediront pas.

Je voudrais voir aussi dans chaque pavillon une petite bibliothèque consultative composée des principaux livres et atlas d'anatomie.

Ainsi donc livres, atlas, planches murales, moulages et modelages, pièces sèches et pièces fraîches, tout cela doit être réuni pour aider le prosecteur dans ses démonstrations ; il doit aussi et avant tout, se servir de préparations récentes spéciales à chaque démonstration et laissées exposées avec étiquettes explicatives toute la journée, au milieu de la salle, sous une cage de verre si elles sont délicates.

Voyons maintenant la démonstration elle-même. Où se fera-t-elle ? Dans le pavillon. Pour la faire commodément il suffirait de faire construire une tribune analogue à celle que j'ai construite moi-même d'une façon qui eût semblé primitive à Robinson dans son île. Cette tribune est élevée de 0m, 50 sur le sol. Devant le professeur est une table sur laquelle le cadavre est fixé. Cette table montée sur deux tourillons peut s'incliner vers l'auditoire et lui présenter la préparation comme un rôti qui tourne avec la broche. De chaque côté du professeur sont des tablettes pour les bocaux et les menues préparations. Derrière lui deux montants supportent : 1° un tableau noir, 2° à 1 mètre au dessus du tableau, une planche transversale de bois tendre à laquelle on peut fixer avec des poinçons 4 ou 5 grandes planches murales. Aux montants peuvent être adaptés, à l'aide de simples pitons et de crochets, des cadres de bois qui, se mouvant comme un volet, présentent sous toutes leurs faces les pièces qui y sont tendues.

Il faut faire une démonstration par jour pour montrer aux élèves, en un hiver, la moitié de l'anatomie. Or, un prosecteur ne peut à la fois diriger 60 ou 90 élèves, préparer et faire une leçon par jour. Il faut donc lui donner des aides et un serviteur, ce dont je vais m'occuper maintenant.

En premier lieu, sachons bien une chose, c'est que l'enseignement qui convient aux débutants ne convient pas aux vétérans et réciproquement. Aux premiers, il faut décrire les os, les muscles, les articulations et les rapports des gros nerfs et gros vaisseaux. Aux seconds, il faut démontrer les viscères, les organes des sens, les branches des nerfs et des vaisseaux, les régions, etc.: il faut donc des injections faites avec soin, de belles préparations en un mot.

Pour les débutants suffisent les sujets ouverts, pour les vétérans il faut des cadavres entiers. Chacune de ces deux catégories d'élèves doit être séparée et instruite à part.

Je suppose 60 anatomistes de première année réunis dans un pavillon. J'y veux voir, dans les vitrines, des muscles, des articulations et surtout des os. Sans os, pas de dissection sérieuse : on semble l'oublier quand on entrave la préparation et la vente des ossements humains. Aussi qu'en résulte-t-il ? C'est que, malgré mes recommandations antérieures, les élèves de mon pavillon, interrogés à cet effet, m'ont répondu : un tiers, qu'ils avaient un demi-squelette ; un tiers, qu'ils avaient quelques os ; un tiers, qu'ils n'avaient rien du tout. Conçoit-on qu'on puisse apprendre l'anatomie sans avoir des os constamment à la disposition, non-seulement de ses yeux, mais encore de ses doigts ?

Ces anatomistes de première année disséqueraient les membres des sujets ouverts et, si la pénurie se montrait, malgré les mesures indiquées plus haut, ils commenceraient par étudier les os et les pièces des vitrines et ne seraient admis à disséquer qu'après avoir répondu à quelques questions sur l'ostéologie et l'arthrologie. Car il ne suffit pas de donner un cadavre à un élève, il faut encore qu'il ne le massacre pas sans profit.

C'est aussi pour cette raison qu'il faut absolument donner aux débutants des guides, répétiteurs, ou moniteurs de dissection qui ne seraient que les assistants du prosecteur ou chef de pavillon. Ces assistants nécessairement très-avancés dans leurs études et nommés au concours, auraient 20 élèves au plus à diriger. Leur place serait au milieu des étudiants, le scalpel à la main, prêchant d'exemple, habituant ainsi les débutants au soin, à la lenteur, à l'élégance et à la propreté. Ils feraient chaque hiver, assez de préparations pour entretenir les vitrines et ces préparations deviendraient pour eux un titre apprécié dans leurs concours ultérieurs.

Dans les pavillons des débutants, une démonstration aurait lieu chaque jour sur les os, les articulations et les muscles, qui seraient tous *étudiés et montrés* dans un hiver,

(1) Voir les nos 10 et 12.

(2) Dès 1866, à la Salpêtrière, M. Charcot se servait de planches de ce genre.

moitié par le prosecteur qui enseignerait 3 fois par semaine, moitié par ses aides qui, à tour de rôle, alterneraient avec lui.

Dans les pavillons de vétérans les plus nombreux, seraient distribués les sujets entiers. Ici, nous ne trouvons plus la nécessité de rattacher aussi étroitement les répétiteurs aux élèves en les plaçant à table, au milieu d'anatomistes déjà exercés au maniement du scalpel; ils ne devront cependant jamais prétendre à la moindre place en dehors du pavillon, afin d'être toujours à la disposition de leur section, afin que leurs préparations de viscères, de vaisseaux et de nerfs, toujours destinés à l'entretien des vitrines et à l'enseignement, se fassent sous les yeux et avec la collaboration des étudiants. Ici, comme dans les pavillons de débutants, se ferait une démonstration par jour, de manière à faire *voir* aux élèves toute la seconde partie de l'anatomie.

Il est évident que si une telle organisation fonctionnait, elle donnerait d'excellents résultats. Peut-elle fonctionner? Nous allons diviser cette question pour la résoudre en détail.

Est-il possible de trouver l'argent nécessaire ?

Les élèves auront-ils avantage à se soumettre à une telle réglementation ?

Le personnel enseignant sera-t-il facile à recruter?

Aura-t-il du zèle?

Il faut de l'argent, c'est évident, pour entretenir dans chaque pavillon, de 80 élèves par exemple, un prosecteur, 4 aides, un serviteur et un matériel d'instruments, etc. Cet argent, il faut le demander aux élèves : que chacun d'eux donne 100 fr. par hiver au lieu de 20 et voilà un budget. Les élèves ont tout à gagner à ce marché : du savoir et du temps. On me dira : mais les pauvres ? Les pauvres ! s'ils ont un mérite supérieur, les bourses et dispenses sont pour eux; s'ils ont un mérite ordinaire, qu'ils ne fassent pas leur médecine. Ce n'est pas d'une saine ambition que de vouloir s'élever au-dessus des autres aux dépens des autres. Pourquoi l'enseignement de la médecine serait-il gratuit ? Je n'ai pas ouï dire que les artisans beaucoup moins bien rétribués que les médecins, fissent leur apprentissage gratis.

Et de plus, il est bien facile de montrer les bénéfices de ce qu'on pourrait appeler par inadvertance l'enseignement onéreux. Un étudiant ordinaire fait ses études en 6 ans; puis, il retourne en province et gagne bientôt 500 fr. par mois. Est-il déraisonnable de supposer que, par un système d'enseignement bien organisé, cet étudiant puisse arriver en 5 ans à la même somme de connaissances? Evidemment non. Mettons qu'au lieu d'un an il ne gagne que 6 mois, que 3 mois si vous voulez.

Établi 3 mois plus tôt, il a pendant ce temps supprimé les dépenses de l'étudiant et commencé les bénéfices du praticien. Il y a bien là 2000 fr.; je ne lui en demande que 1000 en plus des frais ordinaires. Avec ces 1000 fr., comme plus de 300 médecins se font recevoir chaque année; je vous fais plus de 300,000 fr. et vous n'avez qu'à les employer sérieusement pour que l'élève, faisant le sacrifice, ait réellement le bénéfice.

La question d'argent n'est donc pas embarrassante, si l'état n'en a pas, les élèves en ont et ils ont intérêt à en donner, je viens de le prouver.

Dans une organisation de l'enseignement de l'anatomie, telle qu'elle a été exposée plus haut, que peut-on attendre des élèves?

Les bons, s'empresseront de fréquenter les pavillons et de se soumettre à leurs directeurs. Plus on paie cher un maître plus on est soumis, dévoué et tolérant à son égard. Il sera facile d'obliger les mauvais à un minimum d'assiduité. Le stage dans les pavillons de dissection n'est pas moins utile que le stage dans les hôpitaux. Les élèves des 3e et 4e années ne peuvent pas prendre leurs inscriptions sans prouver qu'ils ont fréquenté régulièrement l'hôpital. Je ne vois pas pourquoi les étudiants des 1re et 2e année, continueraient à être dispensés d'une formalité analogue, relativement à la salle de dissection. C'est pourquoi je voudrais voir le prosecteur et ses aides chargés de s'assurer journellement, de la présence et du travail des élèves de leur pavillon. Cela ne gênera jamais que les mauvais étudiants et si l'on me dit que j'attente à leur liberté, je répondrai que l'on y attente bien autrement en forçant ces intéressantes victimes à passer des examens. Et puis, il y a quelque chose de bien plus respectable et qui me meut en ce moment, c'est l'intérêt du pays.

Si le nombre des étudiants qui demandent à disséquer dans les pavillons de la Faculté, sous la direction des prosecteurs, reste ce qu'il est en ce moment, il faut un personnel enseignant composé de 6 prosecteurs et de 20 aides au moins, sans parler du service des cours de la Faculté. Les aides seraient nommés au concours comme actuellement les aides d'anatomie; ils auraient seuls le droit de concourir pour devenir prosecteurs. Le doctorat ou la nomination au prosectorat mettraient fin à leur exercice. Les fonctions de prosecteurs seraient incompatibles avec celles d'agrégé en exercice et de chirurgien ou médecin des hôpitaux.

Tous les aides ne pourraient évidemment devenir prosecteurs ; quelques-uns même ne concourraient sans doute pas. Mais il y aurait là une pépinière d'anatomistes et de chirurgiens pour la province qui n'en a pas. On oublie trop souvent qu'on ne peut être chirurgien sans avoir été anatomiste. La clinique s'apprend encore dans la pratique alors que l'anatomie ne s'apprend plus. On trouverait sans contredit à Paris de nombreux concurrents pour les places d'aides et de prosecteurs, celles-ci devant être bien rétribuées.

Mais l'âme de tout ce personnel où sera-t-elle, pour lui donner l'exactitude et le zèle? Si l'habitude de faire son devoir était une fois prise, tout le monde s'y conformerait. Il suffirait donc d'une surveillance sérieuse exercée par la faculté ou par le chef des travaux anatomiques ou par un inspecteur de l'université pour mettre les choses en train. Je n'ignore pas qu'il y a là une grosse difficulté. Elle ne serait point insurmontable pour quelqu'un qui recevrait un appui énergique et continu de la faculté, qui aurait des devoirs mais aussi des droits. M. Sée, une main de velours, a bien obtenu des prosecteurs mal payés de 1876 qu'ils fissent un cours 2 fois par semaine : que n'obtiendrait-on pas des prosecteurs mieux payés des années prochaines?

Tout ce que je viens de dire sur l'organisation de l'enseignement officiel de l'anatomie, pourrait faire croire qu'à mon âge, je suis déjà ennemi de la liberté, contrôlée, bien entendu, par les examinateurs de l'Etat. Il n'en est rien. Mais on ne me semble pas près de décréter l'enseignement libre auquel, du reste, il serait impossible de donner en peu de temps de bons résultats. C'est pourquoi je voudrais

contribuer pour ma faible part à améliorer l'enseignement officiel de la Faculté de médecine de Paris. Je crois qu'elle n'a pas d'ennemis plus dangereux que ceux qui, satisfaits du présent comme ils le furent toujours du passé, cherchent à maintenir le *statu quo;* je suis sûr qu'elle n'a pas d'amis plus sincères que moi. L. H. F.

Faculté de médecine de Paris : Cours d'été.

Ouverture du cours d'anatomie pathologique : M. Charcot.

M. le professeur Charcot a repris son cours lundi dernier, devant un nombreux et sympathique auditoire où l'on distinguait, suivant l'habitude, beaucoup d'internes des hôpitaux et de jeunes médecins, candidats au concours de l'agrégation et du bureau central, qui savent qu'ils trouveront dans ces leçons, avec un exposé aussi complet que possible de l'état de la science sur les sujets traités, des vues nouvelles, des aperçus originaux qu'ils pourront utiliser dans les luttes où ils sont engagés ou qui leur fourniront un point de départ pour des investigations personnelles.

M. Charcot a indiqué rapidement, ainsi qu'on va le voir par l'extrait de cette première leçon que nous reproduisons, l'objet du cours de cette année et, avec l'esprit de justice et la bienveillance qui le caractérisent à un si haut degré, il a tenu à rappeler le concours que tous ses élèves s'empressent de lui apporter.

Ce concours, d'ailleurs, n'est-il pas tout naturel pour quiconque sait avec quel désintéressement, quelle libéralité, notre cher maître met à la disposition de tous ceux qui travaillent ses richesses cliniques et anatomo-pathologiques, ses recherches bibliographiques et ses propres idées sans jamais se préoccuper de savoir si l'on tiendra toujours à honneur de rapporter l'idée nouvelle à sa véritable origine. Voici comment s'est exprimé M. le professeur Charcot.

Messieurs,

« Au moment où je viens pour la quatrième fois occuper cette chaire consacrée à l'enseignement de l'anatomie pathologique, il ne me paraît pas nécessaire d'entrer dans de longs développements pour exposer la méthode que je m'attacherai à suivre, dans le cours de mes leçons.

« Cette méthode ou si vous l'aimez mieux, cette manière de faire, je l'ai exposée maintes fois déjà soit par écrit, soit oralement et elle est très-certainement connue de la plupart d'entre vous. Aujourd'hui, je ne vois rien d'essentiel à y changer, et une expérience de trois années n'a fait que confirmer mes opinions à cet égard. Quelques mots, en manière de préambule, suffiront donc, pour faire entrevoir aux nouveaux venus ce qu'ils doivent s'attendre à trouver dans mon enseignement.

I. Je dois tout d'abord énoncer les sujets que je compte développer cette année. En premier lieu, je traiterai du *foie et des voies biliaires*, considérés, bien entendu, sous le rapport anatomo-pathologique. Ensuite, un peu à près les vacances de Pâques, et pour répondre au désir exprimé par plusieurs d'entre vous, je consacrerai quelques leçons à un exposé sommaire des principaux faits anatomo-pathologiques propres à éclairer la *théorie des localisations cérébrales*. Ce sujet a été traité longuement l'an passé; mais vous n'ignorez pas que les conclusions fondamentales que je vous ai présentées à cette occasion ont été vivement attaquées par un physiologiste éminent. J'espère vous montrer que ces conclusions n'ont pas été ébranlées par la critique, et que même des faits nouveaux, en grand nombre et bien observés, sont venus leur donner une pleine et entière confirmation.

Ce sera là comme un intermède, après lequel je m'attacherai à développer un des principaux chapitres de l'anatomie pathologique du *poumon*. Je veux parler des *pneumonies aiguës* et *chroniques* considérées dans leurs formes variées; je comprendrai dans cette étude l'histoire de la *turberculose* du poumon.

II. L'énumération qui vient d'être faite, messieurs, suffirait déjà pour vous montrer que, conformément à ce que je pourrais appeler désormais mes habitudes, je ne m'astreindrai pas à suivre pas à pas le développement régulier, et en quelque sorte géométrique, des programmes tracés dans les livres classiques. Avec le temps qui nous est donné, je ne pourrais guère en suivant cette voie relativement facile, que vous présenter des esquisses rapides, des ébauches faites à grands traits, des tableaux sans relief, aux couleurs peu accentuées. Je crois me rendre plus utile et me conformer mieux à l'esprit d'un enseignement donné dans l'enceinte de cette Faculté, en m'attachant à étudier un certain nombre de grands épisodes de l'anatomo-pathologie, à les fouiller profondément jusque dans leurs moindres détails, montrant chemin faisant les relations qui les rattachent à l'ensemble.

L'enseignement ainsi fait, en présence des documents originaux, les pièces en main si l'on peut ainsi dire, ne peut manquer, si je ne me trompe, d'éveiller chez l'auditeur, le sentiment et l'amour de la réalité concrète, l'esprit critique, le goût de la recherche et de le mettre à même par conséquent, soit à l'aide de livres, soit à l'aide d'observations directes, de compléter l'instruction qu'il n'aura pas pu recevoir tout entière de la bouche du professeur.

III. Il est d'ailleurs, Messieurs, personne de vous ne l'ignore, au moins deux grands côtés par lesquels l'anatomie pathologique peut être envisagée. La lésion doit être, en effet, considérée d'abord en elle-même, anatomiquement, où si vous voulez encore à l'état statique. Ce sont alors les procédés ordinaires de l'anatomie que le médecin met en œuvre, car il s'agit seulement de reconnaître quelles modifications ont été imprimées aux conditions normales par le fait de la maladie dans les organes, dans les tissus. Il y a lieu de distinguer à cet égard, vous le savez : 1° *l'anatomie pathologique microscopique*, répondant à l'anatomie descriptive et qui s'occupe des altérations dans la forme, la consistance, la couleur, et, en tant qu'elles peuvent être constatées à l'œil nu ; et 2° *l'anatomie pathologique histologique*, pendant de l'histologie normale et qui s'efforce, à l'aide des instruments grossissants, de pénétrer jusqu'à l'élément anatomique.

Je n'aurais pas rappelé cette distinction élémentaire et présente à l'esprit de tous, si je n'avais voulu saisir l'occasion de relever un fait que mes relations très-fréquentes avec les élèves m'ont permis de remarquer, c'est que la brillante carrière fournie, dans ces dernières années par l'anatomie pathologique histologique, a eu pour effet de reléguer dans l'ombre l'autre anatomie, la plus ancienne, celle qui se fait à l'œil nu. C'est là une injustice et aussi un dommage, car — j'aurai maintes fois l'occasion de le faire ressortir — il est des données de premier ordre qu'elle seule peut fournir. Elle mérite donc, à tous égards, d'être réhabilitée, remise en honneur, et je ferai tous mes efforts pour contribuer à amener ce résultat. C'est pourquoi je m'attacherai plus que jamais, dans les leçons du mercredi, à mettre sous vos yeux des pièces anatomiques où vous pourrez étudier les altérations que révèle l'œil nu. A leur défaut, je vous présenterai des planches tantôt empruntées aux meilleurs auteurs, tantôt faites d'après nature et où ces lésions seront représentées aussi fidèlement que possible. Sans doute une bonne planche, quelque fidèle qu'elle soit, ne peut jamais remplacer complétement la contemplation directe de l'organe malade ; mais, mettant en relief, lorsqu'elle est intelligemment faite, les caractères importants, fondamentaux, elle apprend à voir et à mieux voir. D'ailleurs, comme on peut la remettre toujours sous les yeux, elle offre l'avantage de fixer des souvenirs bien vite effacés lorsqu'on n'a pas l'occasion de les raviver fréquemment.

IV. L'autre grand côté de l'anatomie pathologique n'est, certes, pas le moins important. Cette fois, il ne s'agit plus, comme tout à l'heure, de considérer la lésion en elle-même et pour elle-même; il faut chercher à rétablir, par une sorte d'exégèse, les diverses phases de l'évolution qu'elle a dû subir avant de parvenir à l'état sous lequel l'autopsie nous la présente, il faut s'efforcer de remonter jusqu'aux causes qui l'ont provoquée; enfin, tournant les yeux du côté de la clinique, il faut encore déterminer, autant que possible, les troubles fonctionnels qui se rattachent à la modification organique. Il n'est pas nécessaire, je pense, de justifier les développements que je ne manque jamais d'accorder aux questions qui rentrent dans cette partie du domaine anatomo-pathologique.

Cette manière d'envisager l'anatomie pathologique, qui consiste à examiner les lésions, à les faire revivre, en quelque sorte, et qui s'efforce d'entretenir entre cette partie de la pathologie et les autres branches de la même science, d'étroites et incessantes relations, n'est pas neuve, tant s'en faut ; il ne sera pas inutile, peut-être, de se le rappeler. Elle est, en somme, un des attributs les plus saillants de la grande Ecole, fondée par Bayle et Laennec, et qui compte parmi ses choryphées tant de noms illustres, et dont les principes n'ont jamais été méconnus dans cette enceinte. L'illustre profes-

seur de Strasbourg, Lobstein, avait parfaitement caractérisé ce point de vue particulier, dans une phrase que j'ai bien des fois reproduite, et qui se trouve dans la préface du *Traité d'anatomie pathologique*, publié par cet auteur, en 1829. « *Ce n'est pas*, dit-il, *l'organe altéré, mort, que le médecin veut connaître, c'est l'organe vivant, agissant, exerçant les fonctions qui lui sont propres.* » Cela est court et cela peint, ce me semble, admirablement la situation.

Puisque cette phrase, tant de fois citée, me revient à l'esprit, permettez-moi de vous faire part de l'étonnement que j'ai éprouvé en la retrouvant, l'autre jour, dans un traité d'anatomie pathologique récent, mais présentée cette fois par l'auteur de ce traité, daté d'hier, comme lui appartenant en propre, — en même temps bien entendu que l'idée qu'elle consacre. J'ai lu et relu 20 fois le passage, n'en pouvant croire mes yeux. Mais il a bien fallu me rendre à l'évidence : car après avoir dit, ou mieux répété textuellement : « *Ce n'est pas l'organe altéré, mort que l'on doit connaître, c'est l'organe vivant, agissant*, etc. etc., » l'auteur en question ajoute : « *Tel me paraît être le véritable esprit de l'anatomie pathologique; toutefois ce n'est pas ainsi qu'elle a été considérée jusqu'à ce jour.* » Il n'y a donc pas à s'y méprendre, c'est bien d'une prise de possession qu'il s'agit et voilà la doctrine anatomo-pathologique française fondée 50 ans après sa fondation! Etrange aberration, prétention singulière bien propres à nous montrer jusqu'où peut conduire parfois la contemplation trop exclusive, et trop bienveillante de notre propre individualité...

Nous commencerons probablement dans le prochain numéro la publication des leçons de M. Charcot sur le *Foie et les voies biliaires*.

Ouverture du cours de clinique médicale : M. Hardy.

M. le professeur Hardy a commencé le 18 courant ses leçons cliniques à l'hôpital Necker au milieu d'un grand concours d'élèves et de médecins. La première conférence a eu pour objet l'examen des méthodes cliniques et l'emploi de la direction qu'il convient de donner aux études faites au lit du malade.

Les enseignements de la pathologie ne donnent, a dit l'éminent professeur, que le type idéal et pour ainsi dire le schème de la maladie. Pour étudier l'homme malade, la pathologie est indispensable au clinicien comme l'anatomie l'est au physiologiste. L'enseignement clinique de l'hôpital Necker, dans cet ordre d'idées, sera pratique avant tout. La description technique des maladies étant supposées connues de l'élève, le professeur ne décrira rien que les malades, à mesure qu'ils se présenteront à son observation. Il ne fera point, à propos de clinique, des leçons de pathologie descriptive ; il étudiera les symptômes, discutera leur valeur dans l'espèce, et présentera autant que faire se pourra les malades à l'amphithéâtre afin d'appuyer par les faits ses descriptions et ses doctrines. Cette méthode n'est autre d'ailleurs que la méthode expérimentale, qui repose sur la constatation et l'interprétation des faits. Elle a toujours été celle de l'école clinique française, dont les traditions seront fidèlement continuées dans la Chaire de Corvisart et de M. Bouillaud, transportée à l'hôpital Necker.

Cours de pathologie externe : M. Trélat.

Le lundi, 20 mars, à 3 heures, M. Trélat a commencé son cours de pathologie externe, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. — L'assistance était fort nombreuse et l'accueil qu'elle a fait au professeur a été des plus chaleureux. Evidemment on se rappelait les leçons des années précédentes et la façon élégante et précise, à la fois si pittoresque et si vivante, dont M. Trélat expose son sujet et fixe le point important dans la mémoire par un mot, un geste, une image.

M. Trélat doit traiter, cette année, des maladies chirurgicales des diverses régions. Il a commencé par la tête dont il a étudié, le premier jour, les plaies et les contusions ; puis il a continué, les jours suivants, par une bien remarquable leçon sur les fractures du crâne.

Ouverture du cours de M. le Pr Pajot.

Mardi dernier, le grand amphithéâtre de l'école de médecine était rempli comme..... il l'est toujours quand le professeur Pajot fait son cours.

C'est assez dire que non seulement les élèves étaient pressés sur les gradins, mais encore que les couloirs étaient tellement remplis, que le professeur dut se présenter .... par l'épaule à son sympathique auditoire.

Aussitôt après une magnifique ovation, la leçon commença. Cette leçon ne fut guère au fond que l'exposition du programme du cours. Mais quelle exposition! Quelle description mouvementée, imagée, que celle qui tint pendant une heure un millier d'élèves attentifs et sous le charme de la parole du maître!

Comme entrée en matière, tout d'abord, cette magistrale division de l'art de la médecine en deux parties suivant leur but. La première qui a pour but la *conservation de l'individu*; vaste champ où tant d'hommes éminents se sont donné et se donnent carrière. La seconde qui a pour but la *conservation de l'espèce*; champ moins vaste, il est vrai, mais qui comprend; L'embryologie, que les savants aidés du microscope ont fait marcher à pas de géant; l'étude complète des organes de la reproduction dans les deux sexes. Puis enfin, la connaissance exacte de tous les actes fonctionnels, la fécondation, jusqu'à la fin de la puerpéralité : c'est-à-dire en un mot la connaissance de l'obstétrique.

Toujours dans cette partie de la science médicale, deux individus s'offrent simultanément à l'observation, car quand l'homme, après avoir joué son rôle éphémère ou... *épisodique*, quitte la scène, le fœtus apparaît. Fécondation, conception, grossesse, accouchement, délivrance, puerpéralité, que de parties intéressantes à étudier !

Si, aujourd'hui, les voiles qui entouraient la fécondation commencent à se déchirer, que d'inconnues encore à propos de la conception! Que de difficultés dans ces simples mots : diagnostic de la grossesse! Que de péripéties plus ou moins dramatiques pendant l'accouchement ! Que de dangers au moment de la délivrance! que de problèmes encore à résoudre pendant la période de puerpéralité !

En rappelant toutes ces parties de l'obstétrique, M. Pajot sut aborder bien des sujets palpitants d'intérêt et brûlants d'actualité. C'est ainsi, qu'il s'éleva avec force contre la tendance qu'ont de nos jours certains accoucheurs à considérer l'accouchement comme un phénomène purement mécanique; qu'il constata hélas! pour la cinquantième fois, combien les avenues de la pratique d'une science si essentielle, étaient étroites ainsi que le disait déjà Velpeau, en 1835; et qu'il réclama que les portes de la Maternité fussent ouvertes aux étudiants. Les bravos de cette jeunesse studieuse et enthousiaste peuvent nous consoler et nous montrer que, de ce côté du moins, nous n'avons rien à redouter de la Faculté... *d'en face*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 mars 1876. — PRÉSIDENCE DE M. PARROT.

M. HARDY fait en son nom et au nom de M. BOCHEFONTAINE une communication sur le pilocarpus d'Europe. Il peut être assimilé au pilocarpus du Brésil, car on peut en extraire un alcaloïde, la pilocarpine, et il a les mêmes propriétés sialagogues.

M. BADAL frappé de l'impuissance de toutes les espèces de verres, dans certaines perturbations graves de la vision, telles qu'astigmastisme, myopie excessive, etc. a pu constater en

outre l'insuffisance de la fente sténopéique. Il a retiré d'excellents résultats de l'emploi combiné de la loupe et de la fente sténopéique.

M. LABORDE continue ses recherches sur l'action physiologique des aconitines extraites des différentes variétés d'aconit napel. Après avoir antérieurement étudié les aconits Suisse, des Vosges et du Dauphiné, il a soumis à l'expérimentation l'aconit des Pyrénées. Les effets en sont très-analogues à ceux de l'aconitine du Dauphiné. Si une dose de 1 mm. d'aconitine du Dauphiné amène la mort en 1 h. 35 m., la même dose d'aconitine des Vosges la produit en 1 h. 45 minutes: la mort par l'aconit Suisse survient au bout de 35 minutes.

M. HAYEM communique l'observation d'un malade de son service, atteint de polyurie ou diabète urique et rapidement amélioré par l'extrait thébaïque. Cet homme, âgé de 48 ans, déjà soigné pour une albuminurie, entra à l'hôpital le 27 déc. 1875. Les symptômes étaient les suivants : bouffissure de la face, œdème des membres inférieurs peu prononcé, appétit très-exagéré, polyurie urique sans polydypsie marquée; légère diminution des forces. L'emploi de pilules d'extrait thébaïque, à la dose de 10 à 20 par jour, du 7 janvier au 20 février amena une amélioration considérable. C'est ainsi que la quantité d'urine, au début de 4 litres 40 par jour, tomba dans la première quinzaine du traitement à 3,30, dans la seconde à 2,65, dans la troisième à 2,70. Enfin, à sa sortie il n'urinait plus que 1 litre 9. Les quantités d'urée rendue chaque jour étaient pour les différentes époques de 69 gr, 42 gr, 35 gr, 27 gr, et 23 gr. — En même temps que l'urée diminuait, l'exagération de l'appétit disparaissait peu à peu. On peut dès lors se demander si l'augmentation de la quantité d'urée éliminée n'était pas due à l'augmentation de l'alimentation. Il est permis de croire que cette polyurie est un phénomène nerveux, hypothèse d'autant plus admissible que le malade a présenté antérieurement des accidents de même ordre (paralysie passagère, troubles de la vue). En outre les médicaments qui réussissent le mieux contre la polyurie sont ceux qui agissent sur le système nerveux, valériane, opium, etc.

M. PARROT rappelle, à l'appui de cette manière de voir, ce qui se passe chez les très-jeunes enfants. Chez eux, en effet, la polyurie est souvent suivie de phénomènes de méningite tuberculeuse. Comment expliquer ce fait d'observation clinique? La polyurie a-t-elle produit la diathèse tuberculeuse, ou amené la méningite chez un individu prédisposé, ou au contraire la polyurie n'est-elle pas un symptôme du début de cette affection ?

M. MAGNAN communique une observation défavorable à la théorie de M. Joffroy qui rattache les troubles trophiques aux lésions des lobes occipitaux. Chez une paralytique générale, frappée d'apoplexie, se développèrent dès le lendemain et le surlendemain des escharres sur les deux fesses, escharres qui gagnèrent rapidement en étendue et en profondeur. A l'autopsie, on constata une prédominance très-nette des lésions dans les lobes antérieurs.

M. HANOT déclare n'avoir pas non plus observé la coïncidence des troubles trophiques dans la paralysie générale avec les lésions des lobes occipitaux, qui du reste sont l'exception.

L.D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 mars 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. GIRAUD-TEULON, au nom d'une commission composée de MM. Dolbeau, Marrotte et lui-même, lit un rapport sur le travail de M. Panas : Contribution à l'étude des troubles oculaires visibles à l'ophthalmoscope dans les lésions traumatiques du cerveau.

L'Académie procède à l'élection d'un membre associé libre. La commission présente en première ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique : MM. Chauveau, Fabre, Leudet et Jules Roux. Sur les 68 votants, M. Chauveau obtient 56 voix. Il est proclamé membre associé de l'Académie.

M. BRIQUET continue la lecture de son rapport sur les épidémies, endémies et maladies régnantes. — La séance est levée à 4 h. 3/4.

M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances de décembre 1875. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

16. Fracture de la base du crâne. — Contusion cérébrale. — Epanchement intra-crânien. — Absence des symptômes habituels. — Fracture double du bassin; par L. A. GARNIER, interne des hôpitaux.

Le nommé X... âgé de 26 ans, fumiste, est entré à la salle Sainte-Marthe, n° 6 (service de M. le professeur RICHET), le 11 novembre 1875, à midi. — Il est amené immédiatement après un accident qui vient de lui arriver; il est tombé de la hauteur d'un 2ème étage sur le sol; il a été renversé par le grand vent; la chute a eu lieu sur le côté droit du corps. A son entrée, on constate une ecchymose considérable située à la partie supérieure de la joue droite près de l'angle externe de l'orbite et s'étendant aux deux paupières; il y a aussi une ecchymose sous-conjonctivale à l'œil du même côté, mais siégeant seulement au niveau de l'angle externe de l'œil. L'épanchement sanguin de l'ecchymose sous conjonctivale est noirâtre et forme un relief de 1/2 millimètre à la surface de la conjonctive. Cet épanchement sanguin occupe tout l'angle externe de l'œil et en dedans il se termine vers la périphérie de la cornée, excepté à la partie inférieure où il s'avance jusqu'à la portion de la conjonctive située en dedans de la cornée. Le malade a saigné beaucoup du nez et il a rendu du sang par la bouche, mais il n'a rendu par l'oreille ni sang ni liquide quel qu'il soit. L'examen des narines, du fond de la gorge et du conduit auditif externe, ne révèle actuellement l'existence d'aucun écoulement liquide, soit sanguin soit séreux, ni l'issue de matière cérébrale.

En pressant avec les doigts sur les parties contusionnées, et en essayant de mouvoir les os qui forment la base de l'orbite, on ne trouve ni mobilité anormale ni crépitation. L'inspection de la surface extérieure du crâne ou de la face ne nous fait découvrir aucune autre ecchymose et nous ne constatons pas de crépitation. A l'ouverture de la bouche, on voit que toutes les dents sont bien situées sur la même ligne.

L'examen de la poitrine et de l'abdomen ne montre extérieurement aucune contusion, ecchymose ou écorchure; il n'y a pas de fracture de côte. — Aux membres supérieurs, nous notons seulement, en dedans du coude gauche et au-dessus de l'épitrochlée, une petite plaie de la largeur de 1 centimètre, saignante mais ne paraissant pas pénétrer dans l'articulation. Aux membres inférieurs existe une seule trace de violence; c'est au niveau du grand trochanter droit. A ce niveau pas de gonflement considérable, mais douleur vive dont se plaint spontanément le malade et qui se révèle surtout, lorsqu'on presse à ce niveau. Ce n'est point une fracture du col du fémur, car la déviation caractéristique et le raccourcissement font défaut. De plus lorsqu'on fait saisir le membre inférieur et imprimer des mouvements de latéralité et de torsion on ne réveille pas la crépitation. Ce signe ne se constate que lorsqu'on appuie sur le grand trochanter; comme le grand trochanter paraît effacé, M. Richet porte le diagnostic suivant : Fracture par écrasement du grand trochanter.

Etat du mouvement dans les membres inférieurs: Le malade remue très-bien les différents segments des membres inférieurs et il peut soulever les deux talons au-dessus du plan du lit; ces mouvements toutefois sont plus douloureux à droite qu'à gauche.

Etat de la sensibilité dans les membres inférieurs: Si l'on promène les doigts sur les différentes parties, on constate que les contacts, même les plus légers, sont perçus et le chatouillement de la plante des pieds réveille des mouvements réflexes comme à l'état normal.

Membres supérieurs: L'état est le même qu'aux membres inférieurs; rien de particulier non plus au tronc ni à la face. Toutefois l'effort pour s'asseoir sur le lit est tellement douloureux que nous renonçons à le faire exécuter au malade. L'examen de la colonne vertébrale est rendu par cela même plus difficile, cependant en promenant les mains sur les apophyses épineuses, nous pouvons constater qu'il n'y a aucun déplacement ni aucune douleur provoquée par la pression.

Le malade est dans le décubitus dorsal, mais il peut se placer

sur un des côtés. Il paraît déprimé et à cet état de dépression se joignent des douleurs siégeant principalement à la région orbitaire et au niveau du grand trochanter.

Le faciès est pâle, ainsi que le reste des téguments. — Le malade a toute sa connaissance et répond parfaitement à toutes les questions : il se rappelle toutes les péripéties de sa chute et il prétend même qu'il n'a nullement perdu connaissance ni au moment de sa chute, ni depuis (des renseignements ultérieurs sont venus depuis confirmer ces assertions); il a eu simplement de l'étourdissement. Il n'a pas perdu ses urines et depuis l'accident il n'a pas été à la garde-robe. La déglutition se fait bien, mais l'appétit est nul ; au contraire la soif est vive. Le pouls est un peu accéléré. La température et la respiration sont normales.

Organes des sens. Le goût, l'ouïe et l'odorat sont intacts. La vue est conservée des deux côtés et l'impression de la lumière n'est pas douloureuse ; les pupilles sont égales et contractiles. — *Traitement.* Applications de compresses d'eau fraîche; potion calmante.

12 *novembre.* La situation n'est pas changée le matin; la douleur au grand trochanter et à l'orbite droit est plus vive que la veille ; le malade ne se plaint point de céphalalgie et nous ne notons aucun changement quant à l'état de la veille; l'intelligence est très-nette. P : 100. R. 24. T. 38. Le *soir,* on ne trouve aucun changement notable.

13 *novembre (matin.)* Le gonflement a augmenté dans les parties contusionnées ; à la douleur orbitaire s'ajoute un commencement de céphalalgie frontale; le malade a eu une selle naturelle sans diarrhée ni constipation ; il a uriné spontanément; cette urine n'est point albumineuse. *Traitement* : Cataplasmes sur le coude douloureux ; une saignée générale de 300 gr. est ordonnée pour le matin et dans la soirée on appliquera 20 sangsues derrière l'oreille droite. Tisane commune. — Bouillons. — Pas de variations dans le pouls, la température, la respiration.

Le soir. Le malade a sa connaissance mais il est très-agité, porte la tête et les membres à droite et à gauche ; toujours de la céphalalgie ; les membres ont conservé leurs mouvements et leur sensibilité ; les articulations sont souples, les pupilles sont égales et contractiles et l'impression de la lumière n'est point douloureuse. P. 100 ; R. 24 ; T. A. 38°, 5.

14 *nov.* Il paraît y avoir un peu d'amélioration ; la céphalalgie est moins vive, l'ecchymose sous-conjonctivale reste limitée à sa place primitive ; nous ne notons aucun phénomène nouveau. P. 100 ; T. 38° ; R. 24.

15 *nov.* On note l'augmentation de la céphalalgie ; l'agitation est vive de nouveau ; douleurs dans les deux cuisses. Les mouvements sont douloureux dans les articulations du genou et du coude, mais les muscles ont conservé leur souplesse. On constate que l'abdomen est ballonné et douloureux. — P. 100 ; T. 39°, 2 ; R. 26. *Traitement.* 20 sangsues à l'anus; application d'eau fraîche sur la tête. *Soir.* R. 36 ; P. 120 ; T. A. 38°5. L'agitation a disparu, depuis ce matin ; la céphalalgie frontale continue, le malade a eu de nouveau une selle spontanée ; on ne note aucun trouble musculaire et intellectuel.

16 *nov.* Même degré et même localisation de la céphalalgie. Teinte générale subictérique de la peau; l'intelligence est toujours très-nette, mais l'agitation est considérable sans convulsions ni contractures. R. 30; P. 125; T. 39°. *Soir* : T. 39°, P. 130 ; R. 30. Même état ; jusqu'ici il n'y a pas eu de vomissements.

17 *nov.* Les douleurs articulaires sont accrues ; la céphalalgie persiste ; la respiration est anxieuse ; la teinte subictérique augmente, et la douleur abdominale semble localisée plus spécialement à la région de l'hypochondre ; la sensibilité et la motilité ne présentent encore rien de particulier et l'intelligence paraît nette ; de temps en temps, le malade élève les bras et promène les mains en divers sens (carphologie). T. A. 40°. P. 164 ; R. 48. En présence de ces phénomènes, M. Richet diagnostique une méningo-encéphalite.

18 *nov.* A 3 heures du matin, le malade après avoir parlé seul, s'éteint sans agitation.

L'AUTOPSIE est faite le 19 novembre 30 heures, après la mort. La rigidité cadavérique est conservée.

Face. En faisant une incision et en mettant à découvert les os sous-jacents aux tissus contusionnés, on trouve : 1° une fracture de l'apophyse zygomatique près de son point de jonction avec l'os malaire; 2° une fracture occupant le bord supérieur de la base de l'orbite et se prolongeant en arrière vers la base du crâne.

Crâne et cavité crânienne. Après avoir enlevé la calotte crânienne avec une scie, l'examen des méninges et du cerveau a permis de constater les lésions suivantes : 1° La fracture de l'orbite se continue en arrière et se dirige obliquement en dedans en passant par le trou optique en dehors de l'apophyse clinoïde antérieure qui est flottante ainsi que la portion interne de la petite aile du sphénoïde ; la fracture vient se terminer sur la selle turcique près du sommet du rocher. 2° Un épais caillot sanguin du volume d'une grosse noix siége entre le cerveau et la dure-mère au niveau de la fracture ; à ce point la dure-mère est décollée ; 3° Dans la fosse cérébelleuse il y a une quantité de sang épanchée, équivalente à la précédente. 4° Examinant le cerveau on trouve au niveau du siége de la fracture et de l'épanchement sanguin les lésions suivantes : en avant de la scissure de Sylvius du côté droit, dans le sillon qui sépare la 2e de la 3e circonvolution frontale antérieure et empiétant un peu sur la lèvre postérieure, c'est-à-dire empiétant un peu sur le lobe sphénoïdal, on trouve superficiellement un foyer de ramollissement rouge de la grosseur d'une pièce de cinquante centimes et même plus. Ce foyer présente sur un fond jaunâtre des points plus rouges qui semblent à l'œil nu être le siége d'hémorrhagies. En faisant une coupe à ce niveau, on voit que le foyer de contusion est de la grosseur d'une noix. Le nerf olfactif et le nerf optique ont leur aspect et leur structure normaux. Au niveau du foyer de contusion, la pie-mère est rouge et adhérente. La pie-mère est également rouge et adhérente à la face supérieure et inférieure des deux lobes frontaux et elle présente encore ces caractères au niveau du lobe sphénoïdal. Dans toute cette étendue elle adhère à la substance grise qui semble ramollie. A la surface externe du lobe sphénoïdal, les vaisseaux sont dilatés et remplis de caillots que le microscope démontre être fibrineux. Certains capillaires présentent des dilatations ampullaires à la base du cerveau. On ne constate aucune lésion ni sur les nerfs, ni sur la protubérance, ni sur le bulbe. Différentes coupes pratiquées sur le cerveau n'ont fait découvrir qu'un peu d'injection entre les deux noyaux du facial et un peu en avant.

Dans différentes coupes pratiquées sur le cervelet, on trouve en certains points un aspect pointillé qui est dû à la dilatation de quelques vaisseaux.

Examen microscopique. Cet examen, qui a été fait au laboratoire de l'Hôtel-Dieu, a donné les résultats suivants :

1° Au niveau de la contusion et à l'état frais à l'aide d'un grossissement de 500 diamètres (préparation par l'eau), on voit les capillaires remplis de sang et présentant en certains points une infiltration granulo-graisseuse de leurs parois. On trouve aussi des amas de sang extravasés sous formes d'amas de globules rouges, des corps granuleux de Gluge qui proviennent de l'infiltration granulo-graisseuse des cellules nerveuses, et enfin de la myéline fragmentée et des fibres nerveuses encore intactes. Il y a là tous les caractères du ramollissement cérébral par contusion. Cette lésion paraît récente, car les globules rouges sont parfaitement conservés et on ne trouve aucun produit de désassimilation des matières colorantes du sang. La pie-mère est injectée mais sans altération des parois des vaisseaux.

2° Dans les autres points plus ou moins éloignés du siége de la contusion, on constate l'état suivant : (Préparation par le raclage, par dissociation dans l'eau pure, adjonction d'acide nitrique. — Grossissement de 170 à 500 diamètres.)

En prenant un fragment des circonvolutions au niveau des points adhérents et le portant sous le champ du microscope, on voit des cellules de plusieurs variétés : les unes sont rondes et appartiennent aux couches granuleuses, d'autres sont pyramidales. Ces cellules ne sont pas altérées pour la plupart. On voit très-bien leurs noyaux, leurs nucléoles ; cependant un grand nombre sont entourées d'un croissant ou d'une couronne de granulations graisseuses très-fines. Les capillaires présentent comme plus haut pour le point contusionné, sur

plusieurs points de leur paroi, une très-fine infiltration graisseuse ; néanmoins on voit parfaitement le noyau de leur endothélium. Ailleurs, sur d'autres points et particulièrement sur les gros capillaires l'infiltration granuleuse occupe le noyau. On trouve encore sur ces capillaires de petites dilatations sacciformes. En somme, la lésion constatée est un faible degré de ramollissement superficiel. L'examen après durcissement dans l'acide chromique n'a fait découvrir rien de nouveau.

Cavité thoracique. Il y a un épanchement séro-sanguin (100 grammes environ) dans chaque cavité pleurale. Il en est de même pour le péricarde. — Les poumons présentent quelques tubercules à leur sommet. Le cœur et les gros vaisseaux sont sains.

Abdomen. La cavité péritonéale contient un peu d'épanchement séro-sanguin. Le foie et la rate n'ont aucune lésion. On trouve des ecchymoses à la surface des reins et des intestins.

Au niveau du grand trochanter, on trouve dans les tissus voisins des épanchements de sang, mais l'os lui-même ne présente aucune lésion. Au contraire, le bassin est le siége d'une double fracture, l'une passant par le milieu du trou ovalaire du côté droit, l'autre passant en-dedans du trou ovalaire gauche. La symphyse pubienne est détachée et mobile. Cette double fracture du bassin a simulé sur le vivant une fracture du grand trochanter.

17. Fibro-myxome du nerf sciatique (1) ; par CAMPENON et V. CORNIL.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est un jeune étudiant en droit, M. A. A..., d'origine étrangère, entré le 13 novembre 1875 dans le service de M. le professeur TRÉLAT à la Charité (salle Saint-Jean nº 11).

Ce jeune homme, âgé de 22 ans, d'une bonne constitution, sans maladie antérieure, fait remonter à un an environ le début de son affection. Ce serait vers le mois de décembre 1874 qu'au sortir d'un bain, il aurait constaté, tout-à-fait par hasard, l'existence d'une petite grosseur dans le creux poplité gauche vers sa paroi externe. Du volume d'une noix environ à ce moment et se déplaçant assez bien sous le doigt, cette tumeur n'a cessé de s'accroître depuis lors, d'abord d'une façon presque insensible, puis assez rapidement depuis trois mois.

Malgré ce changement de volume, elle est restée ce qu'elle était au début, parfaitement indolente ; et si ce malade en réclame l'ablation, c'est parce qu'elle l'inquiète bien plutôt que pour la gêne qu'elle occasionne.

État à l'entrée. — *Signes physiques.* — Le malade étant couché sur le ventre, il suffit d'un coup d'œil pour reconnaître une différence considérable entre les deux creux poplités. A gauche, en effet, la dépression normale du jarret a fait place à une saillie de forme hémisphérique assez régulière occupant surtout les deux tiers supérieurs de la région.

La peau est saine, non œdémateuse, non variqueuse ; elle glisse facilement et complétement, sans trace d'adhérence sur les parties sous-jacentes ; aussi est-il assez facile d'apprécier les caractères de la tumeur.

Elle est lisse, sans bosselure, d'une consistance égale partout, mais difficile à traduire : c'est quelque chose tenant le milieu entre la dureté vraie et la rénitence. Ses limites sont assez nettes, du moins dans trois directions. *En bas*, elle s'arrête à un travers de doigt environ au-dessus du point de fusion des jumeaux et il est facile (la jambe étant fléchie et les muscles dans le relâchement) de plonger les doigts au-dessous de la tumeur. *En dehors*, elle s'avance jusqu'au contact immédiat du muscle biceps. *En dedans*, elle semble déborder légérement les tendons des demi-membraneux et demi-tendineux, mais il suffit de faire contracter ces muscles pour voir la tumeur rentrer dans le creux poplité. *A la partie supérieure*, toute limite précise manque ; la tumeur semble s'engager sous les muscles, mais plus haut, le long de la cuisse, il n'existe entre les deux membres aucune différence appréciable soit à la vue, soit au palper, soit pendant la contraction, soit pendant le relâchement des parties.

Si l'on cherche à accrocher profondément la tumeur avec les doigts, il est facile de constater qu'elle n'a aucune adhérence ni avec le squelette ni avec les parties voisines, sauf peut-être à la partie externe, au point où elle a débuté ; la mobilité est moindre de ce côté. — Ajoutons enfin qu'il n'existe aucun souffle, aucun battement d'expansion ou autre, et aussi que la tumeur est absolument irréductible.

Les parties voisines sont saines ; rien du côté du genou ni de la jambe : pas d'hydarthrose, pas d'œdème, pas d'atrophie ni à la vue ni à la mensuration ; pouls de la pédieuse normal.

Signes fonctionnels. — Aujourd'hui, comme au début, la tumeur n'est jamais le siége de douleurs spontanées, mais on peut, par le palper sur sa partie externe, éveiller un sentiment pénible, d'ailleurs sans irradiation. La jambe n'est le siége d'aucun trouble nerveux, d'aucune éruption. La sensibilité, recherchée dans ses diverses modalités, n'offre aucune différence avec le membre droit. Invité à marcher, le malade le fait sans douleur mais avec une certaine difficulté. Le genou se plie à peine, le talon se détache bien du sol, mais la pointe du pied a de la tendance à traîner. Les muscles ont cependant conservé toute leur vigueur apparente et résistent à peu près également aux efforts de l'explorateur des deux côtés.

Consulté à diverses reprises par le malade, M. le professeur Trélat avait porté la diagnostic : pseudo-névrome. Toutefois avant de proposer l'opération, il avait tenté, mais en vain et d'ailleurs sans aucun antécédent spécifique, le traitement mixte. La marche progressive et rapide de l'affection décida à l'intervention chirurgicale, conseillée également par M. le professeur Verneuil qui avait examiné A.. au mois de septembre.

Opération. — Le 17 novembre, le malade étant chloroformé et la bande d'Esmarch ayant été appliquée, on pratique sur la ligne médiane et dans toute la hauteur du creux poplité, une incision de 12 centimètres environ. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose étant coupés, on arrive sur une tumeur grisâtre, lisse, remplissant tout le creux poplité et n'adhérant aux parois que par un tissu cellulaire lâche et facile à rompre. Mais on reconnaît de suite qu'elle fait corps avec le sciatique poplité externe. Bien que fusionné avec la tumeur qui siége plus pronfondément, ce nerf semble encore reconnaissable sous forme d'une sorte de lamelle un peu blanchâtre ; aussi M. Trélat essaie-t-il tout d'abord de le sculpter dans la masse morbide, ce qui a pour résultat de permettre l'énucléation de la tumeur proprement dite. Mais il est facile de constater que le nerf ainsi sculpté est, non moins que le sciatique poplité interne, profondément altéré : les cordons qui les représentent sont énormes ; ils atteignent le volume du pouce, leur consistance est mollasse et comme gélatineuse, leur surface irrégulièrement bosselée. Cette altération remonte plus haut, et elle s'étend au tronc du nerf sciatique.

L'incision étant prolongée en haut jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, le nerf sciatique se montre dans toute cette étendue sous forme d'un boudin légèrement bosselé (bosselures longitudinales et transversales), à reflets blanc-bleuâtres, mesurant de 4 à 5 centimètres de diamètre. Vainement le doigt est-il porté au fond de l'incision et explore-t-il le nerf, l'altération dépasse tout point accessible. Il faut renoncer à atteindre les limites du mal. La résection de toute la portion nerveuse découverte est pratiquée.

Aucune hémorrhagie n'a lieu : seule, l'artère du nerf sciatique doit être liée. Pansement avec l'eau de Pagliari.

Examen de la pièce. Caractères microscopiques. — La masse enlevée se compose de deux parties distinctes : une tumeur a peu près sphérique et un cordon volumineux.

La tumeur proprement dite est celle qu'on sentait dans le creux poplité ; elle a le volume du poing. Légèrement oblique, elle mesure 9 centimètres dans son grand axe et 7 pour ses autres diamètres. Elle est lisse et unie dans toute son étendue, si ce n'est dans le point où elle se fusionnait avec le nerf sciatique poplité externe. La consistance est élastique et légèrement résistante. La coupe ne donne issue à aucun liquide et

(1) La partie clinique de cette observation a été communiquée *in extenso* par M. Trélat, à la Société de chirurgie.

elle présente une teinte légèrement ombrée. Pas de vaisseaux sanguins apparents, pas de foyer de ramollissement ; quelques tractus un peu blanchâtres dessinent de larges aréoles remplies par une matière d'apparence amorphe. Le tout est assez ferme pour ne se laisser ni écraser ni déchirer sous le doigt. Ajoutons qu'elle est enveloppée de toutes parts par une sorte de coque lamelleuse très-mince qu'on peut en séparer facilement et qui semble formée par du tissu cellulaire écarté et tassé.

Quant à la tumeur représentée par les nerfs enlevés, elle mesure, dans toute son étendue, 29 centimètres dont 15 pour le grand nerf sciatique. Etudiant surtout cette dernière partie, il est facile de constater (ce qu'on avait déjà reconnu pendant l'opération) qu'elle n'était reliée que par un tissu cellulaire très-lâche aux parties voisines. La forme générale de cette tumeur est cylindrique, offrant un diamètre de 5 à 6 centimètres suivant les points ; mais en réalité elle offre des bosselures, les unes transversales séparées par des plis plus ou moins profonds, les autres longitudinales sous forme de cordons flexueux, variqueux, du volume d'une plume environ, cordons faisant relief a travers l'enveloppe cellulaire commune. Voyez la figure 1 de la planche. Ce dessin est réduit de moitié. Sa consistance est la même que pour la tumeur du creux poplité, mélange de mollesse et de résistance.

Mais l'aspect le plus remarquable est offert par la section qui a détaché le nerf: huit à dix petits cylindres de 4 à 6mm de diamètre font relief sur un fond amorphe, sorte de gangue qui les entoure et les isole ; ce sont les faisceaux nerveux considérablement augmentés de volume.

Même altération du côté des nerfs sciatiques poplités interne et externe, seulement dans des proportions moins considérables. Ici encore la section n'a pas dépassé les limites du mal.

EXAMEN FAIT PAR M. V. CORNIL.

Examen microscopique des pièces durcies. — La section transversale du nerf sciatique au niveau du creux poplité montre que les faisceaux nerveux sont énormes : ils ont une apparence semi-transparente, surtout à la périphérie de leur section, immédiatement en dedans de la gaîne lamelleuse. Plusieurs de ces faisceaux nerveux ont de 5 à 8 millimètres et le diamètre du nerf est de 5 à 6 centimètres à ce niveau. Les faisceaux sont unis et séparés par un tissu conjonctif lâche, de telle sorte qu'on peut très-bien les isoler les uns des autres et les suivre suivant leur longueur. Cet épaississement des faisceaux se continuait en s'amincissant tout le long du nerf sciatique de bas en haut. Les faisceaux isolés, examinés dans le point où ils sont le plus gros, présentent des bosselures et des plicatures à leur surface : les faisceaux très-hypertrophiés suivant leur longueur aussi bien que suivant leur épaisseur offrent des reliefs analogues aux circonvolutions cérébrales. Examinés suivant leur trajet à une certaine distance du creux poplité, les faisceaux nerveux revenaient à un volume normal ou ne présentaient plus que des renflements isolés en chapelet. Mais le tissu conjonctif qui les séparait les uns des autres ne paraissait pas altéré à l'œil nu : il avait conservé son état fibrillaire, ses lobules adipeux et ses vaisseaux peut-être plus développés qu'à l'état normal. Il formait à la surface des nodosités et des bosselures des faisceaux nerveux, des filaments et tractus blanchâtres qu'on aurait pu prendre au premier abord pour des nerfs étalés, mais ces tractus étaient constitués uniquement par du tissu conjonctif et des vaisseaux, ainsi que l'examen microscopique a permis de s'en assurer.

La grosse tumeur ayant le volume du poing et siégeant dans le creux poplité sur le trajet du nerf poplité interne, était ovoïde et entourée d'une enveloppe fibreuse continue avec la gaîne lamelleuse de ce nerf qui en sortait avec son volume ordinaire On peut considérer cette tumeur comme un nodule du même ordre que les petits renflements observés ci-dessus le long des faisceaux nerveux et qui s'est accru d'une façon considérable, assurément parce qu'il constitue la tumeur la plus ancienne.

Examen microscopique fait à l'état frais. — La grosse tumeur, examinée sur une section à l'état frais, montre un tissu colloïde, semi-transparent, de couleur ambrée, mais cependant assez ferme. On peut en enlever avec le rasoir des lambeaux très-minces qui sont examinés au microscope dans le picro-carmin. On y trouve un réseau de faisceaux et de fibres de tissu conjonctif, qui sont unies les uns aux autres en formant des mailles assez serrées et régulières, (*Fig.* 5, *t*). Les faisceaux sont généralement épais, mais entre eux, il y a des fibrilles minces qui les unissent. Ce tissu conjonctif d'une nouvelle formation forme une charpente solide qui donne une grande résistance à la tumeur, de telle sorte qu'il est impossible de la déchirer avec l'ongle Dans les espaces circonscrits par ces tractus fibreux, il existe un liquide muqueux et des cellules de tissu conjonctif (*Fig.* 5, *c*). Celles-ci sont caractérisées par leur noyau ovoïde et tuméfié et par leur protoplasma grenu disposé autour du noyau et plus ou moins considérable en forme de plaque moulé sur les faisceaux fibreux ou détaché de ces faisceaux par suite du mode de préparation. Il y a en outre des cellules lymphatiques libres dans les mailles du tissu fibreux. Les cellules plates ou un peu tuméfiées du tissu conjonctif sont très-nombreuses et très-remarquables par la grosseur de leur noyau. Il s'agit ainsi, comme on le voit, d'un fibro-myxôme considérable, développé dans la continuité du nerf. Dans ce point et d'après le résultat de notre premier examen, nous n'avons pas trouvé de tubes nerveux au milieu de la tumeur primitive.

L'examen fait a l'état frais des faisceaux nerveux considérablement hypertrophiés du nerf sciatique, nous a donné les résultats suivants. Des fragments du tissu semi-transparent intra-fasciculaire pris avec des ciseaux et étalés avec les aiguilles nous ont montré d'abord des faisceaux de tissu conjonctif, des cellules de ce tissu analogues à ces mêmes éléments de la tumeur principale, mais en outre nous y avons vu des tubes nerveux parfaitement normaux (*Fig.* 7), disséminés au milieu du fibro-myxôme. Ces tubes larges, possédant leur myéline et leur cylindre d'axe parfaitement normaux, montraient toutefois, à leur surface, un grand nombre de cellules appartenant à la gaîne de Schwann (*Fig.* 7, *c*, *c*). Ces tubes nerveux étaient séparés en outre par les fibres et faisceaux fibreux de nouvelle formation précédemment décrits, et par de nombreux vaisseaux.

Pour obtenir de suite des préparations d'ensemble du nerf sciatique, j'en ai fait durcir un tronçon dans l'alcool absolu.

Sections transversales du nerf sciatique durci. Les sections transversales du nerf sciatique, obtenues après durcissement complet, permettent de voir très-bien la répartition des tubes nerveux normaux et du tissu fibreux de nouvelle formation dans les faisceaux nerveux. Nous nous sommes servis, dans cette description, des termes employés par M. Ranvier dans ses recherches sur l'histologie des nerfs. (*Archives de physiologie*, 1871-1872.)

A un grossissement de 20 diamètres, les faisceaux nerveux bien isolés les uns des autres par leur gaîne lamelleuse, sont séparés par le tissu conjonctif interfasciculaire assez abondant, mais qui ne paraît pas notablement modifié. Les faisceaux sont très-inégaux en diamètre ; les uns à peu près normaux ou même tout-à-fait normaux (voyez en *m* et *n*, fig. 4), ont une gaîne lamellaire normale, et du tissu conjonctif intra-fasciculaire et des vaisseaux qui isolent chacun des tubes et des groupes de tubes. Dans d'autres faisceaux, on voit immédiatement en dedans de la gaîne lamellaire une zone de tissu fibreux plus ou moins considérable qui occupe par exemple la moitié ou les deux tiers de la section du faisceau et cette zone ne contient pas de tubes nerveux. Elle est constituée par le tissu fibro-myxomateux de nouvelle formation dont les fibres ont en général la direction de cercles concentriques à la gaîne lamellaire. (Voyez en *b* et *b'*, fig. 3.

Les tubes nerveux sont repoussés au centre de la section du faisceau (*c*, fig. 3), où ils constituent une agglomération de sections transversales de tubes qui est souvent divisée elle-même en groupes secondaires par des bandes plus ou moins épaisses de tissu fibreux qui isolent de petits groupes de ces tubes. C'est ce qui a lieu particulièrement dans les gros faisceaux nerveux, représentés dans la figure 2 et dans la figure 4.

Sur certaines sections de faisceaux, on remarque que les tubes nerveux, au lieu d'être au centre du faisceau sont plus rapprochés d'un point périphérique, de telle sorte que la néo-

formation du tissu fibreux au lieu d'être régulièrement disposée à l'intérieur de la gaîne lamelleuse, s'est développée surtout dans un point périphérique. Cette disposition a pour effet de déterminer une bosselure, une nodosité saillante formée par la néoformation à la surface d'un faisceau.

Sur d'autres sections de faisceaux, les tubes nerveux séparés se montrent en trois, quatre ou un plus grand nombre de groupes qui sont complétement séparés par du tissu nouveau très-abondant, formant des bandes d'une grande épaisseur. Tels sont les groupes de tubes nerveux *b' b'*, et les bandes de tissu fibreux *f* de la figure 2. Ces groupes de tubes nerveux vus sur une section transversale ont quelquefois une forme ovoïde ou allongée comme s'ils avaient été aplatis par compression ; mais le plus ordinairement, ils ont la forme circulaire. C'est ce qui arrive toujours lorsque les tubes nerveux sont tous séparés les uns des autres par du tissu nouveau et que le groupe qu'ils forment siége au milieu d'une grande masse de tissu fibreux.

Avec un faible grossissement (20 diamètres), on voit très-bien de gros vaisseaux sanguins dans tout le tissu intra-fasciculaire de nouvelle formation. Les plus gros vaisseaux apparaissent suivant des sections transversales, ce qui montre qu'ils ont une direction longitudinale suivant la longueur du faisceau, tandis que les vaisseaux transversaux sont généralement plus petits.

Nous avons examiné ces préparations transversales avec toute la série des grossissements jusqu'à 400 diamètres, et voici les résultats obtenus par l'étude des différentes parties :

Le tissu conjonctif périphérique aux faisceaux (névrilemme, tissu conjonctif périfasciculaire), montre la section de faisceaux volumineux de tissu conjonctif, faisceaux qui sont le plus ordinairement coupés en travers dans la section transversale du nerf. Après la coloration au carmin, et l'action de la glycérine acidifiée, ces faisceaux un peu gonflés, devenus homogènes, de couleur rosée, sont séparés les uns des autres par des fentes étroites et des espaces angulaires où l'on voit des cellules plates de tissu conjonctif munies de noyaux aplatis. J'insiste sur ce point parce que l'état normal de ces cellules et des faisceaux fibreux montre qu'il n'y a pas là de tuméfaction, ni de prolifération des noyaux. Les vésicules adipeuses et les lobules de graisse qui existent dans ce tissu ne montrent pas non plus les modifications des cellules adipeuses qu'on observe toujours dans l'inflammation. Toutefois les vaisseaux sanguins qui passent au milieu de ce tissu sont très-gros et leurs parois sont à l'état embryonnaire, ce qui s'explique surtout par la formation nouvelle de vaisseaux et de tissu fibreux qu'on observe dans l'intérieur des faisceaux.

La gaîne lamellaire entoure partout et limite très-exactement les faisceaux nerveux. Les couches de lamelles périphériques de la gaîne lamellaire sont très-rapprochées les unes des autres et ne sont séparées que par des cellules plates munies de noyaux également aplatis. Cependant, même dans ces couches les plus externes, on peut voir des cellules plates un peu tuméfiées et présentant des noyaux ovoïdes et également gonfles et granuleux. Entre les lamelles plus internes de cette gaîne, il y a en outre quelques cellules rondes ; ces éléments, les cellules tuméfiées du tissu conjonctif et un liquide dissocient les lamelles les unes des autres. Cette dissociation des lamelles élastiques de la gaîne est facile à voir, même avec un très-faible grossissement. On voit, en effet, en un point donné de la circonférence interne de la gaîne un faisceau de lamelles parallèles se détacher à angle très-aigu des plus externes, s'éloigner d'elles peu à peu et se diviser elles-mêmes en s'écartant et en se fondant dans le tissu conjonctif de nouvelle formation situé dans le faisceau, en dedans de la gaîne lamellaire. Comme les lamelles élastiques de la gaîne sont faciles à reconnaître par leur coloration au carmin, on peut les suivre dans cette dissociation et en voir s'écarter et se perdre dans le tissu conjonctif nouveau. Avec un fort grossissement on observe, à la partie interne de la gaîne lamellaire, les lames les minces qui la composent (*a*, fig. 6), séparées les unes des autres par des cellules tuméfiées (*c*. fig. 6), possédant un noyau ovoïde et par des cellules rondes de la forme et du volume des cellules lymphatiques. On peut voir en certains points, et notamment sur de petits faisceaux où l'altération est à son début, des fibrilles de tissu conjonctif réunir deux lames séparées ainsi, de telle sorte qu'entre elles il se développe un nouveau réseau de tissu conjonctif parcouru par des capillaires sanguins (*v*. fig. 6).

La zone de tissu fibro-myxomateux nouveau, interposée entre les lames de la gaîne lamelleuse à sa partie interne et qui s'étend jusqu'à la partie centrale du faisceau autour des tubes nerveux conservés, présente partout la même structure. Ce sont des fibres et des lames de tissu conjonctif dont la direction, vue sur des coupes transversales, est parallèle et concentrique à la gaîne lamelleuse. Assez rapprochées les unes des autres, ces fibres épaisses et ces lames sont réunies par des fibres qui forment avec elles des espaces losangiques allongés plus ou moins réguliers. Dans ces espaces et à la surface des faisceaux existent des cellules de tissu conjonctif dont les noyaux sont tuméfiés. Les vaisseaux capillaires très-nombreux de cette zone fibreuse ont la même direction que les fibres et montrent de longues branches minces parallèles à la direction de la gaîne et réunies par de courtes anastomoses. Les parois de ces capillaires ne diffèrent pas de ce qu'elles sont à l'état normal. Les cellules et les noyaux de ces cellules sont très-visibles mais ne sont pas notablement tuméfiés.

Au milieu du faisceau nerveux coupé en travers, on trouve, ainsi que nous l'avons déjà dit, une ou plusieurs zones circulaires contenant des tubes nerveux. Ceux-ci examinés à un fort grossissement possèdent tous leur cylindre-axe coloré par le carmin et leur gaîne médullaire. La plupart de ces tubes appartiennent aux tubes larges et ils sont tous normaux. Ils siégent au milieu de fibrilles et de réseaux de tissu conjonctif possédant des cellules de ce tissu : ils sont ainsi plus ou moins séparés les uns des autres. De plus, il y a toujours, dans un de ces groupes de tubes, des bandes plus épaisses de tissu fibreux vascularisé qui les dissocient.

Au voisinage des tubes nerveux, les fibres du tissu fibro-myxomateux, au lieu d'être parallèles les unes aux autres dans leur direction générale, forment souvent un réseau dont les mailles sont à peu près égales dans tous les sens. Les faisceaux de fibres flexueux, anastomosés les uns avec les autres, forment des mailles irrégulières et présentent à leur surface ou dans le liquide contenu entre eux, des cellules rondes ou des cellules de tissu conjonctif un peu tuméfiées (voyez fig. 5). Cet état aréolaire du tissu conjonctif existe souvent au centre des faisceaux, au milieu d'un groupe de tubes nerveux, en sorte que, d'après l'inspection seule des coupes transversales, on aurait pu croire que les cavités du réticulum représentaient les loges de tubes nerveux altérés dont il ne restait plus vestige. Cette hypothèse ne pouvait tenir devant l'examen des coupes longitudinales des mêmes parties.

Coupes longitudinales. — Les sections faites suivant la longueur des faisceaux montraient en effet, dans les mêmes points, un réseau ayant absolument la même configuration. S'il s'était agi simplement du tissu conjonctif périphérique aux tubes nerveux, on aurait eu, sur des sections longitudinales, des mailles ayant une forme allongée.

Sur ces sections, les tubes nerveux ne se présentaient pas régulièrement longitudinaux ; ils étaient infléchis suivant les sinuosités et les inflexions du faisceau tout entier ; dans ces inflexions les tubes restaient parallèles entre eux et avec la paroi du faisceau nerveux. Les fibres et lamelles du tissu nouveau voisin de la gaîne lamellaire se présentaient suivant des lignes et des sections de membrane longitudinales parallèles à la section de la gaîne lamellaire plus ou moins dissociée suivant les points (1).

Réflexions. — Nous avons décrit longuement les caractères histologiques de ce cas remarquable de tumeur du nerf sciatique parce que nous ne connaissons pas de fait analogue où l'on ait observé pareille disposition du tissu de nouvelle formation. Nous relèverons, en les résumant, les principales données anatomiques et physiologiques qui en découlent.

Il s'agit ici d'un fibro-myxôme dans lequel l'élément fibreux domine et constitue une charpente d'une grande solidité. Ce tissu nouveau existe uniquement dans les faisceaux nerveux,

c'est-à-dire à l'intérieur de la gaine lamellaire. Les lames internes de cette gaine sont elles-mêmes dissociées et le tissu morbide s'interpose entre elles. Le tissu nouveau forme une zone épaisse en dedans de la gaine lamellaire et repousse au centre du faisceau les tubes nerveux qui sont eux-mêmes dissociés en deux, trois ou quatre groupes longitudinaux. Chacun des tubes est, dans ces groupes secondaires, entouré d'une production nouvelle de fibrilles de tissu conjonctif. La gaine de Schwann présente, elle aussi, une multiplication de ses éléments cellulaires. Et cependant la substance médullaire, et le cylindre-axe des tubes nerveux sont conservés intacts.

La plupart des faisceaux du nerf sciatique subissent une altération analogue qui remonte très-haut le long du nerf et la lésion est toujours bornée à l'intérieur des faisceaux. En un mot c'est le tissu conjonctif intra-fasciculaire qui est développé d'une façon pathologique et qui constitue la néoformation.

Il ne s'agit point ici des fibro-myxomes, donnés comme types des pseudo-névromes et dans lesquels le névrilème serait le point de départ de la tumeur, de telle sorte que les faisceaux nerveux dissociés seraient aplatis et comprimés autour de la tumeur. On ne trouve ici rien d'analogue à cette description classique. Nous ne voudrions pas dire que cette description donnée par les auteurs est inexacte. Nous n'avons qu'un fait par devers nous et nous ne pouvons rien généraliser. Mais nous ferons cependant remarquer que la gaîne lamellaire des faisceaux nerveux possède une résistance et une épaisseur telles qu'elle doit s'opposer à cet étalement et à cette dissociation du faisceau nerveux par une tumeur qui se serait développée dans le tissu conjonctif interfasciculaire. Quoiqu'il en soit, nous recommandons tout spécialement aux anatomo-pathologistes l'étude des névromes fibreux, qu'ils auront l'occasion d'observer. Dans leur examen, ils devront déterminer bien exactement quel est le siége de la néoformation, si le néoplasme a pris son point de départ dans le tissu conjonctif inter ou intra-fasciculaire; quel est le rapport des tubes nerveux avec le tissu nouveau; dans quel état se trouvent les gaînes lamellaires et les faisceaux de tubes nerveux.

Au point de vue de la physiologie pathologique des nerfs, il est très-remarquable de constater une intégrité aussi parfaite de tubes nerveux lorsque leurs enveloppes et le tissu intra-fasciculaire qui les entoure sont dans un tel état d'hyperplasie. Cette intégrité coïncidait naturellement avec la conservation complète de la sensibilité et de la motilité.

19. Ramollissement cortical, siégeant à l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando. — Contracture, puis paralysie flaccide des membres du côté opposé; par A. Pitres, interne.

Br... Amédée, âgé de 66 ans, a été transporté le 6 novembre 1875 (service de M. Lépine) à l'hôpital Beaujon, pour une hémiplégie gauche datant de 3 jours. Les membres du côté paralysé étaient fortement contracturés, — pas de paralysie de la langue, — paralysie douteuse de la face. — Le 9 novembre, la contracture se dissipa et les membres du côté gauche devinrent inertes et flaccides. — Mort le 12.

A l'autopsie, on trouva sur l'hémisphère cérébral droit, un foyer de ramollissement cortical, large de 1 centimètre 1/2, long de 5 centimètres, intéressant le pied de la 1re circonvolution frontale, le 1/4 supérieur de la circonvolution frontale ascendante, le 1/5 supérieur de la circonvolution pariétale ascendante et le pied du lobule du pli pariétal. — La couche optique et le corps strié étaient parfaitement sains (1).

20. Kyste composé de l'ovaire gauche. — Ovariotomie. — État des parties trois ans après l'opération;
Par E. Barié, interne des hôpitaux.

La nommée Less, Adèle, âgée de 30 ans, mourait de phthisie pulmonaire le 15 novembre après 7 mois de séjour, à l'hôpital de la Pitié (service de M. Desnos). La malade qui, trois ans auparavant, avait été opérée par M. Péan, pour un kyste de l'ovaire gauche, avait conservé une large fistule abdominale par laquelle s'écoulait sans cesse une grande quantité de pus, devenu très-fétide dans les derniers temps. Vers le 25 octobre, c'est-à-dire trois semaines environ avant sa mort, la malade très-cachectique, nous fit remarquer qu'elle n'urinait plus : une sonde introduite dans la vessie, ne ramena pas une seule goutte d'urine. Mais, en même temps nous remarquions que la chemise, les draps ainsi que les linges à pansement de la malade étaient sans cesse mouillés et exhalaient une forte odeur urineuse; nous pensâmes alors que les parties de la tumeur (le pédicule probablement qui continuait à suppurer par la fistule abdominale, étaient le siége d'un abcès, lequel s'était ouvert dans la vessie, et que l'urine mélangée au pus devait s'écouler par l'ouverture de l'abdomen. Quelques jours après, la malade dont nous avions appelé l'attention sur ce point, confirmait notre hypothèse, et déclarait que son urine s'échappait sans cesse en bavant par la plaie de l'abdomen.

Autopsie. L'*utérus* est normal, mais très-devié du côté droit. L'*ovaire* et la *trompe* du même côté sont sains. A la place de l'*ovaire gauche*, nous trouvons une coque sphérique, incomplète, très-épaisse du volume d'une tête de fœtus à terme. La face interne de cette coque est garnie par une sorte de champignon de matière noirâtre et ramollie, lequel s'étendant en avant, a détruit peu à peu par un travail ulcératif, la paroi postérieure de la vessie dans presque toute son étendue; puis pénétrant dans l'intérieur de la cavité vésicale, il a perforé une partie de la paroi antérieure et s'est avancé jusqu'à la paroi abdominale extérieure, dont il a élargi la fistule. Ainsi les débris de la poche kystique, représentée par cette coque incomplète et la vessie, formaient une seule cavité, ouverte en avant par la fistule de l'abdomen. Cette cavité est remplie au trois quarts par cette masse ramollie et informe dont nous avons parlé. Une sonde introduite dans l'urèthre, vient se perdre au milieu de ce putrilage. On comprend donc que l'orifice interne de l'urèthre obstrué peu à peu, ait été complétement oblitéré au bout d'un certain temps, et que l'urine se soit écoulée par la fistule abdominale. Quant au pus fétide qui s'échappait avec elle, il provenait du ramollissement et de la fonte du magma renfermé dans la cavité vésico-kystique. L'état des parties n'a pas permis d'en faire l'examen microscopique. — Tout ce qu'on peut dire, c'est que la tumeur appartenait à la série des *kystes mixtes* ou *composés*; la partie liquide ayant été enlevée par la ponction lors de l'opération, la masse solide, au contraire, de nature indéterminée, était restée avec les débris de la poche kystique, adhérente à l'utérus et à ses annexes.

21. Lymphadénie sans leucémie. — Hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques; tumeurs lymphoïdes du foie, de la rate, des reins, du cœur, de la peau, etc., etc.
Par E. Barié, interne des hôpitaux.

Le nommé D... Emile, fleuriste, 34 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, (service de M. le Dr Desnos), le 4 septembre 1875. — Jusqu'ici le malade a joui d'une santé excellente : il a passé 7 ans au service militaire sans quitter jamais la France ; pas de fièvres intermittentes, pas d'affections vénériennes autres que des bubons suppurés, consécutifs à deux chancres simples, contractés à deux ans d'intervalle. Aucun antécédent morbide héréditaire.

Il y a neuf mois, le malade ressentit pour la première fois, sans qu'il puisse les rapporter à aucune cause, des douleurs très-vives dans la région lombaire pour lesquelles un médecin prescrivit, sans succès, des bains de vapeur et des purgations. Ces douleurs devinrent presque permanentes ; elles n'empêchaient point cependant le malade de se livrer à son travail. Dans les premiers jours du mois d'août, elles augmentèrent d'intensité, le malade s'apercevait en outre qu'il perdait peu à peu ses forces, l'appétit diminuait, et il éprouvait un malaise général. Quelques jours plus tard, il constatait la présence d'une grosse glande dans l'aine droite; il vint à la Pitié consulter M. Lasègue, qui attribua cette adénite à un léger eczéma du gland. Une semaine environ plus tard, le malade constatait l'apparition de plusieurs grosses glandes sur la partie latérale droite du cou, pour lesquelles un médecin prescrivit 3 grammes d'iodure de potassium à l'intérieur par jour. — Cependant l'état général devenait plus mauvais ; le malade perdait l'appétit, après le repas il était pris souvent de vomissements, et avait quelquefois un peu de diarrhée.

(1) L'observation sera publiée *in extenso* dans les bulletins de la *Soc. de Biologie*.

Plus tard, il fut atteint de coryza, d'angine, de larmoiements; il constatait en même temps une éruption rubéolique sur les quatre membres ; il s'agissait là évidemment d'accidents causés par l'usage immodéré de l'iodure de potassium. Enfin, à ces troubles morbides, vint s'ajouter bientôt un ictère pour lequel le malade est entré dans nos salles.

Outre les signes d'un ictère assez intense, ce qui nous frappe surtout chez ce malade, c'est un état cachectique très-accusé : amaigrissement, perte des forces coïncidant avec une grande prostration morale. L'appétit a complétement disparu, vomissements bilieux, constipation. Ces quelques symptômes font penser qu'il s'agit probablement d'un embarras gastrique consécutif à la médication iodique, et ayant donné lieu à un ictère catarrhal par propagation. Le *cœur* et les *poumons* ne présentent rien d'anormal. Mais d'un autre côté, la cachexie du malade, la persistance de l'ictère, et surtout la présence de nombreuses tumeurs ganglionnaires, dénotent un trouble pathologique beaucoup plus profond.

Presque toutes les régions riches en ganglions lymphatiques présentent une série de nodosités volumineuses :

Aine droite. — Tuméfaction énorme des ganglions inguinaux transversaux : ils forment une masse aussi volumineuse qu'un œuf de poule, lisse, sans bosselures, sans aucune adhérence à la peau qui glisse aisément sur elle. Les ganglions sont d'ailleurs indolents et le tégument qui les recouvre a conservé sa coloration normale.

La partie latérale droite du cou est le siége d'une tumeur énorme, s'étendant dans toute la largeur du triangle susclaviculaire, du bord supérieur de la clavicule jusqu'à l'apophyse mastoïde, et l'angle de la mâchoire. Cette tumeur fait une énorme saillie sous la peau ; elle est immobile, un peu mamelonnée et très-dure ; son volume est celui du poing d'un adulte, elle est indolore, mais oblige le malade à fléchir la tête du côté opposé. — Le tégument de la région est normal, et glisse facilement sur la tumeur. — On trouve dans l'*aisselle droite* deux gros ganglions du volume d'un marron.

Deux jours après l'entrée du malade, apparaissent dans l'*aisselle gauche* des ganglions formant une masse de la grosseur d'un œuf de pigeon, suivis bientôt par la naissance d'une tumeur ganglionnaire dans le triangle *sous-claviculaire gauche* moins volumineux que celle du côté droit. Enfin dans l'*aîne gauche* nous constations la présence de quelques nodosités. — C'est pourquoi, s'appuyant sur cette hypertrophie ganglionnaire presque généralisée, et sur l'état profondément cachectique du malade, M. Desnos porte le diagnostic LYMPHADÉNIE. Quant à l'ictère, on devait vraisemblablement l'attribuer à la compression des vaisseaux biliaires par des néoplasies lymphatiques, au voisinage du hile du foie, ou par des lymphadénômes dans l'intérieur même du parenchyme.

Le *foie*, en effet, est augmenté de volume ; la percussion permet de lui assigner un diamètre vertical de 0,18 centimètres. La pression est légèrement douloureuse dans toute la région hépatique ; la portion de l'organe accessible à la palpation, montre qu'il est lisse et uni. La *rate* est également hypertrophiée, elle mesure 0,11 centimètres sur le diamètre vertical.

Quelques jours plus tard, vers le 20 septembre, on constatait l'apparition de deux gros noyaux ganglionnaires, situés de chaque côté, symétriquement, à trois travers de doigt en dehors du sternum, dans le deuxième et troisième espace intercostal. Nous trouvions également, au-dessous et en dehors du mamelon gauche, une tumeur grosse comme une bille, mobile et se déplaçant sous la peau.

Pendant ce temps, l'état général s'aggravait de plus en plus: insomnie, vomissements fréquents, constipation, ictère très-intense ; les urines sont chargées de pigment biliaire; elles ne contiennent ni albumine ni sucre. Les organes thoraciques ne présentent rien d'anormal. — Iodure de potassium 0,50 centigrammes ; — pommade iodurée sur les tumeurs du cou.

20 *septembre.* — Douleurs lombaires extrêmement vives : application de ventouses sèches. — L'*examen du sang* au microscope, et la numération des globules démontrent que les globules blancs ne sont pas sensiblement augmentés.

Depuis quelques jours, le malade se plaint de vives douleurs dans la *cuisse droite*, siégeant surtout vers la moitié de sa face externe : en explorant avec soin toute la région, nous trouvons une tumeur de près de 0,08 centimètres de long, immobile et parfaitement limitée ; elle semble située au milieu des masses musculaires, probablement dans le vaste externe du triceps, ou plutôt dans l'épaisseur du tenseur du fascia-lata. — La peau qui la recouvre n'a contracté avec elle aucune adhérence. Quelques jours plus tard, il se formait une tumeur analogue à la face externe de la *cuisse gauche*.

Octobre. — Amaigrissement considérable, constipation opiniâtre : calomel, 0,30. — Douleurs très-aiguës dans tout le membre inférieur droit ; depuis le pli fessier jusqu'aux orteils, suivant le trajet du sciatique et de ses branches. Vésicatoire. — Nous constatons également un peu d'œdème au pied et à la jambe droite. — Injections hypodermiques.

20. — Au niveau de l'une des piqûres de l'aiguille, il se forme une petite tumeur à la cuisse droite. — Nous trouvons également à la face interne de la cuisse gauche, un petit noyau, gros comme une lentille, situé dans l'épaisseur même des couches profondes de la peau. Celle-ci est, à ce niveau, un peu bleuâtre. — Apparition de plusieurs ganglions dans la région sous-maxillaire.

Le malade s'affaiblit de plus en plus. Douleurs lombaires. Insomnie très-difficilement combattue par le chloral et le bromure de potassium. — L'œdème a considérablement augmenté, il occupe les deux membres inférieurs, surtout le droit et a gagné le scrotum. Tympanite considérable mais pas d'ascite. Constipation opiniâtre. Le malade a de la dyspnée : l'examen de la poitrine ne dénote aucun signe morbide.

5 *novembre.* — Cachexie extrême, maigreur de la face contrastant avec l'enflure considérable des membres inférieurs, du scrotum et de la paroi abdominale. Énorme ballonnement du ventre, mais pas de trace d'ascite. Veines bleuâtres dessinées sur la paroi abdominale antérieure. Pas d'œdème de la face. Les tumeurs de la partie latérale droite du cou ont augmenté de volume, elles forment une masse grosse comme les deux poings ; la peau qui les recouvre est devenue légèrement violacée. L'ictère a disparu, ou n'est plus visible, car le tégument, sauf dans les régions infiltrées, a pris une teinte plombée. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre. Les organes des sens sont intacts; pas de troubles de la vision ni de l'intelligence. On fait à plusieurs reprises quelques piqûres dans les membres infiltrés avec une fine aiguille.

16 *nov.* — Dyspnée. — Le malade a de la fièvre le soir : 38°6. On perçoit en arrière pour la première fois, au niveau de la naissance des grosses bronches, un souffle doux à gauche. — Sensibilité au niveau de la région du foie.

18 *novembre.* — Le malade, tombé dans la cachexie la plus profonde, est plongé dans un assoupissement comateux depuis hier soir. Il ne parle plus, les paupières sont à demi-closes, et on perçoit quelques râles trachéaux. — Mort à 10 heures du matin.

AUTOPSIE. — Pratiquée le 19 novembre à 10 heures.

Thorax. — A l'ouverture du thorax, on trouve un léger épanchement pleurétique dans la plèvre droite.

Poumons. — Aucune altération. — *Corps thyroïde.* — Normal

Ganglions trachéo-bronchiques. — Ne sont pas sensiblement augmentés de volume ; toutefois, on trouve deux gros ganglions du volume d'une très-grosse noisette, immédiatement appliqués sur la face antérieure de la bronche gauche, tout-à-fait à sa naissance. Elle a conservé son volume normal et ne paraît pas comprimée.

Cœur. — Volume normal, pas d'altérations des valvules, ni de la fibre musculaire ; mais on trouve sur son bord gauche, près de la pointe, un petit ganglion sphérique dur et blanc, de la grosseur d'une lentille, et situé sous le feuillet viscéral du péricarde. De même, on voit trois ou quatre ganglions plus petits, à la face postérieure du cœur, près du sillon auriculo-ventriculaire droit; signalons enfin un dernier ganglion, beaucoup plus volumineux que les précédents, situé dans l'épaisseur même de la paroi postérieure de l'oreillette droite, faisant une légère saillie dans sa cavité, où il est simplement revêtu par l'endocarde. On voit aussi, au niveau du sillon interventriculaire, de petits réseaux blanchâtres très-déliés, accolés aux vaisseaux coronaires. Ces réseaux blancs, qui sont

des lymphatiques, peuvent être suivis jusqu'à la pointe du cœur.

Diaphragme. — On trouve quelques traînées blanchâtres sur la face convexe du diaphragme, surtout au niveau des culs-de-sac pleuraux ; mais ces traînées sont beaucoup plus nombreuses sur la face concave, où elles forment un très-riche réseau, près du centre phrénique. Ces traînées sont accompagnées, en certains endroits, par de petits noyaux grisâtres.

Abdomen. — A l'ouverture toute la masse intestinale est voilée par le *grand épiploon* qui descend jusque dans le bassin ; il a une épaisseur considérable (0,03 centimètres en certains endroits) ; ses mailles sont infiltrées d'une myriade de petites tumeurs ganglionnaires dont quelques-unes atteignent le volume d'un haricot.

Foie. — Volumineux — poids 1,800 grammes. — Teinte brune ardoisée. Ses deux faces sont parsemées de petits points blancs ; quelques-uns sont constitués par des tumeurs grosses comme une lentille, se prolongeant jusqu'à 0,003 millimètres dans l'épaisseur de l'organe. Des coupes minces transversales permettent de voir d'autres tumeurs semblables dans la masse même du parenchyme : elles sont d'ailleurs moins nombreuses qu'à la périphérie.

L'*épiploon gastro-hépatique* et les vaisseaux sanguins et biliaires qui forment le hile du foie sont perdus au milieu d'une masse énorme, irrégulière qui n'a pas moins de volume que la tête d'un fœtus à terme, et très-adhérente au foie. Elle est formée d'un tissu grisâtre, dur, ayant un peu l'aspect de l'encéphaloïde. Cette tumeur dont la disposition nous donne l'explication de l'ictère observé pendant la vie, se prolonge en arrière de l'estomac, et va se joindre à une autre masse, plus volumineuse encore, couchée le long du rachis et sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Rate. — Enorme : poids 440 grammes. Elle mesure : 0,15 centimètres sur son diamètre vertical, 0,11 centimètres sur son diamètre transversal.

Son tissu est rouge, légèrement ramolli et parsemé d'un grand nombre de tumeurs blanchâtres, dont la plupart atteignent le volume d'une lentille. L'une d'elles est considérable et a la largeur d'une *pièce de deux francs*. Une coupe verticale, pratiquée dans la masse de l'organe, montre qu'elle renferme également un grand nombre de petites tumeurs analogues. Celles de la périphérie pénètrent 0,001 à 0,006 millimètres dans l'épaisseur du tissu splénique. — *Capsules surrénales* intactes.

Reins. — Le rein gauche est normal, on y trouve seulement deux petits noyaux gris analogues à ceux trouvés dans le foie, au niveau du sommet d'une pyramide de Malpighi.

Le *rein droit* est complétement désorganisé ; il forme une masse irrégulière, composée d'un tissu dense, grisâtre, présentant en certains points des îlots ramollis et jaunâtres. En certains points, on peut même distinguer quelques îlots intacts de la substance corticale.

Pancréas. — Normal. — L'*estomac* n'est point altéré ; la muqueuse, à l'œil nu, ne présente aucune altération.

Mésentère. — Epaissi, vascularisé, farci de petites tumeurs granuleuses ; les *ganglions mésentériques* sont énormes ; deux sont gros comme une petite orange, leur tissu est blanc mat, quelques-uns présentent, à leur centre, de petits îlots jaunes.

Intestins. — Très-vascularisés. Ils ne présentent aucune altération à l'œil nu, aussi bien sur la séreuse que sur la muqueuse.

Péritoine. — Le *feuillet viscéral* présente de petits exsudats purulents, au niveau de quelques anses accolées de l'intestin grêle. — Le feuillet pariétal offre en certains points quelques traînées lymphatiques analogues à celles qu'on trouve sur la face concave du diaphragme.

En rejetant de côté toute la masse intestinale, après avoir détaché les organes abdominaux, nous trouvons une *énorme tumeur,* bosselée, inégale et très-dure, *plus grosse que la tête d'un adulte*, occupant la partie médiane et les parties latérales de la colonne dorso-lombaire. Elle commence vers la 11e dorsale et va se continuer en haut, en arrière de l'estomac, avec la tumeur qui occupe le hile du foie. En bas, elle descend jusque dans le bassin où elle se continue avec les ganglions pelviens. Cette énorme masse est entièrement liée au rachis sur lequel elle est pour ainsi dire greffée ; mais en la disséquant avec soin, on peut la détacher du corps des vertèbres qui semble absolument intact. Elle n'a point d'autre structure que celle que nous avons décrite dans les tumeurs ganglionnaires. — Il est important de remarquer que par sa situation, elle comprime complétement le plexus lombaire, la veine cave inférieure, l'aorte, une partie du plexus sacré et le rectum ; ainsi s'expliquent aisément les douleurs si vives dans la région lombaire, et dans les membres inférieurs, ainsi que la constipation et l'œdème observés pendant la vie du malade. Notons ce point : l'aorte abdominale est comme englobée dans la tumeur, à travers laquelle elle semble s'être creusé un canal. Son calibre n'est pas inférieur à l'état normal.

Système ganglionnaire. — Outre les altérations des ganglions *trachéo-bronchiques* et *mésentériques*, que nous avons décrits, l'ensemble du système lymphatique ganglionnaire présente une hypertrophie généralisée.

La *face latérale droite* du cou est occupée par une énorme tumeur grosse comme les deux poings, faisant saillie sous la peau, formée par les ganglions de la région, considérablement hypertrophiés, et réunis entre eux par une gangue très-dure, en sorte que le tout forme une large plaque située sur la face externe du sterno-mastoïdien et allant par un gros pédicule qui contourne le bord postérieur du muscle se continuer avec d'autres masses ganglionnaires profondes, situées sous les couches musculaires et pénétrant en arrière jusque sous le muscle trapèze. Néanmoins, la trachée, le larynx, la carotide, la jugulaire interne et le pneumo-gastrique ne sont pas comprimés. — A la coupe, cette tumeur est d'une coloration blanc-grisâtre, elle a l'aspect d'un encéphaloïde, donne au raclage, un suc très-peu abondant ; en outre, on trouve quelques îlots moins denses et d'une coloration jaune-clair au milieu de la masse.

Dans l'épaisseur du muscle *grand pectoral droit*, ainsi que dans l'*aisselle* du même côté, on trouve des ganglions hypertrophiés, ayant la même structure que ceux de la région cervicale. Enfin, dans le pli de l'aîne du même côté, nous trouvons une grosse masse mamelonnée occupant la place des ganglions transversaux. — Du *côté gauche,* nous trouvons également des ganglions hypertrophiés, dans les mêmes régions qu'à droite, mais leur nombre est beaucoup plus restreint.

En faisant une incision sur la *face externe* de la *cuisse droite*, vers la partie moyenne, nous trouvons dans le tenseur du fascia lata et dans l'épaisseur du vaste externe du triceps, une masse isolée, tout-à-fait analogue comme structure aux tumeurs des ganglions ; elle mesure 0,07 centimètres de large et 0,12 de long ; à son centre, on trouve un grand nombre de plaques jaunes ramollies. Elle n'a point d'enveloppe, et les fibres musculaires l'entourent de toutes parts comme dans une sorte de coque. — Enfin, pour être complet, signalons sous la peau de la paroi thoracique et de la cuisse gauche, quatre à cinq petites tumeurs adhérentes au tégument qui, en ces points, présente une légère teinte violacée. — *Encéphale.* — Aucune trace de lésion.

Les pièces ont été conservées dans la liqueur de Müller et dans l'acide picrique ; une note histologique sera remise ultérieurement.

Réflexions. — Sans vouloir insister davantage sur ce fait, nous ferons remarquer que les détails de l'autopsie sont venus confirmer de tous points le diagnostic lymphadénie ; or, ce n'était point sans difficultés, surtout au début de la maladie, qu'on pouvait poser ce diagnostic. D'autres affections pouvaient être considérées comme la cause de cet ensemble pathologique ; telles étaient, par exemple : l'intoxication paludéenne, la tuberculose, la syphilis, la scrofule et le cancer, affections qui engendrent surtout la cachexie.

a. L'absence d'accès fébriles intermittents, l'habitation dans des pays salubres, pouvaient écarter le diagnostic cachexie palustre.

b. D'autre part, l'intégrité du système respiratoire, l'absence de toux, de crachements de sang et de tout antécédent

[illegible] que l'état dur persistant des ganglions [illegible] tuberculose pulmo- [illegible]

[illegible] de même éliminée ; jamais le [illegible] eu de coryza, ni de conjonctivites [illegible] ni [illegible] osseuses ; d'ailleurs les [illegible] ont une grande tendance à la suppuration, et [illegible] les engorgements ganglionnaires ont [illegible] un état de dureté remarquable.

[illegible] De [illegible] ne pouvions admettre la syphilis, à cause [illegible] ce sujet.

[illegible] l'absence d'hémorrhagies, de douleurs [illegible], de [illegible] le caractère des tumeurs [illegible] qui n'étaient ni [illegible] ni adhérentes [illegible], devaient le faire rejeter ; de plus, l'examen [illegible] globules sanguins, venaient confirmer [illegible] ; dans le cas présent, le nombre des globules rouges était normal, et celui des globules blancs à peine modifié ; or on sait que M. Malassez (1) a noté une diminution considérable des hématies dans le sang des cancéreux.

Il s'agit donc d'une lymphadénie sans leucémie, puisque le nombre des globules blancs est resté normal. — [illegible] d'abord [illegible] observés, [illegible] plus fréquents. [illegible], c'est à Hodgkin [illegible] qu'on en doit les premières observations. — Plus tard, [illegible] les faits de [illegible] par Trousseau, qui avait donné le nom d'adénie [illegible] comme. En Angleterre Pavy, en [illegible], publièrent de nouveaux faits. En Allemagne, [illegible] et surtout Wunderlich [illegible] der Heilkunde [illegible] que ce dernier [illegible] — En [illegible] publiait un cas [illegible] remarquable, [illegible] de M. [illegible] (2). Enfin, on trouvera dans la [illegible] de M. [illegible] (3), des détails intéressants sur [illegible]. De tous ces faits, il résulte aujourd'hui que la [illegible] n'est plus [illegible], ce n'est plus qu'un symptôme accessoire, [illegible] ; il convient donc de détacher de son histoire, tous les [illegible] venons de citer, et de les classer avec les faits que Jaccoud (4) décrit sous le nom de *[illegible]*.

[illegible] DE CHIRURGIE

Séance du 22 [illegible] — [illegible] de M. [illegible]

M. [illegible] jeune homme de [illegible] [illegible] suivante quelques jours après l'accident. L'[illegible] pendant la [illegible] le mouvement [illegible] [illegible]. La [illegible] [illegible] [illegible] jusqu'aux deux tiers de son poids.

M. V[illegible] a [illegible] depuis longtemps les mêmes faits.

On trouve dans les [illegible] une observation de M. [illegible] presque totale du [illegible] [illegible]. Quoi qu'il en [illegible] dans ces cas-là [illegible] l'[illegible] d'en faire [illegible] M. [illegible], qui [illegible] difficilement, à la [illegible] trois jours d'électrisation, la marche était [illegible]

M. T[illegible] [illegible] sur la torsion des artères. Cette opération [illegible] était complétement tombée dans l'oubli, lorsque Amussat l'imagina, pour [illegible] en 1827. Elle [illegible] [illegible] chirurgie [illegible] d'une [illegible] en Angleterre. M. T[illegible], depuis 18[illegible], pratique [illegible] opérations (1). Il [illegible] jamais il n'a vu [illegible] primitive ou consécutive. [illegible] tumeur ; [illegible] des artères [illegible] et dont l'application [illegible]

La torsion des artères peut : 1° [illegible] être [illegible] ; 2° [illegible] être médiate ou immédiate. [illegible] inventé par Amussat, [illegible] [illegible] tuniques internes et moyennes [illegible] est inutile. [illegible] La torsion n'est pas limitée [illegible] jusqu'à ce que le bout tordu se détache. [illegible] La torsion ne [illegible] de 4 à 3 [illegible] ; [illegible] Dans ce cas [illegible] ou non l'artère de sa gaine, la torsion sera médiate ou immédiate. La torsion [illegible] *[illegible], être complète et [illegible].* — [illegible] l'artère parallèlement à sa direction, [illegible] est volumineuse, la torsion se [illegible] obliquement, et la tordre par mouvements ni trop lents ni trop rapides jusqu'à ce que le bout tordu se détache. On [illegible] se rompre les tuniques moyennes [illegible] et forment quelque chose [illegible] qui s'opposent à la sortie du sang. La [illegible] et intimement unie à elle-même, [illegible]. La torsion présente cet avantage sur la ligature, qu'elle n'introduit pas de corps étranger dans la plaie, qui [illegible] aussi des hémorrhagies secondaires. Dans ce cas, [illegible] par un caillot qui [illegible] le vaisseau, le sang [illegible] contre les tuniques elles-mêmes [illegible] : un abondant dépôt de fibrine [illegible] [illegible] que la tunique [illegible] conditions excellentes [illegible] l'hémorrhagie. [illegible] M. T[illegible] [illegible] d'hémorrhagies [illegible]

[illegible]

M. [illegible] présente un jeune homme de 14 ans [illegible]

---

(1) *Progrès Médical*, [illegible].
(2) *Archives de Médecine*, [illegible].
(3) *[illegible]*. [illegible]
(4) [illegible]

(1) [illegible]

d'une atrophie de la moitié de la face. Romberg avait fait de cette maladie une *trophonévrose;* M. Lande dans sa thèse inaugurale, la désigne sous le nom d'*aplasie lamineuse progressive.* M. Després, se fondant sur l'intégrité complète des muscles, pense que ces auteurs ont mal interprété les faits ; il croit que le défaut de symétrie de la face est dû uniquement à l'atrophie congénitale du sinus maxillaire et du sinus frontal.

MM. Paulet et Nicaise ne sont pas de l'avis de M. Després; M. Paulet a vu la maladie survenir chez un soldat ; on ne peut croire ici à l'atrophie congénitale du sinus maxillaire. M. Nicaise a observé une plaque atrophique survenue au milieu du front chez une femme enceinte âgée de 22 ans. I. B.

CORRESPONDANCE.

De l'emploi de la glace dans le traitement de l'hystérie.

M. le Dr Féréol, que nous avons eu l'honneur d'avoir pour chef pendant notre internat, a eu l'obligeance de nous adresser, à l'occasion de notre note sur l'*Emploi de la glace dans l'hystéro-épilepsie*, la lettre suivante, à laquelle nous sommes heureux de donner l'hospitalité.

Mon cher Bourneville,

C'est à juste titre que vous appelez l'attention sur un mode de traitement, encore peu vulgarisé, des différentes formes de la névrose hystéro-épileptique, — l'application de la glace sur la région ovarienne. Ce traitement m'ayant réussi dans deux circonstances où j'ai eu recours aux lumières et à l'obligeant concours de M. Charcot, je crois utile de joindre mes notes sommaires à vos observations.

Il n'y avait peut-être pas, à vrai dire, de mélange d'épilepsie dans ces deux cas (au moins dans l'un d'eux, bien certainement, le dernier) qui relevaient uniquement de la névrose hystérique pure. L'indication de la glace n'en a pas moins paru très-nette à M. Charcot, et la guérison n'a pas tardé à suivre l'application du remède.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune fille de treize ans, non réglée encore, et qui comptait dans ses ascendants de la ligne maternelle plusieurs cas d'hystérie. L'observation est publiée dans la thèse de M. Boutges : *Sur la forme comateuse de l'hystérie, 1875. Obs. VII*. A la suite d'une contrariété un peu vive, elle fut prise de spasmes œsophagiens avec hoquets sans nausées, qui dégénérèrent bientôt en une sorte d'aboiement laryngien. Puis, ce furent des crises subites et passagères de torpeur léthargique, sans convulsions de la face et des membres ; l'enfant, au milieu d'une phrase commencée, d'un jeu, d'une occupation quelconque, perd connaissance, sans tomber par terre ; ses yeux se convulsent en haut, sa tête se penche ; elle devient insensible aux piqûres, au pincement, mais se réveille si on lui approche des narines un flacon d'éther. Bientôt ces crises devinrent de plus en plus longues ; l'enfant tombait dans une torpeur comateuse dont rien ne pouvait la tirer, et qui durait une demi heure, une heure, ou même davantage; cependant, parfois en appuyant fortement sur la région ovarienne gauche on parvenait à réveiller la malade. M. Charcot conseilla l'application de la glace ; et, à partir du moment où ce moyen fut employé, les crises de léthargie devinrent moins longues, plus rares, et cessèrent en cinq ou six jours. Néanmoins, je dois le dire, il me restait un certain doute sur l'efficacité du remède ; car les autres manifestations de l'hystérie chez cette jeune fille n'avaient guère duré plus d'un septénaire chacune ; et on sait combien il est difficile, en pareil cas, de faire la part de l'action du remède, et celle de la marche naturelle de la maladie.

Mais une rechute, qui eut lieu en décembre dernier, me donna l'occasion d'expérimenter encore la glace, avec un succès beaucoup plus prompt. Cette fois, la crise n'alla pas jusqu'aux lipothymies ; elle s'arrêta aux hoquets convulsifs. J'essayai comme la première fois la faradisation, principalement à l'aide du pinceau, la galvanisation ; et voyant que je n'obtenais rien, j'eus recours à la vessie de glace appliquée pendant 2 heures, 3 fois par jour, sur la région ovarienne. Dès la première application, l'amélioration fut manifeste et le lendemain les crises cessèrent.

Le 2e cas, dont je veux vous parler, a trait à une jeune fille de 24 ans, qui, à la suite de contrariétés de famille, fut prise de divers accidents hystériques fort sérieux, qui durèrent plus de six mois, et menaçaient de la jeter dans une cachexie des plus graves : contracture et parésie du membre inférieur gauche (pseudo-coxalgie) ; insomnie ; inappétence, et vomissement, rebelles ; toux aboyante presque incessante, surtout la nuit ; troubles circulatoires, abaissement de la température, etc... M. Charcot, qui voulut bien voir cette malade avec moi, me conseilla encore l'application de la glace sur la région ovarienne ; j'avais essayé le sac de Chapman le long de la colonne vertébrale, sans en retirer de bénéfice. A partir du moment où la vessie fut posée sur la région ovarienne, il se déclara une amélioration sensible ; et, en moins de quinze jours, la malade put se lever, prendre de la nourriture, et la toux cessa. Cette jeune fille quitta la Maison municipale de santé en convalescence confirmée. Je l'ai revue au commencement de cette année, parfaitement guérie, et très-reconnaissante. En mentionnant le fait, je me fais son interprète et rends à César ce qui appartient à César.

Votre bien dévoué,

Dr Féréol.

18 mars 1876.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

4. Quelques considérations sur l'ophthalmie purulente et son traitement, par Galezowski. (*Recueil d'Ophth.*).

Blâmant l'emploi des fortes cautérisations dans les ophthalmies purulentes avec le crayon, au début, Galezonski procède d'une manière toute différente lorsque l'inflammation a envahi le globe de l'œil et que des bourrelets chémosiques entourent la cornée. Pour le chémosis, il fait des incisions partielles à différentes reprises sur un ou deux points, dans chaque séance.

Si la cornée se trouble ou menace de se nécroser, il pratique de larges paracentèses périphériques, avec le couteau de Græffe. Il fait une ponction et une contre-ponction, en donnant à chaque ouverture 3 ou 4 milimètres de large, et il retire le couteau. Un soulagement immédiat survient, les douleurs cessent, le chémosis diminue, et la maladie est dans une phase nouvelle de période régressive, qui permet alors les cautérisations. C'est un véritable débridement de la corné.

5. Tableau synoptique des mouvements des yeux et de leurs anomalies; par E. Landolt. Ad. Delahaye, éditeur.

Nous pensons devoir signaler ici ce tableau de la physiologie normale et pathologique des mouvements du globe oculaire. Bien que ces études, en effet, aient été entreprises chez nous par Giraud-Teulon, avec toute la puissance d'analyse qui caractérise les travaux de cet auteur, puis présentées avec beaucoup de clarté par M. Panas, dans des leçons aujourd'hui classiques, nous n'avons pas encore rencontré de cadre plus précis, plus rigoureux ni plus complet que le résumé synoptique de Landolt.

Après quelques définitions nouvelles des lignes du regard, de la torsion et de son angle, l'auteur donne pour chaque muscle son origine, sa direction, son insertion, son axe de rotation, le mouvement de la cornée et l'inclinaison du méridien vertical ; c'est la fonction normale.

Abordant la physiologie pathologique, Landolt montre que le diagnostic du strabisme pourrait, à la rigueur, être établi par deux lois : 1° la diplopie augmente dans la direction de l'action du muscle paralysé ; 2° l'image de l'œil dévié est projetée vers le muscle paralysé. Il examine ensuite les mouvements limités, la direction de l'œil strabique, les variétés et les graduations de la diplopie, les déviations secondaires, la direction de la face. Le lecteur arrive, ainsi, par quelques signes, à la solution des problèmes les plus difficiles à résoudre. Cette page tient donc lieu de tous les traités possibles sur le strabisme. C'est le meilleur éloge qui puisse en être fait

6. Manuel d'ophthalmoscopie, par M. V. Daguenet, médecin-major. G. Masson, éditeur, 1875.

M. Daguenet a voulu réunir en quelques pages claires et précises des symptômes souvent décrits d'une façon confuse dans les livres les plus classiques. Son but a été de mettre en relief toute la valeur des signes fonctionnels, permettant souvent à eux seuls de faire un diagnostic de probabilité, bientôt confirmé par l'ophthalmoscope. L'auteur a divisé son livre en trois parties : La première initie aux règles de l'examen à l'ophthalmoscope ; la deuxième comprend l'étude de la vision dans ses différentes dimensions et suivant la nature des rayons. Peut-être, en ce point, les travaux de Schœn out-ils été trop négligés. La troisième partie, la plus importante, s'occupe des affections du fond de l'œil, c'est-à-dire du N.-O. de la rétine, de la choroïde et du corps vitré. La partie la plus remarquable du *Manuel* de M. Daguenet est celle où il a résumé les affections du nerf optique, et, parmi celles-ci,

les atrophies qu'il distingue en : 1° progressive ; 2° consécutive à la névrite optique ; 3° consécutive à l'embolie de l'artère centrale ; 4° consécutive à la rétinite pigmentaire ; 5° glaucomateuse. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire le tableau suivant, qui contient les principaux signes de ces différentes variétés.

1° ATROPHIE PROGRESSIVE.	2° SUITE DE NÉVRITE OPTIQUE.	3° SUITE D'EMBOLIE.	4° SUITE DE RÉTINITE PIGMENTAIRE.	5° ATROPHIE GLAUCOMATEUSE.
Symptômes fonctionnels.				
1° Début lent (3 à 4 mois).	1° Début rapide ou lent, selon les cas.	1° Début subit, instantané.	1° Début très-lent (plusieurs années).	1° Début succédant souvent à des attaques de glaucome; lent, insidieux, dans le glaucome simple.
2° La vision centrale se perd la première et progressivement jusqu'à la cécité, qui est presque fatale.	2° L'affaiblissement visuel, arrivé à un certain degré, peut rester stationnaire.	2° Perte immédiate de la vision, au point que le malade peut à peine distinguer le jour de la nuit.	2° La vision centrale se perd peu à peu, mais toujours après la vision périphérique.	2° La vision centrale s'éteint peu à peu, et quelquefois après la vision périphérique.
3° Rétrécissement irrégulier de la vision périphérique arrivant dans les dernières périodes.	3° Idem.	3° Perte immédiate du champ visuel; au bout de quelques jours, une petite éclaircie apparaît du côté externe.	3° La vision périphérique se perd la première d'une façon régulièrement concentrique.	3° La vision périphérique commence à se perdre par sa partie interne ou nasale.
4° Nyctalopie.	4° Idem.	4°	4° Héméralopie.	4° Nyctalopie.
5° Marche continuellement progressive.	5° Marche progressive, mais quelquefois stationnaire.	5° La cécité soudaine est ordinairement définitive.	5° Marche extrêmement lente.	5° Marche progressive; peut être arrêtée par l'iridoctomie dans certains cas.
6° Affection binoculaire.	6° Binoculaire, lorsque la cause est cérébrale.	6° Monoculaire.	6° Binoculaire.	6° Binoculaire.
7° Symptômes fréquents d'une affection spinale ou cérébrale.	7° Symptômes d'une affection cérébrale.	7° Symptômes d'une maladie du cœur.	7°	7°
Symptômes ophthalmoscopiques.				
Papille blanc-nacré. Contours nets. — Les gros vaisseaux conservent longtemps leur calibre normal.	Papille blanc-sale. Contours voilés. Artères fines. Veines grosses, tortueuses.	Ses caractères sont ceux de l'atrophie progressive.	Papille blanche. — Etat filiforme des gros vaisseaux. Taches noires pigmentaires le long de leur trajet.	Papille blanche et excavée.— Crochets des gros vaisseaux à la périphérie de la papille. Pouls artériel. Atrophie choroïdienne péripapillaire.

Nous trouvons des tableaux analogues pour les hémorrhagies, les exsudats, etc.

Ce petit manuel, d'une forme assurément élémentaire, est un bon résumé où l'étudiant et le praticien pourront revoir en quelques secondes les principales maladies des membranes profondes. Mais à quiconque n'aura pas encore vu de nombreuses papilles, nous dirons : Allez à la Clinique : comme pour l'anatomie, un de nos maîtres écrivait naguère en tête d'un autre résumé : Allez à l'amphithéâtre. F. P.

VARIA

James Warburton Begbie.

Les journaux anglais nous annoncent la mort d'un des médecins les plus considérables d'Edimbourg. J.-W. Begbie était jeune encore, il était né en 1826. A la suite de fatigues extrêmes, il a été rapidement emporté par des accidents cardiaques. Il tomba malade, quitta Edimbourg pour le sud de l'Angleterre avec l'intention d'aller en Italie, mais il dut s'arrêter à Carlisle; incapable de continuer son voyage il retourna à Edimbourg où il succomba. J.-Warburton Begbie avait une immense consultation. Fils d'un médecin très-occupé d'Edimbourg, après avoir fait ses études dans cette ville, il vint passer deux années sur le continent; il séjourna à Paris, à Vienne et en Italie. Il eut à son retour un grand succès comme professeur et bientôt comme médecin consultant. De haute taille, de figure agréable, aussi affable que modeste, il avait su conquérir les sympathies de tous ses confrères. On lui doit plusieurs travaux importants sur le choléra, la leucémie, les épanchements pleurétiques, l'hématurie, etc., et de nombreux articles dans le *System of medicine* de Reynolds. En août dernier, il avait été chargé de lire l'adresse devant la British medical association. En décembre, à l'occasion du nouvel an, il avait envoyé à cette association un don de 2,600 fr.

Louise Lateau.

Voici un accident rapporté par le *Monde* dans des termes que nous croyons devoir conserver : « Un petit village du Hainaut, bien cher aux âmes pieuses, Bois d'Haine, a eu, pendant l'affreuse tempête de dimanche dernier, son église en partie détruite. Cette église, d'un beau style gothique, était toute neuve, et l'on s'occupait à compléter son ornementation lorsque Dieu a permis que l'ouragan la renversât. A ce sanctuaire s'attachait une bénédiction particulière; c'était la paroisse de Louise Lateau. »

16. Collodion antéphélique.

Pour faire disparaître les taches du visage :

Sulfophénate de zinc	1	gramme.
Collodion	45	—
Essence de citron	1	—
Alcool pur	3	—

Le sulfophénate, réduit en poudre très-fine, est ensuite broyé avec le mélange des liquides (*Phar. zeit. f. Russland*, 1875).

Enseignement médical libre.

Pathologie de l'enfance. Le d[r] J. Dubrisay commencera des leçons sur la pathologie de l'enfance le jeudi 30 mars, Ecole pratique, amphithéâtre n° 3, à 5 h. du soir, et les continuera les jeudis suivants même heure.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 16 mars 1876, on a constaté 1,031 décès, savoir : variole, 7; — rougeole, 12; — scarlatine, 2; — fièvre typhoïde, 9; — érysipèle, 7; —

bronchite aiguë, 47, — pneumonie, 71; — dyssenterie, 1; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, [illegible], — *choléra nostras*, [illegible]. — angine couenneuse, 16; — croup, 18; — affections puerpérales, 6, — autres affections aiguës, 337; — affections chroniques, 432, dont 165 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 50; — Causes accidentelles, 21.

Femme-docteur. — De Zurich (Suisse), on mande à la *Gazette d'Augsbourg* qu'à l'Université de cette ville une jeune dame a été, au mois de février dernier, promue avec distinction à la dignité de docteur en médecine, chirurgie et accouchements, après avoir suivi, pendant neuf semestres consécutifs, les cours de ladite Université, où elle avait été inscrite sur les registres à l'automne de 1871. Ce jeune docteur, qui s'appelle Mlle Francisca Tiburtias, native de Ramhin, dans l'île de Rügen, a fait une leçon sur l'oxydule d'azote dans les opérations, et soutenu, à ce qu'il paraît, fort brillamment les thèses qui lui ont été posées. Le doyen de la Faculté de médecine lui a adressé un petit discours pour rendre justice au zèle, à la capacité et au tact parfait de la récipiendaire.

Certificats sur papier libre. — Nous ne saurions trop rappeler à l'attention de nos lecteurs, qu'il est très-dangereux de faire un certificat sur papier libre. Il est de toute nécessité d'employer le papier timbré, faute de ce faire, un de nos confrères vient de recevoir de l'administration de l'enregistrement une invitation à payer au fisc la somme de 67 fr. 45 centimes. (*Gazette des hôpitaux.*)

Société de médecine légale. — Cette Société vient de déclarer la vacance de trois places de membres titulaires. Les candidats sont invités à faire parvenir sans retard leur demande au secrétaire général La Société tient ses séances à 3 heures, le second lundi de chaque mois, au Palais de Justice, dans la salle d'audience de la 5e Chambre du tribunal civil. *Ses séances sont publiques.* — En raison du nombre et de l'importance des travaux inscrits à l'ordre du jour, il y aura une séance extraordinaire le lundi 27 mars.

Hopitaux de Lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon vient de se terminer, dit le *Lyon médical*, par la nomination de M. le Dr Vinay.

Librairie V.-A. DELAHAYE et Cᵉ, place de l'Ecole-de-Médecine

Berthiot. Grossesse et maladies du cœur. In-8 de 88 p. 2 fr.

Bonne (H.). Variation du nombre des globules blancs du sang dans quelques maladies. In-8 de 70 p. 2 fr. 50.

Schmidt (A.). Des grossesses prolongées. In-8 de 72 p 2 fr.

Librairie DELAGRAVE, 56, rue des Ecoles.

Chassagne (A., et Desbrousses. Guide médical pratique de l'officier. In-8 de 280 p. 5 fr.

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

La véritable Eau de Botot est le **seul** dentifrice approuvé par l'Académie et la Faculté de médecine de Paris. Ces deux sociétés, ont, après analyse, apprécié ses qualités spéciales et reconnu l'utilité signalée de son emploi en lui donnant leur approbation **exclusive**. Ce produit employé avec la *Poudre dentifrice de Botot* forme pour l'hygiène les soins de la bouche la plus précieuse des préparations.

A l'entrepôt de la véritable Eau de Botot se trouve une spécialité désignée sous ce nom : **le Sublime**, pour l'*arrêt immédiat de la chute des cheveux.* On doit, à cet effet, s'en servir **pur** pendant quelque temps en légères frictions. *La chute des cheveux arrêtée*, pour les conserver, leur donner la beauté et la force, on continuera à employer **le Sublime** mélangé d'un tiers d'huile d'amandes douces, spécialement préparée, en cessant tout usage de pommades. — Entrepôt général : 229, rue St-Honoré. Vente au détail : 18, boulevard des Italiens.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — *Chirurgie.* Service de M. Duplay. Leçons et opérations le jeudi. Examen des malades lundi, mercredi, vendredi.—Salle St-Augustin : 17, 31, nécrose du fémur; 22, séquestre invaginé du fémur; 18,28, périarthrite scapulo-humérale; 29, épithéliome de la langue, marche très-rapide; 34, nécrose du sternum et des côtes; 15, ostéite épiphysaire bénigne; 13.35, 39, fracture de jambe; 40, production probablement syphilitique englobant les os et les parties molles de la face.

Service de M. Péan. Salle Sainte-Marthe. Opérations le samedi.

Médecine. Affections de la peau. Service de M. Hillairet. Salle Henri IV (F.) : 4, eczéma ancien avec productions épidermiques cornées; 20, lupus; 28, lupus acnéique; 21, psoriasis; 39, syphilis tertiaire, gommes nombreuses. — Salle Saint-Louis (H.) : 1, sycosis parasitaire; 14, pityriasis rubra; 17, favus; 63, ataxie locomotrice, crises gastriques; 72, purpura simplex. — Pavillon Gabrielle (H.) : 1, lèpre anesthésique; 16, pemphigus; 10, accidents syphilitiques tardifs.

Service de M. Guibout. Salle Saint-Charles (H.) : 3, rhumatisme aigu polyarticulaire; 4, impétigo de la face; 11, idem; 5, acné; 8, lupus; 19, tubercules muqueux de la verge; 21, ecthyma syphilitique; 31, 36, 38, 40, psoriasis; 45, gommes du mollet et arthrite; 47, ecthyma parasitaire; 67, syphilides pustulo-crustacées. — Salle Henri IV (F.) : 42, psoriasis; — 43, scrofulide érythémateuse; 45, scrofulide ulcéreuse; 47, psoriasis généralisé; 54, syphilide ulcéreuse; 55, carie des os du nez; 64, syphilide papuleuse; 65, ichtyose; 71, eczéma généralisé.

Service de M. Besnier, suppléé par M. Audhoui. Salle Saint-Thomas (F.) : 45, 54, lupus érythémato-tuberculeux; 49, 58, acné rosacée; 50, syphilide pustulo-crustacée; 67, noli me tangere, 71, 75, syphilide papulo-squameuse. — Salle Saint-Léon (H.): 2, 4, 16, 76, psoriasis; 5, 6, 8. 10, 15, eczéma; 18, lichen hypertrophique; 52, sycosis parasitaire; 61, pelade; 62, syphilide papulo-squameuse.

Service de M. Fournier. Salle Saint-Louis (H.): 19, chancre induré du gland, roséole; 27, paralysie de la 3e paire, syphilis; 28, glossite tertiaire, psoriasis palmaire, cicatrice syphilitique kéloïdienne; 33, syphilide ulcéreuse du nez; 41; ulcération tuberculeuse de la langue; 55, exostose du coude; 58, chancres simples multiples, gale. — Salle Saint-Thomas (F.) : 1, gomme du poignet; 21, exostose de la région temporale, glossite muqueuse; 23, lupus des gencives; 24, périonyxis ulcéreux; 28, pityriasis circiné; 32, syphilide gommeuse de la jambe et du bras; 41, lupus érythémateux.

Hôpital Necker. Service de M. Guyon. Cliniques sur les maladies des voies urinaires le mercredi à 9 h. Salle Sainte-Cécile (F.): 6, encéphaloïde du maxillaire inférieur; 10, abcès du sein à répétition; 11, corps fibreux de l'utérus; 13, fracture de jambe; 15, phlegmon iliaque; 17, cystite.

Service de M. Hardy. Clinique médicale le mardi et le samedi à 10 heures. Interrogation des malades par les élèves le jeudi. Tous les jours, visite à 9 h. Salle Saint-Luc (H.): 10, insuffisance aortique; 13, goutte, intoxication saturnine; 14, sclérose en plaques; 20, atrophie musculaire progressive; 21, insuffisance aortique, ataxie locomotrice. — Salle Sainte-Adélaïde (F.): 1, syphilide papuleuse; 6, fièvre typhoïde convalescente; 8, névralgie intercostale, 11, angine diphthérique; 17, urémie avec poussées érysipélateuses.

Service de M. Delpech. Salle Saint-Ferdinand (H.): 9 goutte; 14, pneumonie droite; 16, delirium tremens chez un alcoolique; 20, insuffisance mitrale; 22, ataxie locomotrice; 27, ulcère simple de l'estomac, péricardite, pleurésie; 29, érysipèle de la face; 31, cirrhose du foie chez un alcoolique; 33, adénie. — Salle Sainte-Anne (F.): 1, 7, 19, rhumatismes articulaires; 5, coliques néphrétiques ;8,

[illegible] hypertrophique; 1[illegible] [illegible] péri-utérine; 16, [illegible] la [illegible] 27, carreau

[illegible] de M. [illegible]. Salle [illegible] (H.) [illegible] 11. intoxica-[illegible]. 25. pneumonie ca[illegible]. Salle Sainte-[illegible] (F.) : 1, rétré-[illegible] et insuffisance mitrale, [illegible] névralgie intercostale, 18, chorée hys-[illegible].

[illegible] de M. La[illegible]. Salle Sainte-Thérèse (F.) : 2. Pleurésie dia-[illegible], 13, pelvi-péritonite [illegible] 17. fièvre typhoïde: 20, rhumatisme [illegible] aigu. 22. intoxication par le [illegible] de carbone, 24, 25, ulcères de [illegible] 2[illegible], syphilis.

[illegible]. Service de M. Fr[illegible]. Salle Sainte-Martine (H.): 5, pleu-[illegible] chronique, emphysème, induration du sommet droit; 7 fièvre typhoïde [illegible] ulcérations intestinales; 8, rhumatisme articulaire aigu, éruption sudo-[illegible]; [illegible] néoplasme intra-crânien: 17, purpura rhumatismal. — Salle Sainte-[illegible] (F.) : 1, insuffisance mitrale, cirrhose hypertrophique; 8, ulcère sim-[illegible] de l'estomac; 10, insuffisance et rétrécissement mitral.

Service de M. Hérard. Salle Saint-Pierre (F.) : 35, catalepsie et chorée; [illegible] maladie d'Addison; 28, rhumatisme articulaire aigu; 29, hémorrhagie cérébrale. — Salle Saint-François (F.) : 1, inflammation intra-utérine; 2, polype de l'utérus, 4, phlegmon péri-utérin; 8, insuffisance mitrale, colique hépatique. — Salle Saint-Landry (H.): 24, pneumonie du sommet; 30, la-[illegible] chronique tuberculeuse; 31, insuffisance mitrale; 33 bis, dothiénen-[illegible]. Examen des malades par les élèves. Consultations: mercredi, 9 h. 1/2.

Service de M. Moissenet. Salle Saint-Roch (F.) : 3, néphrite parenchy-[illegible]; 4, 9, rhumatisme articulaire; 7, ataxie locomotrice; 10, affection car-diaque. — Salle Sainte-Jeanne (H.) : 54, 56, hydro-pneumothorax; 57, 55, [illegible] locomotrice, 59, cirrhose du foie; 62, pleurésie purulente; 63, paraly-sie syphilitique [illegible] rébraux, 7[illegible], rhumatisme [illegible].

Service de M. [illegible]. Salle [illegible] (H.) : [illegible] con-sécutive à une variole; [illegible] hémorrhagie cérébrale, hémianesthésie [illegible] couronne rayonnante). — Salle Sainte-[illegible] (F.) : [illegible] lépbélite; 13, tumeur cérébrale de nature syphilitique; 1[illegible] culaire, accident cardiaque au début; 15, albuminurie avec accidents céré-braux: 20, syphilis, récidive des accidents secondaires; 23, métrite et ascite.

Chirurgie. Service de M. Cusco. Salle Saint-Paul : 1, hydarthrose dou-ble; 2, arthrite sèche du genou droit; 3, fracture compliquée du bras gauche, 7, carie du bassin; abcès du sein; 9, fracture du col chirurgical de l'humé-rus; 12, polype du larynx ? trachéotomie; 13, corps fibreux de l'utérus; 15, conjonctivite granuleuse; 16, sacro-coxalgie; 18, leucomes, synéchies anté-rieurs; 19, staphylome antérieur; 20, glaucome, extirpation du globe de l'œil; 21, carcinome utérin ; 11, 22, coxalgie; 23, tumeur blanche du coude droit; 24, hydarthrose; 25, ulcères syphilitiques de la jambe gauche; 25 bis, écrase-ment des doigts.

Service de M. Guérin. Leçons sur les maladies des femmes le lundi à 9 h. Salle Saint-Maurice (F.) : 17, lymphangite réticulaire du bras; 34, plaie du cuir chevelu, pansement ouaté. — Salle Saint-Antoine (H.) : 3, prolap-sus énorme du rectum: 4 polype naso-pharyngien; 5, tumeur érectile des fosses nasales; 10, oreillons avec orchite métastatique; 18, arthrite purulente du genou et de l'épaule; 24, nécrose de l'apophyse mastoïde.

Le gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÉGE DE FRANCE. — M. RANVIER.

Cinquième leçon (1).

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

SOMMAIRE. — Analyse histologique des organes du mouvement. — Muscles volontaires. — Faisceaux primitifs. — Méthodes d'isolement. — Consistance, dimensions du faisceau primitif. — Etude de ses parties constituantes. — I. *Sarcolemme*. — Préparation. — Propriétés. — Nature de cette membrane. — II. *Noyaux musculaires*. — Noyau des muscles volontaires des mammifères. — Noyau des muscles volontaires des batraciens; des insectes. — Forme et rapports des noyaux dans le faisceau primitif.

Messieurs,

Nous avons étudié jusqu'à présent dans leur ensemble et d'une façon purement synthétique les différents modes du mouvement chez les animaux. Nous devons maintenant en faire l'analyse. Pour atteindre ce but, nous allons suivre une marche absolument inverse de celle qui nous a conduits, dans l'exposé général qui précède, de la notion du *mouvement amiboïde* à celle du *mouvement ciliaire*, puis à la connaissance du mouvement musculaire proprement dit, dévolu à des organes spéciaux que nous avons énumérés. Ces organes sont les *muscles lisses*, les *fibres cardiaques*, les *muscles volontaires* des deux ordres.

Je commencerai donc par l'analyse histologique du faisceau primitif des muscles volontaires, et ce n'est qu'après avoir complété son étude que j'entreprendrai celle des autres organes du mouvement dont la structure subit des simplifications graduelles. Nous descendrons de la sorte du faisceau musculaire strié à la cellule lymphatique contractile, et vous ne tarderez pas à reconnaître l'avantage résultant d'une pareille méthode.

Les muscles volontaires ont une apparence nettement fibrillaire qui avait frappé tous les anatomistes anciens. Bichat disait à ce propos que la fibre musculaire de la vie animale « toujours réunie à plusieurs autres fibres de même nature « qu'elle, facile par cette réunion à être distinguée à l'œil « nu, se dérobe même aux recherches microscopiques lors« qu'on veut l'examiner d'une manière isolée, tant est « grande sa ténuité » (2). Les dimensions du faisceau primitif des muscles sont pourtant considérables. Elles atteignent de 10 à 80 millièmes de millimètre dans le sens de l'épaisseur et les rendent parfois difficiles à analyser à cause même de leur volume. La longueur des faisceaux musculaires primitifs est variable, ainsi qu'on en peut juger en comparant des fibres isolées, par le simple arrachement, sur diverses parties d'un même muscle de lapin récemment sacrifié.

L'arrachement des fibres musculaires à l'aide de la pince, constitue, on le conçoit, une méthode insuffisante pour arriver à l'isolement des faisceaux primitifs. Chez le chien, dont le tissu cellulaire est dense et résistant, elle est entièrement impraticable. Depuis les travaux de Moleschott et de Kölliker, nous possédons des moyens meilleurs de dissociation. Tandis, en effet, que les solutions faibles de soude et de potasse exercent sur les éléments anatomiques une action dissolvante énergique, les solutions concentrées, celles à 40 pour cent par exemple, n'agissent aucunement sur ces éléments tout en détruisant le tissu conjonctif qui les unit et les sépare (Moleschott). Certaines solutions acides, et par exemple l'acide azotique dissous dans l'eau dans une proportion de 20 pour 100 (Kölliker) constituent également des agents précieux de dissociation. Si l'on plonge un fragment de muscle dans la potasse à 40 pour 100 pendant quelques minutes, ou dans l'acide azotique dilué pendant une ou deux heures, on peut ensuite isoler facilement les faisceaux primitifs, les étudier dans leur ensemble et mesurer leurs dimensions.

Vous n'ignorez pas, Messieurs, que dans l'eau surchauffée le tissu conjonctif se ramollit en se transformant en gélatine. Pour dissocier les faisceaux musculaires, Rollet a utilisé cette notion. Il place dans un tube fermé à la lampe, en présence d'une quantité minime d'eau, un fragment de muscle volontaire; il chauffe ensuite à 120° dans un bain de sable, et quand il ouvre le tube, le tissu conjonctif intermusculaire est dissous et les faisceaux primitifs se séparent facilement les uns des autres.

Je vous signalerai enfin une dernière méthode d'isolement, applicable aux faisceaux primitifs des muscles volontaires de la grenouille. Si nous plongeons vivant un de ces animaux dans de l'eau chauffée à 55° centigrades, il entre presque immédiatement en convulsion; ses membres se maintiennent ensuite dans une rigidité comme tétanique et enfin il meurt. Au bout de quelques minutes, le tissu conjonctif se ramollit, les tendons se détachent des faisceaux musculaires à l'extrémité desquels ils étaient soudés, et l'on peut facilement isoler ces derniers par la dissociation et les observer dans toute leur longueur.

On peut alors constater que le faisceau primitif affecte la forme d'un cylindre plus ou moins allongé dont les extrémités s'effilent en pointe ou en cône, de telle sorte que la forme générale de la fibre isolée est celle d'un fuseau. Fréquemment l'extrémité du faisceau, au lieu d'être conique et mousse, est dentelée. Les dentelures terminales ne sont ordinairement pas comprises dans un même plan, mais se prolongent au-delà du faisceau comme le feraient à l'égard de l'avant-bras les doigts de la main écartés les uns des autres dans des attitudes différentes. Comme aussi, d'autre part, les objets observés au microscope sont vus en projection horizontale, il résulte de cette disposition que les dentelures précitées paraissent superposées quand on a mis l'objectif au point sur la superficie du faisceau. Je dois ajouter que lorsqu'on a rapidement fixé les fibres musculaires dans leur forme en faisant agir sur elles une solution aqueuse d'acide osmique (à 1 p. 100 ou 1 p. 300), il devient facile de les dissocier sans les briser, et leurs dentelures terminales apparaissent avec une netteté parfaite. L'action brusque du réactif détermine, en effet, la coagulation presque immédiate de la substance musculaire du faisceau primitif. Les extrémités dentelées de ce dernier se montrent alors arborisées, comme les branches d'un arbre faisant suite au tronc qui les porte. De pareilles arborisations existent dans les muscles blancs du lapin, elles sont surtout nombreuses et bien développées dans la langue de la plupart des batraciens. Dans cet organe les faisceaux primitifs se terminent par des branches plusieurs fois bifurquées dont les dernières ramifications vont s'insérer à la face profonde de la muqueuse. Les points d'attache du muscle à cette membrane sont ainsi multipliés, mais la disposition fondamentale des faisceaux musculaires de la langue, à leur extrémité, reste identique dans le fond avec celle de tous les autres muscles volontaires.

Les faisceaux primitifs isolés peuvent être, avons-nous dit, observés facilement dans toute leur longueur. Cette dernière est éminemment variable; c'est pourquoi les histologistes qui l'ont calculée ont donné à cet égard des chiffres peu concordants. Krause, entre autres, l'évalue à quatre

(1) Voir les nos 4, 5, 6, 8 et 11.

(2) Xav. Bichat. *Anatomie générale*. Edition Maingault. Paris. Ladrange et l'Heureux, 1818. — Tome II, p. 3..

centimètres au maximum. Quoi qu'il en soit, chez la grenouille, on voit la plupart des faisceaux primitifs s'étendre dans toute la longueur du muscle qu'ils concourent à former, et s'insérer par leurs deux bouts aux deux tendons extrêmes.

Si maintenant on examine à un faible grossissement un faisceau primitif de muscle volontaire, vivant dans son propre plasma, l'on reconnaît de prime abord qu'il possède un aspect caractéristique. Il est à la fois grisâtre et très-réfringent. Cette coloration grisâtre conduit naturellement à penser que la substance propre du faisceau musculaire n'est pas homogène. Un corps réfringent et homogène est en effet transparent. Or, vous savez, Messieurs, que le muscle volontaire présente une double striation transversale et longitudinale; les lignes parallèles qui déterminent cette striation se coupent entre elles, et à angle droit, à des distances très-rapprochées. Elles limitent ainsi des particules très-minimes de substance musculaire réfringente. Il se passe entre ces particules juxtaposées des phénomènes de réfraction qui donnent au muscle un aspect grisâtre et terne. De la même façon qu'une lame de glace homogène et absolument translucide donne naissance, quand on la broie, à une poussière opaque, bien que l'indice de réfraction du verre n'ait pas changé, de même la striation de la substance musculaire réfringente donne aux faisceaux primitifs un aspect opalescent. Une expérience très-simple montre bien d'ailleurs que cette opalescence n'est pas une véritable opacité; quand deux faisceaux primitifs se croisent, on voit au microscope, au travers du faisceau superposé, tous les détails les plus délicats de la striation du faisceau subjacent. Quant à l'éclat brillant du muscle, il paraît dû aux phénomènes de réfraction que produit la lumière en traversant sa substance contractile.

Nous avons reconnu jusqu'ici qu'un faisceau musculaire primitif, tendu sur une lame de verre, affecte la forme générale d'un fuseau très-allongé. Vous savez que l'observateur au microscope voit les objets en projection, et que la figure précitée peut être à la fois la projection d'un cylindre terminé par deux cônes ou d'un prisme terminé par deux pyramides. Si nous considérons l'image microscopique d'un faisceau primitif étalé sur la lame de verre selon sa longueur comme sa projection horizontale, sa projection verticale devra être déterminée par des coupes en travers, perpendiculaires à son axe de figure. On peut pratiquer ces coupes plus ou moins facilement sur des muscles durcis par différentes méthodes(1); quelles que soient ces dernières, le résultat est toujours le même; le faisceau primitif, sur les sections transversales (c'est-à-dire vu en projection verticale), se montre sous la forme d'un polygone irrégulier à côtés rectilignes. La forme générale du faisceau est donc celle d'un prisme, non celle d'un cylindre, et cette forme prismatique paraît due à la pression réciproque qu'exercent les uns sur les autres les faisceaux musculaires primitifs adjacents entre eux.

La substance dont paraissent composés les faisceaux musculaires primitifs, si on les prend dans leur ensemble, est, en effet, non-seulement transparente, mais d'une souplesse extrême, ductile et se déformant avec facilité sous l'influence des pressions. A ce point de vue, elle est en quelque sorte comparable à celle qui forme les globules rouges du sang. Chez les Batraciens, comme vous le savez, on voit souvent ces derniers, accumulés dans une préparation, devenir polyédriques par pression réciproque, ou se modeler de diverses façons pour s'engager dans les ramifications vasculaires quand on les observe sur l'animal vivant, et circulant dans les vaisseaux du poumon. Comme les globules rouges, le faisceau musculaire est formé d'une substance molle, et les éléments divers qui concourent à sa structure ont une grande ductilité. Il peut donc se déformer facilement par pression réciproque et prendre ainsi l'aspect d'un prisme allongé.

(1) La meilleure méthode consiste à *fixer dans leur forme* les faisceaux musculaires en faisant d'abord agir la solution d'acide osmique à 1/100. Le petit fragment de muscle ainsi fixé est ensuite lavé, plongé dans la gomme et dans l'alcool, et les coupes transversales, colorées au picro-carminate, sont examinées dans la glycérine.

L'analyse histologique des faisceaux musculaires, à cause de leur délicatesse même et de la complexité de leur structure, constitue un problème difficile. Si nous prenons, en effet, comme objet d'étude l'un des faisceaux des muscles blancs du lapin, nous le voyons composé de parties multiples, à savoir: d'une gaîne extérieure ou *sarcolemme*, de *noyaux*, d'une *substance musculaire* proprement dite, possédant une double striation caractéristique. Nous allons actuellement, Messieurs, entreprendre séparément l'étude de chacune de ces parties. Nous essaierons ensuite de les grouper entre elles. Nous rechercherons enfin quels sont leur signification et leurs rapports au sein du faisceau primitif.

I. Sarcolemme. — On a donné le nom de sarcolemme à l'enveloppe extérieure du faisceau primitif. Cette enveloppe est d'une transparence et d'une ténuité extrêmes. Si l'on découvre, en effet, le grand adducteur d'un lapin qu'on vient de sacrifier, et si, l'aponévrose d'enveloppe étant incisée, l'on enlève avec une pince fine et bien mordante quelques fibres du bord interne du muscle, les faisceaux primitifs étalés sur la lame de verre et examinés dans leur propre plasma (1), semblent absolument dépourvus de membrane extérieure. Le sarcolemme n'apparaît pas distinctement autour d'eux. L'indice de réfraction du sarcolemme et celui de la substance musculaire sont, en effet, sensiblement égaux; conséquemment la périphérie du faisceau primitif et la membrane qui l'entoure constituent un milieu réfringent que la lumière traverse sans dessiner aucun détail au niveau de leur point d'union.

Pour mettre le sarcolemme en évidence, il faut avoir recours à des artifices de préparation qui constituent à l'égard de cette membrane des méthodes d'isolement. La plus ancienne a été indiquée par Schwann. Sur un animal sacrifié depuis quelque temps et chez lequel la rigidité cadavérique s'est produite, on enlève un fragment de muscle volontaire et on le dissocie avec des aiguilles sur la lame de verre. Dans cette opération, le hasard fait que la substance musculaire de quelques faisceaux primitifs se rompt sur certains points, sans que le sarcolemme se déchire; elle se rétracte ensuite au-dessus et au-dessous. On voit alors, entre les deux fragments de substance musculaire rétractée, la gaîne sarcolemmique isolée, transparente, présentant un double contour dont la ligne extérieure est plus marquée que l'intérieure. Cette gaîne est élastique; elle revient sur elle-même, et quand elle a dépassé sa limite inférieure d'élasticité, elle forme des plis surtout marqués au milieu de l'espace laissé libre par la rétraction des deux fragments de substance musculaire. Il arrive parfois aussi que dans le cours de la dissociation, le faisceau musculaire subit une torsion plus ou moins complète sur son axe. Le résultat le plus ordinaire de cette torsion est la rupture de la substance musculaire à son niveau. La gaîne transparente que forme le sarcolemme est alors tordue sur ce point, et les plis qu'elle présente affectent la forme d'un tourbillon.

Il est du reste facile de constater par d'autres méthodes l'existence pure et simple du sarcolemme autour de la substance contractile des faisceaux musculaires primitifs. Si l'on dissocie ces derniers dans les acides dilués tels que l'acide acétique en solution dans l'eau à 1/100 ou l'acide chlorhydrique à 1/1000, la substance musculaire se gonfle et fait hernie comme une sorte de champignon à l'extrémité de fibres rompues. Au niveau de l'union de cette excroissance avec la continuité du faisceau primitif, le sarcolemme se rétracte et forme des plis transversaux comparables à ceux de la manche retroussée d'un vêtement. Mais, pour bien étudier le sarcolemme, il est préférable de plonger dans l'eau à 55° pendant environ 15 minutes, une grenouille vivante ainsi qu'il a été dit plus haut. Je vous ai

(1) Il est indispensable, lorsque les faisceaux primitifs ont été portés sur la lame de verre et convenablement tendus, de les recouvrir d'une lamelle lutée à la paraffine pour éviter l'évaporation.

dit, Messieurs, que consécutivement à l'action de la chaleur les muscles se contractent brusquement puis restent rigides. En même temps, le tissu conjonctif se ramollit. Outre que la dissociation devient par cela même facile, on peut aisément étudier sur les faisceaux isolés les rapports du sarcolemme avec la substance musculaire, et, comme nous le verrons plus tard, le mode d'union de cette dernière avec les tendons. Si l'on enlève sur le gastro-cnémien de la grenouille, à l'aide de deux coups de ciseaux parallèles, une mince lame de tissu musculaire et si on la dissocie ensuite avec précaution, on constate qu'au voisinage des insertions tendineuses la substance musculaire s'est détachée du tendon et s'est ensuite rétractée. Le sarcolemme au contraire est resté uni au tendon et se montre sous la forme d'une gaîne cylindroïde, transparente, remplie par un liquide que nous étudierons complétement plus tard et qui n'est autre chose que le plasma musculaire.

Les divers modes de préparation que je viens d'exposer ne permettent pas, de douter de l'existence du sarcolemme. Ils nous apprennent, en outre, que cette membrane est élastique, que les acides faibles ou même concentrés ne la gonflent pas comme le tissu conjonctif intermusculaire, et que, par conséquent, le sarcolemme diffère à certains égards de la substance fondamentale du tissu conjonctif. On pourrait donc supposer avec quelque raison que le sarcolemme est de nature élastique ; mais, pour confirmer ou infirmer cette proposition, il est nécessaire de faire agir sur lui les alcalis concentrés. On sait théoriquement, en effet, que le tissu jaune élastique résiste à l'action de la potasse et de la soude à 40 0/0, tandis que les faisceaux conjonctifs, placés dans les mêmes conditions se dissolvent et se détruisent. Mais, en pratique, ce n'est pas chose facile que de faire agir une solution de potasse sur des faisceaux musculaires de façon à bien savoir l'action qu'elle exerce sur le sarcolemme en particulier. Je vous ai dit que cette membrane n'apparaît pas bien distinctement autour d'un faisceau pris sur un animal vivant et examiné dans son propre plasma. Elle ne se voit pas davantage quand on a fait agir la potasse même d'une façon prolongée, de telle sorte que cette première expérience ne nous apprend rien. Il faut agir d'une manière détournée pour arriver à la solution de la question.

J'ai, dans ce but, dissocié soigneusement sur une lame de verre un muscle dont les faisceaux primitifs contiennent de nombreux noyaux, un muscle rouge de lapin par exemple. L'isolement effectué aussi convenablement que possible, j'ai ensuite rompu de distance en distance la substance musculaire, plus friable que le sarcolemme, de façon à mettre ce dernier en évidence sur certains points. Pour déterminer cette rupture je me suis servi d'une aiguille courbe dont j'ai appuyé avec une certaine force la convexité sur

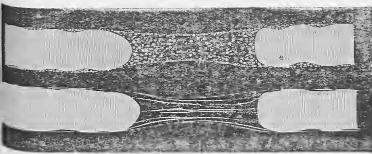


Fig. 27. — Faisceaux primitifs rompus, laissant voir le sarcolemme au niveau de leur rupture. — La figure inférieure montre l'aspect produit par l'action de la potasse.

les faisceaux musculaires, de façon à imprimer sur leur surface des sortes d'encoches. La préparation ayant été recouverte d'une lamelle, sans addition d'aucun liquide, montrait nettement le sarcolemme étendu sous forme de gaînes entre les ruptures, et j'ai pu facilement constater que les images microscopiques n'avaient point sensiblement changé après introduction sous la lamelle, et par capillarité, d'une goutte de solution de potasse à 40 p. 100. (*Fig. 27.*)

On serait d'abord tenté de déduire d'une pareille observation que la potasse à 40 p. 100 n'exerce sur le sarcolemme aucune action dissolvante. L'analyse minutieuse du fait dans ses détails va cependant nous conduire à une conclusion tout opposée, en nous montrant que le sarcolemme, loin de demeurer intact, s'est totalement dissous et a disparu dans la réaction.

Si l'on examine attentivement les préparations, on voit en effet, Messieurs, qu'au niveau des ruptures l'intervalle entre les deux segments musculaires rétractés est comblé par un corps demi-solide, réfringent, semé de granulations plus ou moins nombreuses, et qui n'est que le moule du boyau sarcolemmique dont il reproduit simplement la forme générale. Ce moule est lui-même le simple résultat de la coagulation du plasma musculaire sous l'action de la potasse, et l'on sait que ce plasma s'épanche régulièrement dans la cavité du sarcolemme toutes les fois qu'un faisceau primitif a été rompu soit dans le muscle vivant, soit dans le muscle mort et même après que s'est produite la rigidité cadavérique. Or, on examinant avec un objectif à grand angle d'ouverture les bords du moule produit par l'action de la potasse, on reconnaît que le double contour indicateur du sarcolemme n'existe plus, et que conséquemment le coagulum n'est nullement recouvert par une membrane. D'un autre côté, les granulations dont il est parsemé se poursuivent jusqu'au bord lui-même, et n'en sont point séparées par une bande claire et régulière, comme il arriverait nécessairement si le sarcolemme était conservé.

La gaîne formée par le sarcolemme n'est pas seulement détruite par la potasse au niveau des ruptures musculaires, c'est-à-dire sur les points où elle formait des boyaux libres avant l'action de l'alcali. Elle disparaît également à la superficie du faisceau et dans la continuité de ce dernier. Au voisinage des ruptures, et consécutivement à sa rétraction la substance musculaire devient ondulée, de telle sorte qu'entre les ventres des ondes successives apparaissent des espaces en forme de nacelles, intermédiaires au muscle déprimé et au sarcolemme. Ces espaces sont remplis par le plasma musculaire. Après l'action de la potasse, ce dernier s'est coagulé et paraît semé de granulations qui s'avancent jusqu'au bord rectiligne qui limite le muscle en dehors. A ce niveau encore, le sarcolemme est donc entièrement dissous, nulle part il ne résiste à l'action de la potasse, il ne peut donc être complétement assimilé au tissu jaune élastique sur lequel les alcalis concentrés n'ont aucune action. Nous avons vu qu'il ne peut l'être davantage au tissu conjonctif, détruit rapidement par l'ébullition. Il n'est pas enfin comparable aux membranes cellulaires. Si l'on soumet en effet une grenouille à l'action prolongée de l'eau chauffée à 55°, le sarcolemme finit par se dissoudre. Il l'est même complétement à un moment où les cellules cylindriques à cils vibratiles du pharynx, et notamment leur plateau, ne sont encore nullement attaquées. Cette dernière assimilation du sarcolemme à une membrane de cellule n'apprendrait en outre absolument rien sur sa nature. Actuellement, en effet, les notions que nous possédons sur les membranes cellulaires sont fort incomplètes. L'existence même de ces membranes est discutable et, pour en donner un exemple, il suffira de rappeler que celle qu'on avait considérée longtemps comme la plus évidente, et comme le type de toutes les autres, la *membrane de l'ovule* doit être regardée comme une cuticule qui n'appartient pas à l'œuf lui-même mais bien aux cellules épithéliales du follicule de Graaf.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours pour une place d'aide d'anatomie. — Un concours public pour une place d'aide d'anatomie sera ouvert le lundi 10 avril 1876, à midi, dans une des salles de la Faculté. Tous les élèves de la Faculté sont admis à concourir. Le candidat nommé entrera en fonctions à la première vacance, et au plus tard le 15 mars 1878. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (bureau des renseignements). Les inscriptions sont reçues tous les jours, de 1 h. à 5 h., depuis le 22 mars courant jusqu'au samedi 8 avril.

MALADIES DES OREILLES

De la myringodectomie;

Par M. le Dr C. MIOT (1).

CHAPITRE II.

Art. I. Des indications de la perforation du tympan.

On doit perforer le tympan lorsqu'il y a : 1° Collection dans la caisse ; (Etat aigu, état chronique, épanchement sanguin) ; 2° Oblitération de la trompe ; 3° Sclérose de la caisse, c'est-à-dire épaississement, sécheresse et rigidité de la muqueuse de la caisse ; 4° adhérences du tympan aux parties voisines ; 5° bourdonnements déterminés par la tension anormale du tympan et des osselets.

1° *Collection liquide dans la caisse. — Etat aigu.* — La nécessité de donner issue de bonne heure à une collection purulente avoisinant des parties importantes est admise par tous les praticiens. Cette indication générale est d'autant plus formelle relativement à la caisse du tympan que celle-ci est traversée par la chaîne des osselets dont l'importance est grande au point de vue fonctionnel et qu'il n'y a pas dans le corps humain, d'après de Troeltsch, de cavité aussi étroite entourée d'autant d'organes essentiels. En effet, sa paroi inférieure est en rapport avec le golfe de la veine jugulaire et les nerfs pneumogastrique, glosso-pharyngien, hypoglosse, accessoire de Willis, qui l'avoisinent et peuvent être comprimés par un thrombus de cette veine(2). Sa paroi supérieure qui présente souvent des pertes de substance (3) est tapissée par les méninges, tandis que sa paroi interne, formée en partie par le vestibule et le limaçon, est voisine du nerf facial et de l'artère carotide interne. Quant à son extrémité postérieure, elle aboutit aux cellules mastoïdiennes.

On doit donc ouvrir en temps utile une large issue à une collection purulente renfermée dans la caisse, afin d'empêcher l'inflammation de s'étendre aux parties voisines. C'est pour avoir méconnu cette nécessité qu'on a vu survenir des accidents graves et même mortels, chez les enfants en bas âge principalement. A cette époque de la vie, en effet, une terminaison fatale est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Philippeaux (4) a réuni neuf observations de cas suivis de mort sans perforation du tympan ; plus récemment d'autres faits de ce genre ont été signalés et les autopsies se multipliant, on arrivera bientôt à reconnaître qu'un grand nombre d'accidents cérébraux ont pour cause une inflammation aiguë de l'oreille moyenne. Ces exemples prouvent l'erreur dans laquelle est tombé Kramer (5) en posant en principe que la perforation a toujours lieu dans les inflammations suppuratives aiguës de la caisse.

Malgré les travaux de Busson (6) qui a conseillé le premier de donner issue à la collection purulente, ceux d'Itard (7) et les services rendus dans les cas de cette nature par la perforation artificielle, les praticiens ont négligé longtemps ce mode de traitement.

Les travaux de Troeltsch (8), Schwartze (9) ont de nouveau attiré l'attention sur cette pratique chirurgicale, la plus efficace à un moment donné, pour combattre l'inflammation suppurative aiguë de la caisse. Elle est préférable, suivant Schwartze, à la perforation spontanée parce qu'elle abrége les douleurs, empêche le tympan d'être éliminé par la gangrène dans une étendue variable, et prévient la perforation persistante qui peut être la suite de cette élimination.

L'opération doit être faite lorsque les douleurs augmentent rapidement malgré le traitement antiphlogistique :

1° Dans la myringite symptomatique d'une affection du conduit ; 2° dans la myringite symptomatique d'une inflammation suppurative aiguë de la caisse. Il est donc essentiel de faire d'abord le diagnostic exact de ces deux états pathologiques.

Dans le premier cas, la couche cutanée du tympan se vascularise la première. Bientôt ses tissus se tuméfient ; sa surface devient inégale, humide, très-rouge, parsemée de grumeaux blanchâtres de pus ou d'épithélium, et l'on n'y distingue plus aucun détail physiologique. La peau de la portion osseuse est rouge aussi. C'est à ce moment qu'il est utile de scarifier la membrane à sa périphérie ou même de l'inciser si l'hypérémie coïncide avec des douleurs vives, et ne cède pas au traitement antiphlogistique.

Dans le second cas, l'aspect du tympan diffère peu ; seulement l'inflammation envahit d'abord la muqueuse de la membrane, et le manche du marteau, au lieu de devenir rapidement invisible, reste apparent pendant un certain temps. De plus, le tympan est projeté en dehors par la collection liquide. Sa partie saillante comprend ordinairement ses deux tiers postéro-supérieurs, ou sa moitié postérieure, mais peut intéresser d'autres points. Rouge d'abord, sa teinte devient blanchâtre puis d'un blanc jaunâtre à mesure que la saillie est plus prononcée.

L'insufflation d'air dans l'oreille moyenne par l'un des procédés connus et l'auscultation au moyen du tube otoscope de Toynbee ou de mon tube conique, permettent de savoir si la trompe et la caisse renferment un liquide. Dans ce cas, on entend quelques craquements humides, un râle crépitant ou un gargouillement.

Collection liquide dans la caisse. Etat chronique.— Les collections liquides qui se forment dans la caisse du tympan, pendant le cours de l'inflammation chronique de cette cavité, nécessitent la perforation artificielle, et bien que les praticiens ne soient pas d'accord sur les résultats de cette opération, les faits publiés par Schwartze, ceux qui sont consignés dans mes observations, me paraissent prouver l'efficacité de cette pratique.

On reconnait la présence d'un épanchement de mucus dans la caisse aux signes suivants : la membrane du tympan, souvent épaissie, rigide à sa périphérie, est ordinairement amincie, distendue dans d'autres points et se fait remarquer par une saillie assez prononcée du côté du conduit.

Cette saillie, dont la forme est généralement arrondie, a une surface lisse, demi brillante et peut être comparée à une bulle de pemphigus. Sa coloration se rapproche du gris de mucus et présente parfois quelques teintes claires, jaunâtres ou rosées.

Son volume varie entre celui d'un grain de blé et celui d'un noyau de cerise et devient plus ou moins considérable suivant que, par l'insufflation ou par l'aspiration, on augmente ou on diminue la pression de l'air renfermé dans la caisse. En touchant la surface de cette tumeur avec un stylet boutonné, on éprouve une résistance molle caractéristique et on constate qu'elle est à peu près insensible au contact de l'instrument.

Toutefois, le liquide renfermé dans la caisse ne produit pas toujours une saillie vésiculeuse à la surface du tympan et peut donner seulement aux parties inférieures de cette membrane une coloration foncée, d'un gris sombre, brunâtre ou verdâtre.

Dans d'autres cas, le niveau de ce liquide est indiqué par une ligne sombre, et se déplace facilement lorsqu'on fait prendre des positions différentes à la tête du malade. Quelquefois enfin pendant l'insufflation d'air dans la caisse ou l'emploi du spéculum pneumatique (fig. 28 (1)), on voit des bulles d'air se dessiner dans le liquide sous la forme de circonférences demi-brillantes.

Collection liquide dans la caisse.— Epanchement sanguin.— La perforation artificielle du tympan n'est pas indiquée dans les épanchements sanguins qui se produisent

(1) Voir le n° 1[illegible].
(2) Bœk. — D[illegible], n° [illegible]8.
(3) Hyrtl. — C[illegible] Toynbee. [illegible]
(4) *Ouv. cité.*
(5) *Ouv. cité.*
(6) In-4°, Paris. 17[illegible]2.
(7) *Ouv. cité.*
(8) *Ouv. cité.* — (9) *Monographie citée.*

(1) *Description de quelques instruments nouveaux* : Galante. Paris, 1869.

dans la caisse à la suite d'une lésion d'un gros vaisseau, parce que ces hémorrhagies deviennent mortelles après s'être répétées un certain nombre de fois. Un traitement exceptionnel, tel que la ligature de la carotide externe ou du tronc brachio-céphalique, a seul quelque chance de sauver la vie du malade. Je ne m'occuperai donc que des collections sanguines simples se formant sous l'influence de causes signalées plus loin.

Sténon et Morgagni, d'après Saissy (1), ont les premiers attiré l'attention sur la présence du sang dans la caisse du tympan. Depuis cette époque, Fabrice de Hilden (2), Littré (3), Astley Cooper (4), Philippeaux (5) ont publié des faits intéressants. Toutefois les praticiens ne sont pas unanimes sur l'opportunité de la myringodectomie dans les épanchements dont il est question.

Fig. 28.

Le docteur de Troeltsch, par exemple, conteste l'utilité de cette opération parce que, d'une part, le sang épanché se coagule immédiatement sous l'influence de l'air qui pénètre dans la caisse et se résorbe naturellement, et que d'autre part, l'opération peut déterminer une inflammation suppurative de la caisse. J'opposerai aux objections de ce savant praticien les considérations suivantes :

1° La collection sanguine, quand elle est abondante, donne parfois naissance à une inflammation aiguë de la caisse qui se termine souvent par suppuration.

2° Le plasma, s'il n'est pas résorbé complétement, se dépose sur des parties importantes comme les osselets, les fenêtres, et gêne la transmission des ondes sonores à l'oreille interne.

3° La perforation artificielle permet de faire écouler dans le conduit les liquides injectés dans la caisse, afin de désagréger les parties plastiques du sang épanché.

Les collections sanguines se forment ordinairement à la suite de chutes ou de coups sur la tête, pendant les quintes de toux et le cours de maladies générales graves, telles que la fièvre typhoïde, la variole, la rougeole, etc. On les reconnaît aux symptômes qui suivent : Lorsque, par suite d'une des causes énoncées ci-dessus, le malade a rendu du sang par l'oreille et est devenu sourd, on doit se demander s'il y a une fracture des os du crâne ou une simple collection sanguine avec ou sans perforation. (Celle-ci peut avoir existé et être cicatrisée quelques heures après l'hémorrhagie.) Cet état pathologique doit nous occuper à l'exclusion de la fracture du rocher pour laquelle nous renvoyons aux traités spéciaux.

(1) *Ouv. cit.*
(2) Cent. [illegible], [illegible] 12.
(3) *Mémoires de l'Académie des sciences*, 17[illegible].
(4) *Ouv. cit.* — (5) *Ouv. cit.*

En examinant un malade peu de temps après l'épanchement, on constate, s'il y a eu rupture du tympan, la présence du sang dans le conduit et celle d'un caillot sanguin entre les lèvres de la plaie.

Il n'est pas nécessaire d'ajouter que la paracentèse devient inutile si la perforation spontanée persiste pendant un laps de temps suffisant.

La surface du tympan, après l'accident, n'a plus sa translucidité ordinaire et se fait remarquer par sa convexité du côté du conduit lorsque l'épanchement est considérable, et par des reflets rougeâtres sur tous les points en contact avec le sang. Ces reflets pourraient même faire croire à une inflammation aiguë si dans la plupart des affections de ce genre l'absence de symptômes particuliers à cet état ne dissipait tous les doutes. On peut voir pendant les mouvements exécutés par la tête du malade le niveau du liquide se déplacer, ce qui n'a pas lieu si l'épanchement est abondant. Dans le premier cas, l'air insufflé dans la caisse produit un râle crépitant de gargouillement. Dans le second, on n'entend parfois ces bruits anormaux qu'après plusieurs insufflations consécutives. Quand la coagulation a eu lieu, les reflets rouges n'existent plus et le tympan a des teintes brunâtres très-accusées. Il peut aussi avoir contracté des adhérences avec les diverses parties de la caisse et l'insufflation d'air ne produit plus qu'un bruit de souffle rude ou râpeux. (*A suivre*).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. CHARCOT.

Des altérations pathologiques du foie.

1re LEÇON : **Résumé des notions d'anatomie normale du foie.**

Messieurs,

I. Ainsi que je vous l'ai annoncé, il s'agira en premier lieu de l'*anatomie pathologique du foie*; c'est dire qu'il nous faut au préalable nous assurer de connaissances solides relatives à l'anatomie de l'organe dont nous voulons entreprendre d'étudier les altérations. Je suppose l'anatomie descriptive bien connue de vous tous et j'ai la conviction que l'anatomie histologique vous est également familière. Cependant, en ce qui concerne cette dernière, il est un certain nombre de points sur lesquels nous devons nous entendre; car, sans cela, à chaque pas, nous pourrions nous trouver en présence d'écueils difficiles à éviter. Je vous demande donc la permission d'entrer dans quelques développements à propos de l'anatomie délicate du foie. Vous n'aurez pas à regretter, je crois pouvoir vous le promettre, le temps que nous consacrerons à cet examen préparatoire. Chemin faisant d'ailleurs, pour soutenir votre attention, je saisirai toutes les occasions de relever les applications, qui peuvent être faites à nos études spéciales, des notions que je vais vous remettre en mémoire.

II. La *structure lobulaire* du foie est la première question à laquelle nous devons nous attacher; vous allez reconnaître immédiatement que, pour l'anatomiste qui ne veut pas s'arrêter à la surface et qui prétend pénétrer jusqu'aux modifications de structure, la connaissance de la constitution lobulaire du foie est vraiment la clef de la situation.

Il y a longtemps qu'on sait que le foie est composé de parties similaires, toutes faites sur le même modèle et qu'on désigne sous le nom de *lobules*, d'*acini*, d'*insulæ hepatis* C'est à Wepfer et à Malpighi qu'il convient de faire remonter les premières notions sur ce sujet. Avant eux, on n'était pas fort difficile sur les détails de structure et l'on se contentait de croire, avec Galien, que la chair ou substance du foie — premier organe de la sanguification et foyer de la chaleur animale, n'est à peu près que du sang desséché et épaissi, mais c'est un médecin anglais, Kiernan, auteur d'un travail fondamental inséré dans les *Philosophical Transactions* en 1833, que sont dues les premières connaissances régulières et vraiment anatomiques, relativement à la stucture lobulaire du foie.

On représente généralement, depuis Kiernan, les lobules hépatiques comme des feuilles reposant sur leur pétiole, les feuilles du chêne par exemple, l'arbre qui porte ces feuilles n'étant autre que la veine hépatique ramifiée. Le pétiole correspond à une petite veinule émanée de cette veine hépatique et qu'on désigne sous le nom de *veine intra-lobulaire*.

En réalité, cet aspect foliacé n'est vrai qu'autant que l'on

examine des coupes pratiquées suivant le [illegible] des lobules, car le lobule tout entier, considéré [illegible] ou [illegible] bien distinct, bien délimité, comme il l'est chez le porc par exemple, consiste en de petites masses [illegible] à cinq ou six faces, ayant un diamètre de 1 à 2 [illegible] et possédant une base qui repose sur des rameaux de la veine hépatique appelés *veines sublobulaires*, des faces latérales, enfin un sommet plus ou moins arrondi ou aplati.

Si l'on ouvre la veine hépatique en procédant des grosses branches vers les petites, on arrive à un moment donné à constater sur certains rameaux une disposition [illegible] et assez singulière de la membrane interne. Jusque-là cette membrane paraissait percée de pertuis plus ou moins [illegible]. Au niveau des branches de division relativement [illegible] sur la paroi des vaisseaux auxquels je [illegible] tout à l'heure, on note l'existence d'un très-grand nombre de petits trous, régulièrement placés à des intervalles à peu près égaux et séparés les uns des autres par de légers [illegible], formant par leur réunion un système réticulé, qu'on aperçoit au travers de la paroi veineuse qui est transparente.

Les branches des veinules hépatiques, qui offrent cette disposition, ne sont autres que les *veines sublobulaires* de Kiernan. Les petits orifices répondent au point d'insertion des dernières ramifications des veines hépatiques ou, en d'autres termes, des *veines intralobulaires* qui occupent, leur nom l'indique, la partie centrale de chaque lobule; les sillons qui entourent ces pertuis correspondent à la base de chacun des lobules.

Quant aux lobules, chez le cochon qui, dans cette matière, est [illegible] propre aux études préalables, chacun d'eux est [illegible] enveloppé, excepté au niveau de la surface basale par une sorte de gaîne conjonctive, dépendance de ce qu'on appelle la capsule de Glisson. Cette gaîne sert, à proprement parler, de support aux ramifications de la veine porte. Celles-ci, venues par une voie différente de celle qui conduit les veines hépatiques, s'insinuent dans les espaces interlobulaires, à la manière d'un arbre qui plonge ses racines dans les interstices d'un sol pierreux : J'emprunte cette comparaison assez juste à Hering. De fait, on désigne sous le nom de *veines inter-lobulaires* les ramifications ultimes de la veine porte qui s'[illegible] ainsi dans les interstices des lobules.

La veine porte n'est pas la seule à fournir des vaisseaux méritant l'appellation de *inter-lobulaires*, il y a aussi des ramifications artérielles qui s'enfoncent dans l'intervalle des lobules. Enfin, les canaux biliaires, les lymphatiques envoient également des ramifications inter-lobulaires.

III. Les coupes pratiquées dans la substance du foie, perpendiculairement au grand axe des lobules, et examinées au [illegible] un faible grossissement, permettent d'acquérir [illegible] des données exactes sur l'arrangement général de toutes ces parties.

Les lobules coupés en travers, — il s'agit toujours du foie de porc, — se montrent sous forme d'espaces polygonaux, à cinq ou six côtés juxtaposés, mais dont les angles sont arrondis. Au centre de figure de chacun de ces espaces, on voit un orifice arrondi, c'est la section de la veine centrale ou intralobulaire. — On désigne sous le nom d'*espaces* [illegible] Kiernan les espaces laissés entre les lobules, par le fait de l'arrondissement des angles. Dans ces espaces se voient des ramuscules de la veine porte entourés par la gaîne conjonctive ou capsule de Glisson. De ces veinules partent des ramifications qui s'insinuent dans les fentes étroites ou fissures (fissures-Kiernan), qui réunissent les espaces.

Outre les branches de la veine porte, les espaces triangulaires contiennent : 1° une ou deux artérioles, provenant de l'artère hépatique; 2° un ou plusieurs canalicules biliaires, [illegible] du canal hépatique; 3° enfin, des lymphatiques et [illegible] sont englobés par la capsule de Glisson. — Les ramifications, nées de ces divers vaisseaux, pénètrent dans les interstices qui, chez le cochon, sont comblés comme ces espaces, par la gaîne conjonctive.

IV. L'orientation dans l'examen microscopique préliminaire des lobules repose sur ces dispositions très-faciles à constater chez le cochon, [illegible] moins faciles, bien moins reconnaissables [illegible] chez l'homme, dont les [illegible] sont beaucoup moins distincts. Chez l'homme [illegible], les interstices ou fissures ne sont pas toujours [illegible] dessinés. Souvent ils sont purement [illegible] qu'ils sont par suite de la fusion de la [illegible] des lobules voisins. Il n'en est pas de même des [illegible]. La capsule [illegible] dans [illegible] sans peine, à [illegible], à son [illegible] de la veine porte, celle des rameaux satellites de l'artère hépatique et des canalicules biliaires. En réunissant ces espaces par des lignes fictives, on circonscrit le lobule au centre duquel on ne tarde pas à découvrir la veine intra-lobulaire sous l'aspect d'un orifice solitaire, privé de capsule conjonctive, et par conséquent adhérent, de toutes parts, à la substance même du lobule. Ce sont là, Messieurs, les premiers points de repère, qu'il faut apprendre à utiliser pour l'orientation, précaution indispensable lorsqu'on veut fixer la topographie des lésions hépatiques.

Quelques exemples vous feront mieux comprendre l'importance de cette orientation. Les lésions hépatiques ne sont pas constamment disséminées comme au hasard dans les diverses parties du lobule. Il en est qui occupent presque exclusivement la partie centrale, dans le voisinage immédiat de la veine intra-lobulaire. Telles sont: 1° les lésions congestives de cause cardiaque ; 2° l'infiltration pigmentaire résultant de l'oblitération de gros canaux biliaires ; 3° l'infiltration graisseuse physiologique, temporaire, qui se rencontre constamment, d'après les travaux de M. de Sinéty, chez les femelles en lactation ; 4° d'autres lésions occupent la région périphérique du lobule; telles sont : *a* l'infiltration graissense physiologique et transitoire de la digestion; — *b*) la dégénération graisseuse qui constitue un des caractères de l'altération dite foie muscade, altération qu'on observe si communément dans le cas de gêne de la circulation abdominale consécutive aux lésions cardiaques et pulmonaires.

Enfin, il est des altérations qui se localisent dans la région intermédiaire du lobule, celle qui s'étend entre la zone centrale confinant à la veine intra-lobulaire et la zone périphérique confinant aux ramifications inter-lobulaires de la veine porte : la dégénération amyloïde appartient à cet ordre d'altérations.

Nous aurons à rechercher, en temps et lieu, la raison de ces diverses localisations, mais j'ai tenu à faire ressortir dès à présent l'intérêt qu'offrent, à notre point de vue, les études d'anatomie normale que nous avons entreprises et qui seront complétées dans la prochaine séance.

Toutefois, avant de nous séparer, je voudrais vous montrer comment les notions déjà acquises nous serviront à interpréter les apparences que fournit, à l'œil nu ou armé seulement de la loupe, l'examen du foie.

Le foie d'un animal vivant et sain est d'une couleur rouge brun, uniforme. Sur le foie de l'animal mort, et surtout sur celui de l'homme, on observe une disposition régulière, consistant en un semis de petites plaques rouge-brun, entourées d'un cercle formé par une substance claire-jaunâtre. Au centre des petits îlots rouges, on distingue un tout petit point plus rouge, répondant à la veine intra-lobulaire.

La coloration rouge du centre tient à l'engorgement, pour ainsi dire normal, dans les conditions cadavériques, des capillaires qui appartiennent à la veine hépatique. La substance de la périphérie du lobule, avons-nous dit, est claire et jaunâtre, cet aspect est dû : 1° à ce que cette partie est dans les conditions susdites, relativement exsangue; 2° à la présence habituelle, principalement chez l'homme, de granulations graisseuses dans les cellules hépatiques de la région.

Voici quelles sont, Messieurs, je le répète, les conditions pour ainsi dire normales, mais ces apparences peuvent être modifiées plus ou moins profondément par l'état pathologique et même par certaines circonstances physiologiques. Je vous rappellerai d'abord la stéatose de la lactation, dans laquelle le centre du lobule est accusé par un point clair, jaunâtre, dû à la présence de granulations graisseuses dans les régions centrales. Cette fois, la substance rouge occupe la périphérie du lobule (de Sinéty). La congestion des vaisseaux portes produit une apparence analogue, en ce sens que, sous cette influence, la périphérie du lobule paraîtra plus foncée que la partie centrale.

Vous voyez ainsi, Messieurs, à quoi tiennent les apparences qui avaient fait admettre l'existence dans le foie de deux substances, l'une rouge et l'autre jaune, et vous voyez que le siége de ces deux prétendues substances est variable. C'est encore à Kiernan surtout que nous devons la critique de cette théorie des deux substances du foie, théorie qui est complétement tombée en désuétude depuis l'application usuelle du microscope aux études d'anatomie normale et pathologique (1). (*A suivre*).

(1) *Erratum.* Dans la seconde ligne du [illegible] paragraphe de la première partie de [illegible] 1, page 25, colonne 2, au lieu de [illegible] qui [illegible], lisez qui consiste à [illegible].

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Projets de loi sur l'administration de l'armée et l'organisation du service militaire médical dans les hôpitaux civils.

Nos lecteurs n'ont pas oublié qu'à la fin de la dernière session, l'Assemblée nationale, préoccupée de certaines réclamations vivement émises, et justement fondées, avait renvoyé à ses successeurs des projets qui lui avaient été présentés un peu à la hâte.

Le Sénat actuel et la nouvelle Assemblée viennent d'être saisis d'urgence de ces mêmes réformes : M. le Ministre de la guerre a déposé d'une part un projet de loi sur l'administration de l'armée, le 14 mars 1876, et d'autre part, un projet de loi sur l'organisation des hôpitaux militaires, se trouve inséré à l'*Officiel* du 27 courant (1). En sorte que nous possédons aujourd'hui sur la matière : le travail d'une première commission, rapporteur M. Bouisson ; celui de la commission mixte, président M. d'Audiffret-Pasquier, rapporteur, M. X. Bouchard ; celui de la Commission de l'armée, rapporteur M. d'Harcourt, et enfin deux projets modifiés de M. le Ministre de la guerre, car le dernier connu n'est plus celui qui fut présenté en 1875.

Nous n'envisagerons, bien entendu, que la partie se rattachant à la médecine. Or, plus ces projets se modifient sous l'influence visible et incontestable des bureaux de la guerre, moins nous voyons de réformes utiles, plus l'horizon semble s'obscurcir pour nos collègues de l'armée.

Toutes les objections que nous avons faites au projet d'Harcourt, dans notre numéro du 4 décembre 1875 subsistent; mais en outre la position nous parait singulièrement aggravée. L'omnipotence des intendants, l'annihilation effective, quoique voilée, de la médecine militaire ressort évidente de toutes ces modifications. Et malheureusement comme l'urgence a été obtenue, il est à craindre que les Chambres, complétement absorbées par d'autres idées, pressées par le Ministre, ne votent de confiance des dispositions qui deviendraient la ruine du corps ou mieux du personnel des officiers de santé, l'expression *corps* étant réservée aux fonctionnaires de l'Intendance.

Les bureaux de la guerre, c'est-à-dire l'ancienne administration, tout empreints des idées de l'État-major et de l'Intendance, auront obtenu en revenant dix fois à la charge, en usant d'une ténacité sourde mais invincible, en modifiant successivement les premières idées émises après nos désastres, ces bureaux, disons-nous, personnifiés dans un seul homme, inattaquable par le temps lui-même, réaliseront le rêve qu'ils poursuivaient déjà pendant la guerre de Crimée : la soumission absolue de tous les services à l'Intendance. Si le bon sens parait devoir éloigner seulement de leur influence immédiate la partie médicale, cet impedimentum doit disparaître. Qu'importe après tout, la nature des soins fournis au soldat : pourvu qu'il y ait au régiment un médecin, quel qu'il soit, la formalité est remplie, le public n'a rien a dire. Ah ! s'il s'agissait d'un cheval, qui ne s'acquiert qu'à prix d'argent, la chose serait différente ! Mais un homme se remplace sans bourse délier, la nécessité du service médical est surtout une affaire de forme. Telle est la vérité.

Plus que jamais, dans ce dernier projet, la médecine militaire reste, en réalité, sous la férule de l'Intendance, malgré quelques dispositions qui pourraient, après une simple lecture superficielle, faire croire à une disposition contraire.

L'article 31 (Titre IV, ch. II) donne en apparence la direction médicale et hygiénique des hôpitaux et ambulances au médecin. Il est permis de se demander à qui la direction médicale aurait pu être confiée. Mais cette direction s'exerce encore dans les limites des allocations *ordonnancées* par le fonctionnaire de l'Intendance. Remarquez que pour les autres services, les directeurs en ordonnancent les dépenses, lesquelles sont ensuite contrôlées ; mais ici, le médecin relève d'abord du général commandant, et, par la plus étrange contradiction, la seule dans l'armée, il reste soumis à l'intendant pour l'autorisation de la plus minime dépense. C'est là, ce *terrible contrôle préalable* auquel viennent d'échapper les autres services, et qui reste imposé aux hôpitaux. C'est la servitude absolue : de ce côté, rien de changé d'avec les régimes antérieurs.

Ajoutons que le contrôle premier de l'administration de l'hôpital est toujours exercé par ce même Intendant ordonnateur, et que le contrôle supérieur l'est encore par un fonctionnaire supérieur de l'Intendance (inspecteur général de la guerre).

Enfin, au ministère, de qui relèveront les hôpitaux sinon des intendants, puisqu'il n'est pas créé de direction médicale du service de santé ?

Ainsi, intendant pour le plus minime ordonnancement, intendant pour les deux contrôles, intendant au ministère. Et c'est dans ces conditions que la médecine militaire croit être autonome !

Quand le dernier projet d'Harcourt fut déposé, un cri s'était élevé dans la presse pour protester contre la désassimilation infligée aux officiers de santé dont la hiérarchie comportait depuis 1860 l'équation du grade militaire. Les intendants avaient été compris dans cette mesure. Aujourd'hui ces derniers reprennent l'assimilation et de plus la *concordance* du grade, mais les médecins restent en dehors de ce rétablissement. Il est à penser que les singuliers services rendus par l'Intendance, pendant la dernière guerre, lui ont valu cette faveur que les médecins n'ont pu conserver, malgré la mortalité qui les a décimés en Crimée, au Mexique etc., etc. Peut-être, dira-t-on, la nouvelle organisation met-elle le médecin militaire en dehors de toute relation avec les personnes militantes et s'il ne participe pas réellement à la vie du soldat, cette disposition humiliante devient tolérable, tandis qu'au contraire, l'intendant, vivant dans ses bureaux, au milieu de la comptabilité, loin du régiment en un mot, a besoin, lui, pour conserver son influence, du prestige qu'impose le grade, car, quoi qu'on fasse, un médecin instruit, par le prestige de sa profession, aura toujours de l'influence.

Le deuxième projet relatif au service militaire organisé dans les hôpitaux civils peut se résumer en quelques mots : Pour faire de sages économies sur les bâtiments, et diminuer encore le cadre des médecins militaires, pour mieux répartir les ressources médicales dans chaque corps d'armée, il sera créé autant que possible des hôpitaux au centre

(1) Nous reproduisons plus loin (p. 262), ce projet de loi qui a été renvoyé à l'examen d'une Commission composée de onze membres, parmi lesquels six appartiennent au corps médical, ce sont : MM. Liouville, Marmottan, Buyat, Soye, Laussedat et Th. Roussel.

de régions. Les hôpitaux militaires seront remplacés par des salles militaires ouvertes dans les hôpitaux civils. Ces derniers seront tenus de recevoir et *de traiter les malades militaires*.

Ce sont ces derniers mots qui nous paraissent consommer la ruine de nos collègues de l'armée. Nulle part, dans les nouveaux articles de cette loi, le Ministre n'a établi quand cela lui était si facile, que les médecins militaires traiteraient leurs malades dans les salles militaires des hôpitaux civils : il laisse à cet égard les commissions administratives libres de choisir leurs médecins, et on prévoit que des influences extérieures non scientifiques, auxquelles le médecin militaire restera, nous en sommes certain, tout à fait étranger, décideront seules de ce choix.

Quelles seront les effets de cette double mesure : Installation des salles militaires dans les hôpitaux civils.— Traitement du soldat par le médecin civil?

Afin de nous éclairer sur ces questions délicates, nous avons consulté plusieurs médecins militaires des plus distingués. En ce qui concerne le premier point, on peut résumer de la manière suivante leurs objections :

« Différence sociale de la population militaire et de la population générale des hôpitaux civils, surtout dans les grandes villes. — Relations inévitables ; effet déplorable sur l'état moral de l'armée. — Contagion, mortalité plus élevée dans les hôpitaux civils que dans les petits hôpitaux militaires. — Répulsion du jeune soldat, bien élevé, pour entrer à l'hôpital civil ; — pour l'officier surtout, position inacceptable. A l'hôpital militaire, le soldat est chez lui : à l'hôpital civil, il est recueilli dans un hôtel où service, hygiène, habitudes, relations tout est contraire à sa manière de vivre, à ce qu'il est en droit d'exiger surtout quand il est malade. » Et ils ajoutent :

« Ainsi, quand l'Etat se montre partout ailleurs si jaloux de regagner des droits un instant compromis et de conserver des priviléges intéressant la sûreté des grandes institutions du pays, le ministre de la guerre, alors que le soldat fléchit sous les conditions mêmes de la vie militaire, s'en décharge, et le relègue en dehors de sa véritable famille. Ce que, chez d'honnêtes ouvriers, le chef de famille ne ferait qu'à regret pour le dernier de ses serviteurs, l'Etat, de gaieté de cœur, l'établit en règle parmi ceux qui lui paient l'impôt du sang. »

Pour la deuxième partie de cette réforme, nos honorables interlocuteurs relèvent les différences qui résultent, tant pour l'homme que pour le service militaire lui-même, de l'action du médecin civil, lequel est fatalement plus attaquable par la dissimulation, plus accessible aux demandes de prolongation de séjour à l'hôpital, de congés de convalescence, de réformes mêmes ! « Qui n'a pas vu le soldat s'embusquant en hiver dans les salles d'un hôpital pour une papule de la peau, pour la plus minime conjonctivite, ignore, disent-ils, avec quel art il s'insinue dans l'amitié de l'aumônier, des sœurs, du médecin. Les lettres de personnages influents abondent, les recommandations surgissent de tous côtés : le dernier disciplinaire ne croyant ni à Dieu, ni à Diable, devient en 8 jours le chrétien le plus fervent, égrenne son chapelet, porte scapulaires doubles, s'il voit au bout de cette comédie une convalescence de trois mois. »

Il est encore un autre point de vue, très-grave aussi, auquel il faut envisager le nouvel ordre de choses. Si nous prenons parmi nos collègues de l'armée le chiffre 3 des médecins arrivés à la position de médecin traitant, les médecins-majors de 1re classe par exemple, nous voyons que le cadre actuel en comprend 260, dont 190 à peu près employés dans les régiments et 40 en Algérie. Il en reste 30 à peu près disponibles pour les hôpitaux de France, c'est-à-dire un et demi par corps d'armée ou pour 20,000 hommes. Un médecin-major de 1re classe sur 9 appartiendrait donc au service hospitalier de l'intérieur. Et si le projet nouveau parle de *sages réductions*, c'est probablement encore sur ces 30 derniers quelles porteront. L'idée probable du ministère étant, en effet, de laisser le traitement des salles militaires aux médecins civils, la médecine militaire, sauf les médecins principaux, sera essentiellement *régimentaire*. Elle aura pour rôle de reconnaître le matin le pouls du soldat et, si celui-ci est malade, de l'adresser à son collègue civil.

Malgré tout l'intérêt et l'empressement que mettraient assurément les médecins des hôpitaux civils à soigner nos soldats, nous proclamons hautement qu'une telle situation faite à nos collègues de l'armée n'est plus acceptable pour eux. Elle les réduit à un rôle tout au plus digne d'un jeune aide-major entrant dans la vie militaire, mais elle ne peut suffire à de véritables médecins. Vous voulez créer un état-major dirigeant toutes les forces vives qui peuvent lui être adjointes à un moment donné ; mais comment formerez-vous ces hommes, si vous les maintenez pendant 15 ans dans l'éloignement de toute pratique médicale, dans l'isolement scientifique inhérent à la vie régimentaire?

Et voyez quelle inconséquence ! C'est au moment où vous sequestrez le médecin dans des habitudes essentiellement militaires, où il devient le plus intimement mêlé aux habitudes de l'officier, que vous lui donnez, suivant votre euphémisme, une hiérarchie propre, en lui enlevant toute assimilation. Il ne saura même plus à quelle table s'asseoir !

Ainsi, d'un côté, perte de toute stimulation scientifique, entrainement fatal loin de tout travail médical, mélange absolu à la vie de l'officier. Et, d'autre part, déchéance morale, déchéance matérielle, servitude à l'intendance. Telle est la situation nouvelle.

En vérité, nous pouvons nous étonner que les projets n'aient point fait un pas de plus en avant. Ces réformes nous placent, en effet, dans un dilemme absolu : si dans le fond de ces modifications, vous désirez, comme tout le fait croire, la suppression de la médecine militaire, proposez-la franchement. La Société de Genève, présidée par un haut personnage de sang royal, assistée par la cohorte des pères de Saint-Jean de Dieu et de la Doctrine chrétienne, s'occupera des soins corporels du soldat et soignera son âme, avec l'assistance des nouveaux aumôniers militaires : hygiène à la fois médicale et morale ! De là des conséquences incalculables ! C'est là, sans hésitation possible, le but proposé, poursuivi par les initiateurs de ces projets (1).

Mais si vous conservez les médecins militaires, ne leur imposez pas un rôle contraire à toute dignité médicale.

(1) Il pourrait aussi arriver que les assemblées délibérantes fesant entrer dans la pratique le principe de l'obligation du service militaire *pour tous les citoyens, sans aucune exception*, eussent l'excellente idée d'utiliser selon leur âge, leur degré d'instruction, leur situation scientifique les étudiants en médecine et les médecins, en leur attribuant des fonctions en rapport avec leur profession, dans l'arme active, la réserve, l'armée territoriale, etc. C'est là une façon d'envisager la question qui mérite d'être méditée.

Aussi bien, les récents projets du ministère ont causé un tel émoi dans le corps de santé, qu'il nous revient déjà de plusieurs communications verbales, qu'une pétition, si la loi nouvelle passait, serait immédiatement déposée, demandant la faculté pour les médecins militaires de quitter l'armée après 25 ans de service, les plus jeunes pouvant se retirer immédiatement. Cette résolution n'a pas lieu de nous étonner, et peut-être répond elle à certaines espérances secrètes extra-militaires.

Après avoir montré les vices inhérents à toutes ces résolutions successives, nous soumettrons à nos lecteurs, sans prendre parti, quant à présent, les modifications suivantes, qui nous ont été adressées par un homme très compétent en ces matières; elles conservent, d'ailleurs, une partie des articles du dernier projet, tout en permettant de satisfaire les vues économiques de l'administration et les justes aspirations de nos confrères de l'armée. Voici ces modifications:

1° Maintien des officiers de santé dans leur position hiérarchique militaire actuelle, qui n'a jamais gêné en quoi que ce soit le service, et sans laquelle leur situation devient intolérable dans l'armée ;

2° Création au ministère d'une direction du service de santé, confiée à un inspecteur médical ;

3° Installation dans chaque corps d'armée et aux frais de la ville, de petits hôpitaux militaires en constructions légères, analogues à celles qui ont été expérimentées avec succès soit en Amérique, soit à Bourges.

Ces trois modifications aux articles ministériels déjà présentés aux Chambres, mettraient fin, assure notre correspondant, à toutes les plaintes légitimes de la médecine militaire, sans nuire en rien au bien du service, ni à la plus stricte économie, commandée par les circonstances actuelles.

Nous terminerons ces considérations générales, en invitant nos lecteurs à étudier avec soin le projet de loi ministériel, à nous faire part de leurs propres réflexions, nous réservant, après discussion, si les circonstances l'exigent, de formuler très-catégoriquement notre opinion.

BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 *mars* 1876. — PRÉSIDENCE DE M. PARROT.

M. MARTIN fait une communication intitulée : *Recherches sur la structure et le développement des bactériens ou vibrioniens.*

Sans retracer ici les hypothèses si nombreuses dont ces petits organismes si remarquables ont été l'objet depuis leur découverte, je dirai simplement en résumé que nous sommes déjà loin de l'époque où on les rangeait au nombre des animaux, et on les compte généralement aujourd'hui au nombre des végétaux.

Malgré la grande autorité des savants qui défendent cette opinion, je me permettrai cependant de vous communiquer quelques recherches personnelles qui ne me paraissent pas entièrement conformes à cette manière de voir.

Pour démontrer la nature végétale de la bactérie, on s'appuie sur deux points fondamentaux : 1° On admet que les granulations dont elle dérive sont des produits végétaux, des spores répandues dans l'atmosphère. 2° On définit la bactérie comme une cellule végétale unique ou cloisonnée, comment tant, en d'autres termes, qu'un tube *mycélien* — Ces germes, susceptibles de dégénérer en bactérie, appartiennent-ils bien réellement au règne végétal? — Je me propose, de communiquer à la Société des recherches sur ce que j'appellerai *les éléments principaux de la substance contractile vivante* et l'exposé de ces recherches qui eut pour origine les belles leçons de M. le professeur Claude Bernard *sur les tissus vivants*, nous fournira l'occasion de décrire comme faisant partie essentielle de ces éléments contractiles vivants, des granulations tout-à-fait semblables à celles qui dans un liquide en putréfaction dégénèrent en *vibrions*. Nous pourrons seulement alors revenir sur la nature probable de ces genres bactériens. — Pour aujourd'hui, je vais simplement considérer ce second point du sujet : La bactérie est-elle une cellule mycélienne tantôt simple et tantôt cloisonnée?

Dans un liquide en putréfaction, de n'importe quelle origine, ce qui, dans la plupart des cas, frappe surtout l'attention, c'est un nombre énorme de granulations soit isolées, soit réunies en chaînes d'un nombre très-variable d'articles. C'est en présence de ces chaînes de corpuscules sphériques semblables aux agglomérations pareilles de germes végétaux que les auteurs ont affirmé leur nature végétale. Quoi qu'il en soit pour le moment de cette opinion, il est un fait certain admis de tous, c'est que ces chaînes granuleuses se produisent par bourgeonnement. Nous avons clairement vu dans un cas une grappe de deux granulations bourgeonner et former une 3[e] granulation sur la surface latérale d'une des deux premières.....

Sans insister sur ce mode de prolifération déjà bien étudié, j'ai hâte d'arriver au développement ultérieur de ces granulations simples ou accouplées et à la bactérie elle-même.

Pour Cohn qui s'est livré à une étude approfondie de ces organismes, la bactérie est une *cellule* allongée entourée d'une membrane cellulosique et se reproduisant par *scissiparité*..... On voit, d'après ce savant, la cellule bactérienne commencer à se diviser dès qu'elle a atteint environ le double de sa longueur. On voit le protoplasma s'éclaircir sur un ou plusieurs points et il se forme à ce niveau une cloison transversale cellulaire. Mes recherches m'ont conduit à admettre des conclusions un peu différentes.

Prenons une bactérie rectiligne complétement développée et formée encore d'un seul article. A un grossissement considérable, mais encore usuel, elle nous apparaîtra homogène dans toute son étendue. Mais servons-nous alors d'un objectif à immersion d'une très-grande puissance, nous avons fait usage dans ces recherches de l'objectif n° 12 et des oculaires 5 et 6 de MM. Hartnack et Prazmowski —, tube tiré, un gross., de 2,100 à 2,850 diamètres, ombrons aussi le champ de la préparation avec un diaphragme à très-petite ouverture et projetons une très-vive lumière avec un miroir bien centré (il faut le plus souvent un ciel pur, sans nuages, et, dans certains cas, un verre jaune placé sous la préparation facilite l'examen). Nous verrons alors que la bactérie renferme dans son intérieur une chaîne de granulations sphériques, biréfringentes et faisant paraître tel tout l'élément..... Ces granulations peuvent ne pas former une chaîne complète et ne pas arriver au contact l'une de l'autre; elles sont bien en outre de nature protéique, car elles ne diffèrent en rien de celles qui flottent isolées ou en chaînes libres dans le liquide et qui résistent à l'action de l'éther. Ces granulations intra-bactériennes, sont renfermées dans une gangue partout transparente, homogène, mono-réfringente....

Choisissons maintenant une bactérie plus compliquée et présentant sur sa longueur des intersections plus claires, ou en d'autres termes des cloisons cellulaires de Cohn. Examinons-la aux mêmes grossissements et avec les mêmes précautions et nous constaterons alors que cette bactérie contient dans son intérieur une chaîne de granulations sphériques, biréfringentes, chaîne qui est interrompue par points, formant ainsi un certain nombre de segments. Il s'ensuit que lorsque l'objectif est bien au point sur la surface de la bactérie, elle paraît noire dans les portions granuleuses et blanche dans les points où la chaîne de granulations est interrompue. Il se produit le phénomène inverse quand on élève légèrement l'objectif ; c'est là, disons-le en passant, le jeu de lumière que présente une fibre musculaire striée.....

Quoi qu'il en soit, connaissant maintenant les granulations et les chaînes libres, et les chaînes *invaginées* ou *bactéries*, pouvons-nous pénétrer le mécanisme réel de la formation de ces petits organismes?... Admettre que la bactérie n'est qu'une chaîne de granulations qui se sont revêtues d'une gangue protoplasmique, nous semble maintenant chose naturelle; d'autant plus que nous avons une sorte d'intermédiaire admis de tous, nous voulons parler des plaques de *zooglœa* qui ne sont qu'un amas de ces mêmes granulations *invaginées* dans une sorte de gangue transparente, monoréfringente... Du reste, si nous n'avons pas vu une chaîne de granulations se transformer directement en bactérie sur la platine du microscope, nous avons observé des états divers qui ne sont que des intermédiaires entre la granulation isolée et la bactérie complètement développée. On peut voir, en effet, des granulations isolées et des groupes de 2-3 granulations qui s'environnent d'une gangue protoplasmique..... et l'on arrive ainsi à la bactérie complétement développée.

De l'exposé de ces recherches on peut, je crois tirer tout d'abord les conclusions suivantes :

1° Les granulations protéiques qui flottent dans un liquide en putréfaction, après avoir proliféré par bourgeonnement et avoir formé des chaînes d'un nombre variable d'articles, et très-probablement même quand elles sont encore à l'état isolé, s'entourent selon toutes apparences d'une gangue homogène, monoréfringente, transparente, qui cache en partie les granulations et constituent alors les *bactéries*

2° Les bactéries articulées ne sont pas des cellules allongées et accolées bout à bout; ce sont simplement des bactéries ordinaires telles que nous les avons décrites, de longueur très-diverse et dans lesquelles la chaîne de granulations a subi des interruptions en nombre et étendue variables. Au niveau des interruptions la gangue homogène est seule visible avec ses caractères propres. Ce sont ces points transparents de l'élément que les auteurs ont décrits comme une cloison transversale cellulaire.

MM. Picard et Malassez continuent leurs recherches sur les fonctions de la rate : dans de précédentes communications ils avaient signalé l'existence, dans cet organe, d'une grande quantité de fer. Il résulte de recherches nouvelles que le fer est à l'état d'hémoglobine, fixée dans les cellules de la rate, et susceptibles de passer dans le courant sanguin. Si après avoir enlevé à cet organe tout le sang qu'il renferme, on opère le lavage avec de l'eau distillée, le liquide ainsi obtenu donne au spectroscope les raies de l'hémoglobine. La rate lavée, entièrement décolorée ne renferme plus alors que des quantités insignifiantes de fer.

A cinq heures la Société se forme en comité secret. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 mars 1876. — Présidence de M. Chatin.

M. Gubler lit un rapport sur le mémoire que M. Oulmont a consacré à l'étude de l'aconit et de l'aconitine.

M. Hillairet prend la parole pour continuer la discussion soulevée devant l'Académie à propos de la malade de M. Desprès (V. *Progrès médical*, pages 175 et 214). Répondant à M. Devergie, l'orateur assure que la maladie dont il est question n'est pas la lèpre vraie, ni même une forme de lèpre. La lèpre proprement dite, toujours identique à elle-même, a des signes caractéristiques à l'aide desquels on ne peut pas se tromper sur son existence. C'est une véritable maladie précédée de prodrômes (fièvre, douleurs rhumatoïdes, tristesse), et dont les symptômes principaux sont pendant la période confirmée, de l'anesthésie et de l'analgésie en certains points des membres, une sorte d'altération des masses musculaires ayant quelque ressemblance avec l'atrophie musculaire progressive, des taches cutanées d'abord grises ou blanches au niveau desquelles apparaîtront plus tard des bulles pemphigoïdes remplies d'une sérosité trouble et sanguinolente. Dans le cas en discussion, non-seulement les débuts ne ressemblent en rien à ceux de la lèpre ; mais encore la forme et l'aspect des ulcérations et l'ensemble des symptômes fonctionnels du deuxième stade sont absolument différents pour les deux maladies. — Du reste, un puissant motif pour lequel l'idée de la lèpre doit être éliminée, c'est que, contrairement à l'opinion de M. Devergie, il n'existe pas de lèpre propre à notre pays, pas plus qu'il n'existe d'autres affections analogues à celles qu'on désigne sous le nom de pian d'Amérique, de frambœsia, etc. Alibert et M. Devergie lui-même, dans leurs ouvrages respectifs, se sont souvent mépris sur la nature de quelques maladies cutanées ; et ils ont décrit sous le nom de variétés de lèpre des formes, bizarres il est vrai, mais au moins très-vraisemblables, de la syphilis, de la scrofule, de la sclérodermie, etc. La lèpre n'existe plus en France à l'état endémique. On en voit encore cependant quelques cas isolés : cela tient à ce qu'elle peut apparaître sous l'influence de deux causes : ou bien parce que, acquise à l'étranger elle n'apparaît qu'au retour en France, ou bien parce qu'elle a été transmise par hérédité. — La transmission héréditaire peut souvent n'être pas reconnue, car la lèpre a la propriété singulière d'épargner jusqu'à quatre générations successives, tout en conservant son génie infectieux. — Pour en revenir à la malade, M. Hillairet, se fondant principalement sur l'amélioration rapide de l'état général, et sur la guérison des ulcères cutanés sous l'action de simples cautérisations locales à l'aide du chlorure de zinc en dissolution, rejette absolument l'idée émise par M. Devergie.

M. Hardy, comme M. Hillairet, ne pense pas que la commission ait eu à examiner une lépreuse : cependant le cas est difficile et prête parfaitement à une discussion sérieuse. Si le précédent orateur s'est contenté de réfuter son adversaire sans donner un diagnostic, l'orateur actuel va plus loin et conclut chez cette femme à une maladie gangréneuse des extrémités, par troubles trophiques. Il appuie beaucoup sur le phénomène gangrène qui, pour lui, est le fait culminant. C'est là dessus qu'il se fonde pour ranger la maladie discutée dans le cadre étudié par M. Maurice Raynaud. C'est donc une forme spéciale de la gangrène symétrique.

M. Devergie répond à ses contradicteurs en reprenant ce qu'il a dit dans la précédente séance et maintient son diagnostic.

M. Marey lit un rapport sur un travail de M. Malagnano sur le dicrotisme du pouls. — Ce rapport donnera lieu à une discussion qui est renvoyée à une prochaine réunion.

La séance est levée à 5 heures. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances de décembre 1875. — Présidence de M. Charcot.

Cancer de l'estomac. — Fistule gastro-abdominale ; par M. G. Auger, interne des hôpitaux.

Le 22 juillet 1875, entrait dans le service de M. le docteur Guyot, la nommée M... Rosa, âgée de 49 ans, lingère. Cette femme se plaignait de douleurs à l'épigastre, de digestions difficiles ; elle vomissait fréquemment, mais jamais elle n'avait rendu de sang soit par la bouche, soit dans les selles. A la palpation de la région épigastrique, on sentait une tumeur mal limitée, dure, douloureuse à la pression, tumeur qui était indépendante de la paroi abdominale. On fit le diagnostic de cancer de l'estomac et on prescrivit le régime lacté.

Quelque temps après son entrée, cette femme fut prise de fièvre le soir ; la tumeur épigastrique augmenta rapidement, envahissant la paroi abdominale, puis la peau rougit, devint douloureuse à la pression, et par la palpation, on trouva de la fluctuation.

Une ponction fut faite avec un bistouri, au centre du point fluctuant, à 2 ou 3 centimètres de l'ombilic et à gauche, mais sur une ligne horizontale passant par l'ombilic.

Cette incision donne issue à un crachoir de pus louable, sans odeur particulière. Une sonde en gomme, introduite par cette ouverture, pénètre à 5 ou 6 centimètres. A la suite de cette évacuation de pus, la fièvre tombe, la malade mange sans vomissements ni douleurs.

Vers le 16 septembre, un mois environ après l'ouverture de l'abcès, on voit la peau s'amincir tout autour de l'incision, rougir, s'ulcérer dans le largeur d'une pièce de 5 francs en argent, puis gagner l'ombilic. Au fond de la plaie, on trouve des bourgeons végétants et fongueux. Il s'écoule une sanie purulente d'odeur fétide.

Vers le 1er octobre, la trace de la cicatrice ombilicale a complétement disparu, et on trouve à ce niveau une vaste ulcération de la largeur de la paume de la main, à bords décollés, rougeâtres, laissant émerger trois gros champignons fongueux, présentant ensemble le volume du poing. A cette époque, l'écoulement est très-abondant et tellement fétide qu'il faut isoler la malade. Tout autour de l'ulcération, la paroi abdominale, dans une zone de 10 centimètres environ, est rouge, reposant sur une plaque d'induration assez épaisse. Outre l'écoulement de pus, on voit sortir au milieu des champignons, quelques bulles de gaz, mais pas de liquides stomacaux.

L'état général est très-mauvais, la malade a beaucoup maigri, ne mange plus et présente une teinte cachectique très-prononcée.

15 *octobre*. Les champignons cancéreux ont beaucoup augmenté de volume. Ils se sphacèlent, et la chute des parties mortifiées donne lieu à des hémorrhagies très-difficiles à arrêter. Outre les gaz, la plaie abdominale laisse écouler au-dehors tout ce que la malade prend. Les potages s'écoulent immédiatement au-dehors par la fistule gastrique.

La malade succombe le 16 novembre 1875.

Autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une assez grande quantité de sérosité citrine dans l'abdomen, avec quelques flocons fibrineux.

Les intestins ne sont point adhérents entr'eux, mais ils présentent un très-petit calibre.

Seule la paroi antérieure de l'estomac adhère à la paroi abdominale, et seulement dans l'étendue de l'ulcération de la peau.

A l'ouverture de l'estomac on trouve, vers l'extrémité pylorique de ce viscère, un bourrelet blanchâtre, saillant, dur à la coupe, formé par du cancer squirrheux. Depuis cet anneau jusqu'au pylore, la paroi stomacale est infiltrée de tissu cancéreux, et présente une cavité à la partie antérieure de laquelle s'ouvre la fistule qui traversait la peau. La paroi abdominale adhère au pourtour de cette ouverture.

Mais au niveau de la paroi latérale gauche de la région ombilicale, le tissu cellulaire sous-cutané est mortifié et la peau est décollée dans toute cette étendue.

On trouve sur le bord antérieur du lobe latéral droit du foie une masse de cancer encéphaloïde infiltrée dans le tissu de cet organe. Les ganglions mésentériques sont sains.

22. De la contusion du poumon au point de vue de l'étiologie de la gangrène pulmonaire. — Extrait du *rapport de* M. Hanot, sur *la candidature* de M. Graux.

Parmi les présentations faites par M. Graux, il en est une qui, rapprochée de récentes publications, offre un intérêt tout d'actualité.

Il s'agit, en effet, d'une observation intitulée : « *Gangrène de ta plèvre, pneumonie disséquante avec élimination de la plus grande partie de ta plèvre viscérale,* » et présentée ici en commun avec M. Hayem (avril 1874, *Bull.* p. 313, 362); elle s'ajoute à la relation que M. Millard vient de faire de la maladie du professeur D... et au mémoire que M. Bucquoy a publié récemment sur « *la pleurésie dans la gangrène pulmonaire.* » (*Soc. méd. des Hôp.*)

Cette observation confirme plus d'un point relevé dans les deux mémoires et met en lumière une condition étiologique qui n'a pas encore été suffisamment signalée. C'est sur cette particularité que nous allons ici attirer l'attention.

Rappelons d'abord les principaux traits de l'observation :

Obs. I. Il s'agit d'un homme de 38 ans, robuste, bien constitué, toujours bien portant. D'après le récit du malade, il serait souffrant depuis un mois et ce serait à la suite d'une chute violente qu'il aurait vu survenir les accidents dont il se plaint à son entrée à l'hôpital.

Un mois auparavant le malade étant ivre tomba dans un escalier : la chute fut si violente que sur le coup il perdit connaissance ; lorsqu'il revint à lui, deux heures après, il avait une *très-vive douleur* dans le côté droit. Il ne toussait pas auparavant ; *depuis cet accident it n'a pas cessé de tousser* : toutefois il ne cracha pas de sang. Après avoir gardé le lit environ trois jours, il alla reprendre son travail.

A son entrée, il toussa et cracha beaucoup ; ses crachats sont visqueux, ils ne sont ni adhérents, ni colorés, ils ont une odeur fétide. Le malade se plaint d'un très-fort mal de côté, mais *it n'a jamais eu de frisson* et il a une fièvre modérée. On ne trouve plus de traces de la contusion de la paroi thoracique. Les signes physiques sont : à la base un peu de matité, avec souffle tubaire et broncho-égophonie ; — plus haut un mélange de râles crépitants et sous-crépitants.

Sept jours après, le souffle a pris un caractère amphorique, et on trouve à la succussion hippocratique un bruit de flot ; l'odeur des crachats est devenue franchement gangréneuse. *En même temps te point de côte augmente et présente une ténacité remarquable.*

Après une première thoracentèse, qui ne donne que du sang et une seconde pratiquée séance tenante, qui donne issue à un liquide extrêmement fétide, on se décide à faire l'opération de l'empyème. A la suite de cette opération il sort, pendant les premiers jours, de larges lambeaux de plèvre, qui sont projetés au dehors avec un pus très-fétide au moment des lavages. A la face profonde de ces lambeaux adhèrent des débris du tissu pulmonaire sphacélé.

Environ un mois après, pendant les derniers jours de la vie du malade, le liquide qui s'écoule par la plaie devient sanguinolent et on voit sortir des débris de poumon bien différents de ceux qu'on a recueillis les premiers jours : le tissu pulmonaire est rouge, infiltré de sang coagulé, et ressemble à des morceaux d'infarctus.

Le malade meurt d'infection putride.

Autopsie. — Le poumon est complétement décortiqué de son enveloppe séreuse. Il est lui-même atteint d'une pneumonie qui est plus avancée à la périphérie que dans les couches centrales.

Enfin, l'examen microscopique montre qu'il s'agit d'une pneumonie catharro-purulente, présentant cette particularité que les vaisseaux sont oblitérés.

Nous ne ferons que signaler en passant la violence du point de côté du début ; sa persistance, (il a duré plus de 40 jours), sa marche : (il s'est accru constamment au lieu de diminuer).

En second lieu l'insuccès d'une première ponction faite avec l'appareil Dieulafoy, et la facilité avec laquelle on peut passer à côté d'une collection purulente, puisqu'une deuxième ponction pratiquée dans l'espace intercostal immédiatement supérieur, a donné le même jour issue à plus de 400 grammes de liquide.

Enfin l'issue par la plaie d'une grande quantité de fragments de plèvre sphacélée. On sait que ces mêmes circonstances se sont reproduites dans l'observation si intéressante que M. Millard a lue à la Société médicale des hôpitaux. Dans les deux cas également il s'agissait de personnes robustes et bien constituées. Mais le point qu'il s'agit d'établir ici, c'est l'influence de la contusion du thorax sur le développement des accidents.

M. Bucquoy, dans son mémoire, indique la possibilité de cette étiologie et cite une observation de Jackson. Déjà, en 1830, M. le Dr Mailliot, secrétaire de cette société, dans son compte-rendu des travaux de l'année, signalait cette origine de gangrène, à propos d'une observation fort intéressante de M. Firmin dont je vais vous donner un résumé.

Enfin j'ai trouvé dans une thèse récente (Dulac, 1874), une quatrième observation où cette étiologie paraît des plus nettes et des plus indiscutables.

Obs. II. *Pleurésie et gangrène du poumon, à la suite d'un coup*, par Jackson, de Québec. (*Arch. de Méd.*, 1833). — Martin Connor, marin, âgé de 17 ans, fut admis à l'hôpital le 3 *août.* Il raconta que *deux semaines auparavant*, étant occupé à travailler à bord du bâtiment qu'il montait, il fut à la suite d'une querelle frappé par le maître, qui, en outre, lui jeta un morceau de charbon de la grosseur du poing et l'atteignit dans la poitrine. Ce coup fut suivi *d'une douleur vive qui n'a pas encore cessé.* Pendant plusieurs jours, il y eut de l'hémoptysie qui s'est arrêtée : le lendemain de l'accident, il voulut reprendre son travail à bord, mais il fut obligé d'y renoncer aussitôt.

A son entrée, le malade est pâle et amaigri, le côté gauche où il a été frappé est peu douloureux à la pression : douleur vive pendant la toux ; peu d'ecchymose, pouls dur et petit ; peau sèche, rugueuse; langue humide, rouge à la pointe ; bon appétit ; selles naturelles ; céphalalgie ; toux fatigante ; *expectoration de mucus sanguinolent et fétide* ; décubitus dorsal.

Le côté droit de la poitrine ne présente aucun signe particulier ; le côté gauche est un peu tuméfié près de l'endroit frappé ; le son est clair, sauf à la base du poumon, où il y a matité complète ; cette matité est nettement circonscrite ; en haut respiration bronchique ; pas d'égophonie. On diagnostique une pleurésie limitée avec gangrène du poumon. (Le malade est pris alors d'attaques épileptiformes). *Le 15*, il vomit deux pintes d'un liquide séro-purulent horriblement fétide, la poitrine présente moins de matité, il n'y eut pas de tintement métallique. Nouvelles attaques épileptiformes ; — mort le 18 août.

Autopsie. — Les côtés sont sains, pas de marques de contusion ; — adhérences partielles des plèvres costales et pulmonaires ; — épanchement pleurétique très-circonscrit. *Excavation dans le poumon au niveau du point correspondant au coup* Dans le cerveau, abcès superficiel.

Obs. III. *Pleurésie purulente gangréneuse* ; — *pneumo-thorax* ; *empyème.* — *Blessure d'une artère intercostale* ; — *mort par hémorrhagie.* (Dulac, Th. de Paris, 1874, *De la blessure des artères intercostales dans la paracentèse*, Obs. I). — J. B., 45 ans, tousse un peu tous les hivers depuis six ans. — Pas de signes de tuberculose. Trois ans auparavant pneumonie guérie en 15 jours.

Deux mois avant son entrée à l'hôpital il a fait une chute qui a déterminé une forte contusion de l'épaule gauche (ecchymose s'étendant depuis l'épine de l'omoplate et la clavicule jusqu'à la partie moyenne du bras). Depuis cet accident, l'appétit a disparu ; le malade a perdu ses forces. A son entrée à l'hôpital, 28 octobre 1873, très-grande anxiété, oppression considérable ; — *haleine fétide.* Crachats verdâtres *inodores.*

Signes physiques d'un grand épanchement à gauche. Pendant les jours qui suivent, dyspnée considérable, menaces d'asphyxie.

Après une ponction aspiratrice qui fournit un liquide purulent, l'opération de l'empyème est décidée, et pratiquée par M. Labbé. L'ouverture donne issue à un litre et demi de pus horriblement fétide ; mais le malade meurt d'une hémorrhagie à la suite de la blessure de l'artère intercostale.

Autopsie. — On détache de la partie moyenne du poumon (à peu près dans le point correspondant à la contusion) des fausses membranes noirâtres, molles, exhalant une odeur fétide ; celles-ci enlevées avec précaution laissent à nu la plèvre viscérale noirâtre, ramollie, ulcérée dans une étendue de quatre à cinq centimètres carrés. Sur cette surface, réduite en putrilage et atteinte de gangrène, on trouve l'orifice qui fait communiquer la cavité pleurale avec le poumon. Celui-ci, quand on le presse au niveau de l'orifice de communication, laisse écouler un liquide sanieux, aéré. Dans tout le reste de son étendue, le tissu pulmonaire ratatiné n'offre aucune lésion. Il n'y a pas traces de tubercules.

Obs. IV. *Gangrène du poumon droit*, par Firmin, interne des hôpitaux, (*Bull. Soc. Anat.* XXV, p. 28). — Le 17 avril 1849, est entré à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Charles 25, la nommée Noël, âgée de 49 ans, blanchisseuse. Cette malade toujours bien réglée, *d'une très-forte constitution*, n'a jamais été atteinte d'affection grave. Le jour de la mi-carême 15 mars 1849, elle fit une chute sur le dos et l'omoplate porta sur un panier dont la malade était chargée.

Le résultat de cette chute fut une contusion assez forte, se traduisant par une ecchymose et *une douleur très-vive* dans la région atteinte. Noël entra alors dans un service de chirurgie, où elle fut saignée et où on lui appliqua des ventouses. Pendant ce premier séjour, on ne put constater qu'une toux légère, mais aucun phénomène fébrile. Elle sortit de l'hôpital toujours souffrante, se fatiguant facilement et toussant toujours un peu.

Elle rentre à l'hôpital le 17 avril (33 jours après la chute). Jusqu'à ce moment la malade n'a éprouvé qu'une gène assez notable dans la respiration. Il y a toujours une toux opiniâtre, mais *nous ne pouvons retrouver le frisson initial de la pneumonie*; pas de mouvement fébrile.

Au dire de la malade, la veille de son entrée, à la suite d'une quinte de toux, elle a rendu quelques crachats noirâtres qui ont été bientôt suivis d'un crachement de sang assez abondant. Le soir de son entrée, elle présente les symptômes suivants : face altérée, joues violacées, fièvre légère, peau peu chaude, *très-grande oppression*, toux persistante et ayant pour résultat l'expulsion de crachats brunâtres et mousseux très-abondants. En s'approchant de la malade, on sent une odeur de fétidité extrême et très-caractéristique.

La même odeur s'exhale des crachats rendus. Nous pensons immédiatement à une gangrène du poumon. — A la percussion : matité considérable et presque absolue s'étendant en arrière depuis le sommet du poumon jusqu'à deux travers de doigts au-dessous de l'épine de l'omoplate. Le reste est sonore. En avant, la matité descend un peu plus bas. La sonorité est normale à gauche. — Dans les points où on a perçu de la matité, existe un bruit de souffle profond à l'inspiration; mélange de grosses bulles, de râles muqueux.

La malade, pendant les jours qui suivent ne présente pas de nouveaux phénomènes. Elle a de temps en temps des hémoptysies. Enfin, fièvre putride, diarrhée, anasarque : la malade meurt le 22.

Autopsie. — On trouve, dans le point répondant à la contusion, une caverne contenant une grande quantité de sang noirâtre. Dans tout le lobe supérieur du poumon existent des adhérences pleurales. Pas de tubercules.

« Cette gangrène ne peut se rapporter qu'à l'action d'une » cause traumatique, dit M. Mailliot; on n'avait observé d'abord que des signes de bronchite, avec un peu de toux et de » douleur. Il n'y avait ni crépitation ni fièvre. On s'était borné à une application de ventouses et à une émission sanguine générale. Un mois après, M. Firmin ne constate pas » plus que la première fois de signes de pneumonie. Ces cas de gangrène pulmonaire sont rares et il n'est pas démontré pour » tout le monde que cette maladie puisse se développer d'elle-même à la manière de l'anthrax et du charbon. Laënnec la » considérait plutôt comme la cause de l'inflammation pulmonaire que comme l'effet de cette inflammation : le cas » actuel donne raison à Laënnec. »

Si maintenant, reprenant l'observation de MM. Hayem et Graux, nous la rapprochons de celles qui précèdent, voici comment nous comprendrons la marche des accidents.

Lors de la violence qui agit sur le thorax, malgré l'absence de fractures de côtes, malgré la résistance en apparence suffisante de la paroi thoracique, il se produit une contusion profonde du poumon comparable à celles du foie dans les contusions de l'abdomen.

Toutefois, s'il est facile de concevoir comment le foie, organe éminemment fragile, peut être, à travers les parois souples de l'abdomen, lésé profondément par un corps contondant, qui respecte ces parois, il est certain, qu'il est moins aisé de comprendre, comment le poumon, organe souple et élastique peut être gravement atteint, à travers la paroi thoracique; cette dernière, résistante mais fragile, étant moins profondément altérée.

La raison pour laquelle le tissu pulmonaire ne peut se dérober au traumatisme, nous paraît tenir à ce que les malades sont toujours surpris pendant qu'ils font un effort. Dans cet état, le tissu du poumon comprimé seulement entre la force extérieure et l'air contenu dans les voies respiratoires qui forme résistance, reçoit tout le choc du traumatisme et doit subir des altérations profondes. Dans les quatre observations que je viens de rapporter, trois des malades ont fait des chutes; le jeune matelot se défendait et criait lorsqu'il fut frappé.

Quoi qu'il en soit, à la suite de la contusion pulmonaire, il se forme une ecchymose, une infiltration sanguine plus ou moins considérable dans le tissu cellulaire interstitiel du poumon. Pendant quelque temps, cet épanchement de sang ne produit que des phénomènes douloureux, un peu de toux et d'expectoration ; quelquefois des hémoptysies.

Cette période qui est toujours *apyrétique* peut durer deux semaines (obs. de Jackson), un mois (obs. de Firmin et obs. de Graux), six semaines (obs. de Dulac) Puis, la gène apportée dans la circulation des couches corticales du poumon amène la gangrène de ces parties.

Alors commence une deuxième période, période d'élimination. La fièvre survient, les symptômes graves apparaissent : il se forme dans certains cas une véritable zone de pneumonie destinée à limiter la séparation des parties. Cette zone inflammatoire peut tout-à-fait se comparer à celle qu'on observe dans la gangrène des membres, sur les limites des tissus sphacélés. La forme singulière de pneumonie signalée par MM. Hayem et Graux dans leur observation, pneumonie où ils ont constaté l'oblitération des vaisseaux, semble venir à l'appui de cette manière de voir.

23. Pleurésie développée expérimentalement chez un chien ;
par Laborde.

M. Laborde montre un chien, chez lequel il a provoqué une pleurésie avec épanchement et fausses membranes en injectant dans la plèvre 800 gr. d'eau légèrement chlorurée. M. Laborde rappelle qu'il est très-difficile de déterminer par cette expérience des pleurésies chez les chiens.

M. Rendu. Je crois que l'eau est douée de propriétés irritantes pour les séreuses, et qu'elle en possède d'autant plus qu'elle s'écarte davantage de la composition normale de la sérosité. C'est ainsi, qu'il est préférable d'employer de l'eau salée, plutôt que de l'eau ordinaire, pour le lavage de la plèvre, et que les chirurgiens recommandent de ne pas laver le péritoine dans les opérations d'ovariotomies.

M. Laborde dit qu'il n'avait jamais observé chez les chiens autre chose que de la rougeur après des injections d'eau.

24. Péritonite chronique tuberculeuse ayant débuté par les seuls signes d'une obstruction intestinale. — Difficulté du diagnostic au début. — Mort après trois mois sans lésion pulmonaire (1) ; par H. Liouville.

M. Liouville présente des pièces anatomiques recueillies à

(1) Ces pièces anatomiques ont également été présentées à la *Société médicale des hôpitaux.*

la clinique de l'Hôtel-Dieu. Il s'agit d'un cas de péritonite chronique tuberculeuse développée chez un homme de vingt-trois ans, et dont les premiers symptômes apparents ont été ceux d'une obstruction intestinale paraissant devoir nécessiter par sa ténacité et son intensité une intervention chirurgicale.

Après quatre jours, le cours des matières s'était rétabli; les vomissements, presque fécaloïdes, disparurent; la température se releva un peu, et tout parut rentrer dans l'état normal, quand survinrent des manifestations péritonéales. Quinze jours après, une nouvelle obstruction intestinale parut devoir faire redouter encore la nécessité d'une opération; mais M. Lionville crut devoir attendre, ayant eu l'occasion d'observer un cas de ce genre, dans lequel il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse, à laquelle l'opération avait donné comme un réveil d'acuité. Ici, en effet, les accidents d'étranglement interne disparurent sous l'influence du traitement médical, mais pour faire place de nouveau à des manifestations péritonéales.

Le diagnostic fut donc : probabilités d'une péritonite subaiguë, tuberculeuse, quoique les deux poumons parussent indemnes. La marche spéciale de la maladie ne fit que confirmer ces appréhensions et le malade succombait trois mois après. A l'Autopsie, on ne trouva aucune trace de tubercule, aucune lésion dans les poumons; les plèvres seules commençaient à se prendre par propagation (légère pleurésie tuberculeuse avec granulations tuberculeuses miliaires suivant le trajet des lymphatiques).

Le point de départ, lieu d'élection et d'intensité manifestes, était la séreuse péritonéale. La cavité abdominale présentait, en effet, toutes les lésions, et à leur maximum, de la péritonite chronique tuberculeuse, avec le gâteau intestinal, les néo-membranes jaunâtres, le liquide puriforme, les agglutinations des anses intestinales entre elles et avec les viscères.

Les rapports des différents organes étaient modifiés; des poches enkystaient des produits pathologiques nouveaux; enfin, ce qui était particulièrement remarquable, c'était l'existence de brides, quelques-unes se rompant facilement, d'autres très-solides, au contraire, et capables d'étrangler une anse d'intestin en partie ou en totalité.

Le microscope révélait l'existence de granulations tuberculeuses dans les deux séreuses, mais avec prédominance pour le péritoine.

M Liouville cherche surtout à faire ressortir, des pièces pathologiques qu'il place sous les yeux des membres de la Société, les quatre points suivants : 1° le début d'une tuberculisation par les seules lésions de la cavité abdominale; 2° l'absence même de toute lésion tuberculeuse dans le poumon ; 3° l'extension des altérations granulo-tuberculeuses du péritoine et de la plèvre ; 4° enfin, M. Lionville appelle l'attention sur ce point de vue pratique qu'il ne faut pas se hâter de recourir, dans des cas semblables, et malgré les apparences au début, à une opération qui semble réclamée d'urgence et par l'intensité, et par la ténacité des phénomènes d'obstruction intestinale. L'opération dans ces conditions, tout en obviant rapidement sans doute à de graves accidents, hâte la mort qui peut, par un traitement médical approprié, être retardée de plusieurs mois, peut-être de plusieurs années, comme le signalait déjà le professeur Grisolle.

M. Bouilly. Les faits de ce genre ne sont pas absolument rares. Il faudrait surtout rechercher à quels signes on pourrait reconnaître ces faux étranglements internes. Je crois que la marche des accidents est moins rapide dans la péritonite chronique que dans l'obstruction intestinale vraie.

M. Liouville fait remarquer que, dans le fait actuel, il y avait un abaissement de la température et que les phénomènes ont marché très-rapidement.

25. Otite interne. Méningite. Odeur grangréneuse à l'ouverture de la cavité crânienne; par M. Moutard-Martin, interne des hôpitaux.

X..., âgé de 13 ans, entre à 11 heures du matin, Salle Saint-Jean (service de M. Labric). Ses parents disent qu'il est atteint depuis deux mois d'un écoulement de l'oreille droite, et que depuis trois jours il est beaucoup plus souffrant, pousse des cris, et se plaint de crampes dans les membres inférieurs.

A son arrivée, nous constatons les symptômes suivants : Ecoulement de pus par l'oreille droite. La tête est fortement renversée en arrière; on ne la redresse qu'avec effort et en faisant pousser des cris au malade. Hémiplégie faciale droite avec paralysie de l'orbiculaire, et strabisme interne de l'œil du même côté. L'enfant répond mal aux questions; néanmoins, il accuse de vives douleurs, se plaint de voir les objets doubles, cris et délire continuels. — Nous ne trouvons aux membres ni raideur ni paralysie. — Il meurt le soir.

Autopsie. — A l'ouverture du crâne, tous les assistants ont été frappés de l'*odeur véritablement gangréneuse* qui se répandait dans l'air. Un liquide sanieux remplissait la cavité de l'arachnoïde et même le canal rachidien. A la convexité du cerveau, on remarquait une congestion légère des vaisseaux et un état louche des enveloppes. Mais c'est à la base que les lésions étaient surtout prononcées : au niveau du bulbe, de la protubérance et même jusqu'au chiasma, des nerfs optiques, il existait une couche épaisse de fausses membranes infiltrées de pus à la face inférieure du cervelet, et on remarquait une hémorrhagie siégeant dans leur épaisseur au niveau de la protubérance. Les ventricules du cerveau étaient tous remplis du liquide sanieux, d'odeur infecte, grangrèneuse que nous signalions tout à l'heure.

La substance cérébrale était décolorée, molle, macérée, diffluente; examinée avec soin sur de nombreuses coupes, elle ne nous a pas offert d'autre altération, sauf au niveau de la protubérance et des pédoncules cérébraux. On remarquait là une zone allongée, dont la couleur verdâtre était une altération manifeste de la couleur gris cendré normale aux points correspondants; cette zone altérée paraissait également plus ramollie que la substance qui l'entourait.

Au niveau du rocher, la dure-mère était épaissie et en même temps ramollie, noirâtre en un point voisin du conduit auditif interne; il y avait là un petit dépôt purulent. L'os n'offrait d'ailleurs extérieurement aucune lésion de sa substance. Il existait une thrombose du sinus latéral. Le pus qui remplissait l'oreille moyenne avait fusé en différentes directions: vers la cavité crânienne par le conduit auditif interne, vers l'extérieur par le conduit auditif externe, vers le pharynx par la trompe d'Eustache. Le canal carotidien et celui qui traverse la jugulaire contenaient du pus : il y avait thrombose de la veine ; les tuniques de l'artère étaient saines.

A la coupe du rocher, nous avons trouvé l'oreille interne remplie de pus ainsi que les cellules mastoïdiennes, et l'oreille moyenne dans laquelle les osselets se trouvaient détachés, mais non altérés. Le facial paraissait sain.

Réflexions. — Cette observation nous paraît intéressante à différents points de vue :

1° Nous n'avons trouvé signalée dans aucun cas d'otite cette odeur gangrèneuse qui s'est répandue dans l'atmosphère à l'ouverture du crâne. Comment expliquer sa production? Il nous semble qu'on doit l'attribuer à la communication de la cavité de l'arachnoïde avec l'air extérieur par l'intermédiaire des conduits auditifs interne et externe au travers du tympan perforé. Il s'est dès lors produit ce qui se passe dans les foyers des membres par exemple qui ne communiquent avec l'extérieur que par un trajet étroit et tortueux.

2° L'altération de la substance cérébrale au niveau de la protubérance et des pédoncules ne nous paraît pas avoir été rencontrée jusqu'à présent. Ne faudrait-il pas la rapporter à une sorte d'imbibition de la substance grise par le liquide sanieux, qui aurait suivi les gaines des vaisseaux de la région pour pénétrer jusqu'à la zône altérée?

3° La méningite diffuse consécutive à une otite ne paraît pas être une complication fréquente, si l'on s'en rapporte au travail de M. Brouardel (1) qui en 1867 disait textuellement : « Les » accidents cérébraux sont ceux qui accompagnent le plus » souvent les lésions du rocher, mais *les accidents méningitiques* » *sont les plus rares.* » Et en même temps, il faisait remarquer

(1) Brouardel. *Bullet. de la Société Anatomique*, 1866.

que dans ces cas les abcès cérébraux se produisent à distance, sans qu'une méningite puisse expliquer la propagation de l'inflammation, et par un mécanisme qui échappe à la sagacité des observateurs. Différents auteurs avaient déjà fait ressortir cette sorte d'indépendance des deux lésions et Itard, Lallemand, ainsi que les auteurs du *Compendium* avaient formulé différentes hypothèses pour expliquer leur production.

La méningite, même limitée, est déjà rare (moins peut-être qu'on ne l'a dit); aussi avons-nous recherché les observations publiées depuis le travail de M. Brouardel tant dans les Bulletins de la Société Anatomique, que dans la thèse de M. Prompt (2) et dans celle de M. Marcé (3); nous avons recueilli celles qui ont trait à des complications survenues consécutivement à l'otite ou à la carie du rocher. Sur 19 cas, nous avons rencontré 13 fois des abcès qui siégeaient : 6 fois dans le cerveau, 6 fois dans le cervelet; dans un fait, il y eut à la fois un abcès dans le cerveau, et un autre dans la protubérance. Par contre, il y a 6 cas de méningite bien nette : l'un est dû à M. Duguet (1), et les 5 autres sont les observations IV, V, VI, IX, XI, du travail de M. Prompt.

M. Rendu. Je rappellerai, à propos de ce fait, celui que M. Homolle a communiqué en 1873; il s'agissait, dans ce cas, d'une gangrène du cerveau, produite par une thrombose du sinus latéral; il y avait en outre des infarctus gangréneux dans les poumons, le cœur, etc., consécutifs à la gangrène cérébrale.

M. Charcot. La dénomination de gangrène s'appliquant à ces cas de coloration verdâtre des parties superficielles des centres nerveux n'est peut-être pas très-exacte; il s'agit plutôt d'une macération particulière, produite par le contact de la sanie. M. Baillarger a fait remarquer que lorsqu'une eschare du sacrum se propageait jusqu'au canal rachidien, cette coloration s'observait sur la moelle et qu'elle se propageait jusque sur l'encéphale. Moi-même j'ai indiqué cette coloration des hémisphères cérébraux dans les cas de cancroïdes du crâne avec perforation des parois osseuses.

M. Guéniot. J'ai publié un cas de carie du rocher qui était accompagnée d'abcès dans le lobe sphénoïdal. J'ai qualifié cet abcès de gangréneux; la pulpe cérébrale qui l'avoisinait présentait cette teinte verdâtre. Il n'y avait pas communication avec l'air extérieur.

26. Hémorrhagie cérébrale. — Gommes de la dure-mère, des os du crâne et des côtes. — Tubercules pulmonaires et intestinaux; par Guyard, interne.

Le nommé Pedon (J.-B.), âgé de 54 ans, maçon, est entré à l'hôpital de la Charité (service de M. le Dr Woillez) le 19 juin 1875. Il avait été, quatre jours auparavant, frappé subitement d'une hémiplégie droite, sans perte de connaissance. Le malade ne présenta pendant longtemps aucun autre symptôme que cette hémiplégie primitivement accompagnée d'une flaccidité absolue des masses musculaires du côté droit, et plus tard d'une contracture progressive, surtout prononcée aux muscles fléchisseurs des doigts.

Dans les derniers jours du mois d'octobre survint une diarrhée abondante qui ne céda à aucun mode de traitement. Cette diarrhée amena rapidement un amaigrissement considérable, et le malade succomba le 22 novembre.

Notons de plus que jamais il n'y eut de trouble de l'intelligence, de gêne de la parole, d'altération des sens, ni de mouvements convulsifs. Le malade ne présenta non plus aucun trouble fonctionnel du côté de la respiration, ni toux, ni dyspnée ni expectoration. Rien au cœur. Les antécédents pathologiques du malade étaient du reste absolument nuls, d'après les renseignements que nous pûmes avoir de lui.

Autopsie. — *Crâne*. Il existe des adhérences multiples entre la face interne de la calotte crânienne, et la face externe de la dure-mère. Ces adhérences sont constituées par de petites tumeurs les unes circulaires, les autres à contour un peu irrégulier, et que l'on est obligé de rompre pour enlever la boîte osseuse. Celle-ci étant détachée, on voit que les tumeurs du côté de la dure-mère ont la forme de plaques de 1 à 2 cent. de diamètre, constituées par l'amas de très-petites végétations sous forme de grains et de bourgeons, les unes d'un gris rosé, les autres d'un gris jaunâtre. Ce tissu ressemble exactement au tissu de la moelle osseuse du diploé. Du côté des os du crâne, ces tumeurs ont un aspect analogue, mais autour d'elles, l'os est éburné et présente, dans une étendue de 1 à 2 cent., un aspect chagriné, formé par de petites exostoses. C'est seulement au niveau des pariétaux que l'on trouve ces tumeurs. Le tissu mou de ces tumeurs est constitué histologiquement (examen fait par M. Cornil) par du tissu embryonnaire composé de petites cellules très-nombreuses, rapprochées les unes des autres dans les points jaunâtres, et en voie de dégénérescence granulo-graisseuse. Du côté des os du crâne, les plaques sont constituées par une transformation embryonnaire de la substance médullaire des os faisant saillie, surtout à la face interne du crâne. La calotte crânienne ne présente extérieurement que deux bosselures très-peu prononcées correspondant aux tumeurs internes, les plus grosses et au niveau desquelles le péricrâne n'est pas plus adhérent que dans les autres points. Examinés par transparence, les pariétaux présentent au niveau de ces tumeurs et à leur pourtour une décoloration qui tranche sur la coloration du tissu osseux voisin, et qui montre une absence complète de vascularité au niveau de ces points.

Le cerveau est ferme, sans adhérence avec la pie-mère, qui ne présente elle-même aucune granulation tuberculeuse. L'hémisphère cérébral gauche présente au niveau du noyau extra-ventriculaire du corps strié, une petite cavité, vestige d'un foyer hémorraghique ancien. La face interne de ces foyers est lisse, à part quelques vaisseaux sanguins qui s'étendent à la manière de fils d'une paroi à l'autre, et elle présente une coloration jaune ocreuse. Au microscope, on voit cette paroi composée par des corps granuleux, de nombreux cristaux et des granulations d'hématoïdine.

Thorax. — A la face interne de la *cage thoracique*, on voit sur différents points de petites tumeurs d'aspect grisâtre, à contours réguliers, siégeant presque toutes au niveau de la réunion des cartilage costaux avec les côtes. Ces tumeurs sont constituées histologiquement par les mêmes éléments que les tumeurs de la dure-mère.

Les deux *poumons* sont farcis de granulations tuberculeuses presque toutes à l'état de crudité. Le poumon gauche était de plus intimement adhérent a la paroi costale. — Le *cœur* n'offre rien d'anormal.

Organes abdominaux. — *Foie* volumineux, absolument gras, sans dégénérescence amyloïde.

Rate normale.

Reins; examinés à l'état frais, ils présentent un certain nombre de tubes urinifères dont les cellules contiennent des granulations graisseuses fines.

Intestins. — L'intestin grêle et le gros intestin présentent de nombreuses ulcérations, évidemment tuberculeuses, les unes petites, arrondies; les autres plus étendues, irrégulières, et dont les bords sont décollés dans une plus ou moins grande étendue.

Réflexions. — Cette observation est intéressante : 1° par la multiplicité des lésions constatées à l'autopsie; 2e par la rareté d'une de ces lésions : les gommes de la dure-mère et des os; 3° par l'absence de tout symptôme ayant pu faire soupçonner l'existence de ces tumeurs; 4° enfin par l'évolution tacite et rapide d'une tuberculose pulmonaire, probablement consécutive à la tuberculose intestinale, à laquelle le malade a succombé.

27. Cancer des ganglions bronchiques et du poumon droit; envahissement de la veine cave supérieure; pleurésie; par M. Moizard, interne des hôpitaux.

X...., 63 ans, d'une très-bonne santé antérieure. Ce malade tousse depuis le mois de mars 1875. — Il n'a jamais éprouvé de douleurs thoraciques, mais il se plaint d'une oppression continue, qui d'abord légère, s'est accentuée depuis le mois d'août 1875, et l'empêche de travailler depuis cette époque. —

(1) Duguet. *Bulletins de la Société Anatomique* 1868.
(2) Prompt. Thèse de Paris, 1870.
(3) Marcé. Thèse de Paris, 1874.

Fréquemment, et sans causes appréciables, surviennent des accès d'oppression de courte durée.

La toux est assez fréquente, et plusieurs fois depuis le début des accidents, le malade a craché du sang noir, coagulé. Dès le mois d'août, les jambes se sont œdématiées, puis le bras droit et la face ; le bras gauche a toujours conservé un volume normal. Pas de troubles du côté du tube digestif. — L'oppression augmentant, le malade entre à l'hôpital le 18 décembre 1875.

Ce qui frappe tout d'abord chez lui, c'est le gonflement de la face surtout marqué du côté droit, et l'œdème du bras droit. La veine jugulaire externe droite est distendue : il n'y a pas de pouls veineux. On ne constate ni exophthalmie, ni œdème très-marqué des paupières. Il n'y a pas d'engorgements ganglionnaires dans le creux axillaire, ni à la région cervicale ; quant au bras droit, il est très-œdématié, et le pouls radial droit est plus faible que le gauche. Le cœur n'est pas augmenté de volume. Il n'y aucun bruit anormal et on ne constate aucun symptôme particulier au niveau de l'aorte. Du côté droit et en arrière, il existe de la matité dans les 2/3 inférieurs du poumon. Les vibrations thoraciques sont diminuées. Murmure vésiculaire très-affaibli à ce niveau ; broncho-égophonie, souffle doux éloigné au niveau de la racine des bronches. Au dessous de la clavicule droite on trouve de la submatité et un affaiblissement du murmure vésiculaire.

Les urines contenaient un peu de pigment biliaire, mais ne présentaient pas d'autres altérations. Le foie est un peu augmenté de volume. — Les parois abdominales légèrement œdématiées présentent une dilatation des veines sous-cutanées.

On trouvait donc chez ce malade, en même temps que les signes manifestes d'un épanchement pleural assez abondant, tous les caractères de la gêne dans la circulation de la veine cave supérieure, et surtout dans le domaine du tronc veineux brachio-céphalique droit.

Il n'y avait, du reste, ni inégalité pupillaire, ni altérations dans les mouvements des cordes vocales. La rate n'était pas volumineuse, et on ne trouvait nulle part une augmentation de volume des ganglions lymphatiques. Il n'y avait aucun signe de cachexie cancéreuse. On admit donc l'existence d'une tumeur du médiastin, développée autour du pédicule pulmonaire, et ayant déterminé en même temps qu'un épanchement pleural, soit une compression de la veine cave supérieure, soit plutôt une thrombose de ce vaisseau avec coagulum se prolongeant dans le tronc veineux brachio-céphalique droit.

Jusqu'à la mort du malade, on ne nota que l'accentuation de la dyspnée ; l'épanchement pleural sans être très abondant, augmenta néanmoins ; l'œdème du bras droit et de la face devint plus marqué, et le malade avait pendant les derniers jours de sa vie des douleurs constrictives en arrière du sternum. Il succomba le 24 novembre après avoir présenté un subdélirium suivi d'un état comateux.

Autopsie. — Epanchement séreux dans la plèvre ; 1000 grammes de sérosité limpide ; pas de traces d'inflammation de la séreuse. Au niveau du pédicule du poumon droit, existe une masse encéphaloïde, blanchâtre, diffluente, développée autour de la bronche droite, qui a conservé un volume normal. La veine cave supérieure est adhérente à cette tumeur. Une végétation existe dans son intérieure à deux centimètres au dessus de son embouchure dans l'oreillette. Cette végétation en continuité manifeste avec la tumeur qui l'avoisine, est formée d'un tissu de même matière. — Au derrière d'elle, le calibre du tronc veineux est occupé par un caillot de formation ancienne adhérant à ses parois et se prolongeant dans le tronc brachio-céphalique droit. Dans le tronc brachio-céphalique gauche, existe un caillot récent, mou, noir. Dans le lobe moyen du poumon droit, à deux centimètres des fistules, existe une masse de même matière que celle décrite plus haut. — Le cœur est sain. — Les ventricules cérébraux sont distendus par une quantité notable de sérosité citrine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 mars 1876. — Présidence de M. Houel.

M. le secrétaire donne lecture d'une note adressée à la Société par M. *Harlot* (de Toulon). Il s'agit d'un cas de *hernie épiploïque étranglée* survenue par suite d'un traumatisme chez une femme enceinte de près de neuf mois. Les accidents furent tels que M. Harlot dût essayer la réduction ; n'ayant pu y parvenir, il pratiqua le débridement. La plaie fut promptement cicatrisée et 20 jours après l'accouchement avait lieu sans accident.

M. Tillaux ne veut nullement critiquer la conduite suivie par M. Harlot, mais il croit que dans ces circonstances, il est de règle de s'abstenir de toute intervention. M. *Larrey* a été conduit à conseiller l'expectation dans ces cas là par l'étude d'un grand nombre d'observations de hernie épiploïque, souvent l'épiploon rentre peu à peu de lui-même.

— La discussion est ouverte ensuite sur le mémoire lu par M. Tillaux dans la dernière séance.

M. Larrey revendique pour Amussat le mérite d'avoir introduit la torsion des artères dans la pratique chirurgicale. M. Tillaux est entièrement de cet avis.

M. Anger a pratiqué trois fois la torsion dans des opérations graves. Deux fois le succès a été complet ; mais ayant eu à faire une amputation secondaire, les parois artérielles se trouvèrent enflammées et tellement friables que le bout tordu tomba très-rapidement. Craignant une hémorrhagie, M. Anger pratiqua la ligature.

M. Tillaux admet parfaitement qu'une artère malade ne puisse supporter la torsion : si l'élasticité propre du vaisseau est détruite, les tuniques internes ne peuvent revenir sur elles-mêmes et obturer son calibre. Mais, dans ces cas, le chirurgien peut pratiquer la ligature.

M. Perrin admettra la torsion si elle présente des avantages sur la ligature. Or, il reproche à ce procédé d'être difficile à appliquer. De plus, si on fait la torsion d'une artère malade, comme dans le cas de M. Anger, l'obturation se fera mal et bientôt après surviendra l'hémorrhagie.

M. Tillaux répond que la torsion des artères n'est pas difficile ; il faut avoir soin seulement de saisir l'artère en travers. Quant aux cas où les artères seraient malades, il n'a à ce sujet aucune expérience personnelle ; mais il peut à priori affirmer que le chirurgien ne pourra pas être trompé par une fausse sécurité. Comme les artères ne sont plus élastiques, l'hémorrhagie ne sera pas arrêtée du tout ; et alors on appliquera la ligature. Si M. Tillaux préfère la torsion à la ligature, c'est parce qu'il se met, avec cette opération, complétement à l'abri des hémorrhagies secondaires.

M. Delore (de Lyon) lit un travail sur *le traitement des kystes de l'ovaire par le drainage abdomino-vaginal*. Il réserve ce mode de traitement aux kystes uniloculaires faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Il commence par faire des applications successives de caustique sur la paroi abdominale jusqu'à ce qu'il soit arrivé sur la paroi kystique. Il en fait de même sur la paroi du cul-de-sac vaginal, puis il enfonce son trocart dans l'escharre abdominale et le fait sortir par l'escharre du vagin. Il passe ensuite un drain par ces deux ouvertures. Il peut de cette façon pratiquer des injections fréquentes dans le kyste, et jamais il n'y a stagnation de liquides. C'est ainsi qu'il est arrivé à guérir une dame d'un volumineux kyste de l'ovaire. — MM. Terrier et Després font diverses observations sur l'opération de M. Delore. Ils en seraient peu partisans. I. B.

Faculté des sciences de Paris. — Le cours de physiologie a lieu à la Sorbonne les lundis et jeudis, à 3 h. 1/2. M. Paul Bert, professeur ; M. Dastre, suppléant, a commencé ce cours le lundi 27 mars. Il le continuera les lundis et jeudis. Il traitera de la nutrition et de la reproduction.

Faculté de Médecine de Genève. — Voici les nominations qui ont été faites jusqu'ici M. le docteur Laskowski, préparateur de M. Sappey (?) professeur d'anatomie ; M. le dr L. Revilliod, professeur de clinique médicale. M. le M. le dr Julliard fils, professeur de clinique chirurgicale ; M. le dr Reverdin, professeur de pathologie externe ; M. le dr Zahn, professeur d'anatomie pathologique et d'histologie ; M. le docteur Vaucher, professeur d'obstétrique ; M. le dr Dunant, professeur d'hygiène. — Nous voyons enfin, d'après un projet actuellement soumis au grand conseil, que selon toute apparence, M. Brown-Sequard a accepté les fonctions de professeur de physiologie. Genève possédait déjà d'excellents physiologistes dans son sein, mais tous seront d'accord que la coopération de M. Brown-Sequard est de nature à jeter l'éclat sur la nouvelle Faculté. [illegible].

SYPHILIOGRAPHIE. MALADIES VÉNÉRIENNES

I. Exposé théorique et pratique des maladies vénériennes; par le Dr SAINT-MARTIN DE LAPLAGNE. Paris, J.-B. Baillière.

II. Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris, depuis la guerre 1870-71; par Ch. MAURIAC. Paris, Vve A. Delahaye.

III. Rhumatisme syphilitique; par le Dr A. VAFFIER, thèse Paris, 1875, Ad. Delahaye.

IV. Des synovites tendineuses symptomatiques de la syphilis et de la blennorrhagie; par M. MAURIAC, 1875. Paris, Delahaye.

V. Étude sur la synovite tendineuse blennorrhagique; par A. MAYMOU. Paris, Delahaye, 1875.

VI. De certaines lésions de la région naso-pharyngienne que l'on doit rattacher à la syphilis; par Francisque CHABOUX. Paris, Vve Delahaye, 1875.

VII. Contribution à l'étude des lésions syphilitiques des artères cérébrales; par Fr. RABOT. Paris, Delahaye, 1875.

VIII. Du traitement des syphilides papulo-hypertrophiques par la cautérisation au nitrate d'argent, activée par le contact du zinc métallique. Mode d'action de ce nouveau cathérétique; par le Dr CHÉRON. Paris, Delahaye, 1875.

I. Dans sou livre écrit sur un ton très-personnel, M. Saint-Martin de Laplagne prétend réfuter toutes les doctrines émises avant lui sur les maladies vénériennes. Il pose en axiome que toutes les maladies contagieuses sont de nature parasitaire : cela n'est pas malin à inventer, mais malheureusement la démonstration est plus difficile. Jusqu'à nouvel ordre nous croirons que le cryptogame de la blennorrhagie et l'acarus du chancre simple n'existent que dans le cerveau de M. le [illegible]-Martin de Laplagne.

II. M. Mauriac se fondant sur la statistique de l'Hôpital du Midi a remarqué une décroissance manifeste dans le nombre des maladies vénérieunes, à Paris. Il a fait là-dessus une [illegible] extrêmement intéressaute dont voici quelques conclusions. A. Le nombre des maladies vénériennes dans la ville de Paris a considérablement diminué depuis la guerre de 1870-71. Après avoir atteint son minimum en 1871, il s'est relevé en 1872 pour suivre, depuis cette époque, une progression [illegible] décroissante.

B. Parmi les causes qui ont le plus puissamment contribué à produire cette diminution dans le nombre des maladies vénériennes, il faut citer, indépendammeut de l'impression [illegible] produite par les événements :

1° La dépopulation immédiate de la ville à la suite de la guerre et l'arrêt dans le développemeut numérique de ses [illegible].

2° L'abaissement de la fortune individuelle qui s'est produit dans toutes les classes de la société et qui a été aggravé par l'augmentation des charges;

3° La surveillance plus rigoureuse de la prostitution en [illegible], en particulier, de la prostitution clandestine;

4° L'augmentation dans le nombre des mariages depuis la guerre, [illegible] malgré la diminution des habitauts de Paris [illegible] avant 1871.

[illegible] intéressantes, M. Mauriac ajoute la constatation [illegible] nous devons également nous applaudir [illegible] : la diminution dans la gravité moyenne des [illegible] très-remarquable du chancre simple [illegible] et du phagédénisme qui devient plus [illegible].

M. [illegible] si la syphilis ne devient pas bénigne [illegible] est certain que si au lieu de [illegible] quelques années, on jette un coup d'œil [illegible] sur l'histoire de la syphilis, on voit qu'à part des exceptions heureusement très-rares, cette maladie [illegible] à ces terribles épidémies du moyen-âge [illegible] cet affaiblissement de l'action du [illegible] de syphilisation naturelle s'opérerait [illegible] dans les grandes villes? Question difficile à résoudre.

[illegible] de faire une remarque : c'est que si [illegible] que la syphilis à Nantes, et peut-être [illegible] de province, est plus tenace qu'à Paris et résiste plus au traitement. On sait également combien sont graves certaines syphilis exotiques contractées en Russie, au Japon, etc. Il y a donc quelque chose de particulier à la grande ville [illegible] dans cet affaiblissement du virus syphilitique et la remarque de M. Mauriac nous semble très-fondée.

M. Mauriac insiste, [illegible], sur la rareté relative du chancre simple et se demande si dans les grandes villes de province des faits analogues se sont produits.

Je ferai pour Nantes l'ébauche d'une réponse : dans les cinq derniers mois qui se sont écoulés depuis le 1er octobre 1875 jusqu'au 1er mars 1876, on a vu à la consultation gratuite de l'Hôtel-Dieu, un nombre sensiblement égal de chancres simples et de chancres infectants, et surtout un très-grand nombre de blenuorrhagies. A Nantes donc, le chancre infectant n'aurait pas encore détrôné le chancre simple. On doit savoir gré à M. Mauriac d'avoir attiré l'attention sur ce sujet qui pourra devenir l'objet de très-intéressantes recherches.

III, IV et V. L'influence de la blennorrhagie et de la syphilis sur les gaînes synoviales des tendons n'a été reconnue que depuis peu d'années; l'action de la blennorrhagie, déjà signalée par divers auteurs, par Ricord en particulier, a été bien étudiée par Rollet (1858).

L'éveil une fois attiré sur ces faits, de nouvelles observations ont été recueillies, de nouveaux mémoires ont paru, et bientôt l'on pourra tracer une description tout-à-fait classique de cette complication des maladies vénériennes.

La synovite tendineuse syphilitique, signalée d'abord par M. Verneuil, est actuellement, je crois, acceptée de tout le monde, et je me souviens d'en avoir observé jadis un cas remarquable chez un jeune homme très-vigoureux et nullement entaché de rhumatisme, qui présenta, dans le cours d'une syphilis fort bénigne d'ailleurs, une hydropisie des gaînes des extenseurs des doigts et de la main.

Des trois brochures que nous annonçons aujourd'hui, la première, celle de M. Vaffier, est destinée à montrer que le rhumatisme syphilitique, aussi bien celui des articulations, que celui des gaînes synoviales, est dans certains pays un symptôme à peu près constant de la syphilis.

C'est en Chine et au Japon que M. Vaffier a observé, et outre ce qu'il a pu voir par lui-même, il croit en indiquant la fréquence de cette complication de la vérole, énoncer un fait admis par la plupart des médecins européens exerçant dans ces parages.

La note de M. Mauriac contient une discussion intéressante d'un fait où la synovite pouvait être attribuée soit à la blennorrhagie, soit à la syphilis, les deux affections coexistant sur le malade.

Enfin, la troisième, due à M. Maymou, est une étude assez soignée de la synovite tendineuse blennorrhagique. Nous relèverons dans ce travail l'opinion de M. Maymou sur la pathogénie de l'inflammation des gaînes synoviales. Repoussant un peu légèrement peut-être la théorie de l'action réflexe, il admet que la synovite est le résultat d'une *légère absorption purulente*. Cette théorie, assez habilement rapprochée de quelques opinions de M. Lasègue, sur un *rhumatisme pyogénique*, me paraît difficile à souteuir. La légère absorptiou purulente serait une infection purulente au petit pied, limitée aux tissus fibreux.

S'il y avait là une absorption, c'est-à-dire une action vasculaire, pourquoi le poumon, le foie, la rate et les reins, organes bien plus vasculaires que le tissu fibreux, ne sont-ils jamais touchés par ce rhumatisme? N'y a-t-il pas dans ce fait, comme dans celui de certains accidents de cathétérisme, l'expression d'une sympathie ou d'une action réflexe si l'on préfère, encore inexplicable, mais bien réelle entre l'urèthre et les tissus synoviaux? Je crois qu'avant d'admettre une véritable absorption du pus de l'urèthre, il faudrait apporter des preuves plus nettes qu'un simple rapprochement ingénieux.

VI. D'après M. Francisque Chaboux, certaines lésions de la région naso-pharyngienne, qui ont été jusqu'à ce jour considérées comme scrofuleuses, seraient des résultats de la syphilis, soit acquise, soit surtout héréditaire. Ces lésions se présentant soit sous la forme de tissus tuberculeux des ailes du nez

et de la sous cloison, soit sous forme d'ostéite suppurée du squelette nasal, se rencontrent surtout chez les enfants et les adolescents. Ces lésions, qui résistent aux anti-scrofuleux sont rapidement guéries par l'iodure de potassium.

Au point de vue des symptômes locaux, il est impossible de se prononcer entre la syphilis et la scrofule. On devra penser à la syphilis lorsque le sujet ne présentera pas l'aspect d'un scrofuleux, ou n'aura pas eu dans le passé des scrofulides bénignes. En tout cas, dans le doute, on devrait adopter comme ligne de conduite, d'essayer tout d'abord l'iodure de potassium, quitte à en revenir aux anti-scrofuleux si l'iodure restait sans effet.

VII. Dans une étude qui manque un peu clarté, M. Rabot recherche si la syphilis tertiaire a véritablement une influence dans le développement de certaines lésions cérébrales.

Il arrive à cette conclusion que la syphilis agit par la production de gommes qui ont sur les artères la même influence que toute autre tumeur cérébrale, c'est-à-dire qu'elles peuvent les enflammer par voisinage. Il ne croit pas qu'on puisse, avec certains auteurs, admettre encore une endartérite syphilitique. Il croit que la périartérite peut s'observer, mais il n'ose pas être tout-à-fait affirmatif. Ce travail, d'ailleurs, s'appuie sur plusieurs observations bien prises.

VIII. Nous croyons utile d'indiquer à nos lecteurs la méthode du Dr Chéron ou plutôt du professeur Corradi, pour réprimer les syphilides muqueuses végétantes.

Ces praticiens, après avoir employé la cautérisation au nitrate d'argent, par exemple, avec une solution, à 50/100 promènent sur la partie cautérisée, un cylindre de zinc métallique bien décapé. D'après les faits cités par M. Chéron, ce mode de traitement réduirait beaucoup la durée des syphilides papulo-hypertrophiques. L'action du zinc, suivant M. Chéron, aurait pour effet de réduire presque instantanément le nitrate d'argent et de donner lieu à une cautérisation bien plus efficace.

Dr A. MALHERBE.

CORRESPONDANCE.

Associations. — Bibliothèques. — Comparaison entre les médecins anglais et les médecins français.

Londres, 2[illegible] mars 1[illegible].

Lorsque vous arrivez dans un pays étranger, ce que vous remarquez en premier abord ce sont les institutions utiles que vous ne possédez pas dans votre propre contrée. Vous commencez par voir tout en rose. C'est pour cela peut-être que certains écrivains ont tant vanté la liberté [illegible] en Angleterre, liberté infinie en vertu de laquelle, entre autres choses, vous êtes obligé de vous claquemurer et de vous ennuyer mortellement chez vous le dimanche s'il ne vous plaît pas de vous rendre à l'église. Ce n'est qu'après une seconde visite ou un séjour plus prolongé que vous considérez [illegible] ce qui peut y être défectueux et que vous faites des comparaisons qui ne sont pas toujours au désavantage de la France. En réalité cette seconde partie, si elle vous fait éprouver un certain sentiment de satisfaction est [illegible] importante, car c'est toujours vers le progrès que doivent tendre nos efforts.

Ce qui est étonnant ici, c'est non-seulement le nombre des associations, mais c'est leur organisation, l'organisation surtout de leurs musées et de leurs bibliothèques. [illegible]

[illegible]

[illegible]

grandes assises dans lesquelles les aînés indiquent courageusement aux plus jeunes la voie qu'ils peuvent suivre, et leur montrent jusqu'à quel degré le travail permet d'arriver. Ici les maîtres sont nommés au choix. Au lieu de posséder une seule Ecole, Londres en possède une douzaine et chacune d'elles ne manque pas d'avoir son état-major de professeurs et d'assistants. Chacune de ces Ecoles a son hôpital, il ne saurait donc y avoir de concours général comme ceux qu'a organisés l'Assistance publique. Il est facile de comprendre dès lors la différence qui peut exister entre les médecins de l'une et de l'autre ville.....

Si on considère, ai-je dit, les mêmes hommes arrivés à l'âge de 45 ou 50 ans, au point de vue scientifique le médecin anglais est devenu supérieur. Le médecin français reste toujours le clinicien par excellence, mais (en ne tenant pas compte, je le répète, des exceptions qui heureusement sont assez nombreuses), mais il n'est plus au courant de la science. Pour lui, la science s'arrête à l'année de son dernier concours au Bureau central ou à l'agrégation. Combien de médecins et de chirurgiens qui, beaucoup l'avouent honnêtement, ignorent les découvertes récentes de la physiologie, de l'anatomie pathologique et même de la pathologie. Après avoir tant travaillé et tant appris croit-on qu'ils sont pris d'une sorte de lassitude ? Non, ils éprouveraient un vif plaisir intellectuel à continuer leurs études favorites et on les entend tous les jours regretter de ne pouvoir le faire. A quoi cela est-il dû ? Pourquoi n'en est-il pas de même des médecins anglais? Cela tient à une cause bien simple et toute matérielle. La voici brutalement : le médecin anglais qui a un peu de *respectability* n'acceptera jamais moins d'une guinée (26 fr. 25) par consultation ou visite. Combien, au contraire, y a-t-il à Paris de médecins des hôpitaux qui se contentent d'une pièce de 5 francs ? Ne cite-t-on pas des professeurs, — un tout au moins et des plus éminents, — qui considère parfois comme suffisante cette maigre rétribution. — Que peuvent après cela demander les jeunes médecins, ceux qui débutent dans la pratique après avoir longtemps séjourné dans les hôpitaux, qu'ils aient ou non concouru, qu'ils soient ou non membres du Bureau central? Après avoir dépensé leur fortune, leur temps et les plus belles années de leur existence, il leur faut, pour vivre, courir d'un bout de Paris à l'autre, de Grenelle à Vincennes et de Montmartre à Montrouge pour faire des visites dont la rétribution est dérisoire. — Qu'y a-t-il d'étonnant si après dix années de cette existence, un certain nombre d'entre-eux ne sont plus au courant de la science. Je connais un médecin qui, s'il n'avait pas été nommé médecin des hôpitaux, était décidé à se mettre à la tête d'une maison de commerce. Notta (de Lisieux) ne citait-il pas, il y a quelques semaines, un de ses confrères de Normandie qui s'était mis courtier en vins ?

A Londres, on ne cite guère de cas semblables. La plupart des médecins y gagnent largement leur vie, ils y sont véritablement honorés. Il n'est pas rare d'entendre nommer de simples médecins de quartier dans la cité ou ailleurs qui gagnent chaque année cent, deux cent mille francs et même plus. Il en est ainsi non-seulement à Londres, mais encore dans la province et dans les villes de la Grande-Bretagne, à Edimbourg particulièrement. Dans cette dernière, à peine ont-ils quitté les bancs de l'école et se sont-ils établis qu'ils peuvent, non pas précisément rouler carrosse, mais avoir leur cocher. C'est ce qu'un des professeurs de l'Université me traduisait d'une façon expressive : « On pourrait presque dire qu'à Edimbourg, au quartier latin ils ont tous leur voiture. »

Donc les médecins sont beaucoup mieux payés en Angleterre qu'en France; ils ne se contentent pas d'honoraires ridicules, et ils ont raison. Comme tous n'acceptent que les mêmes conditions, personne n'en souffre. Il en résulte qu'ils gagnent facilement de quoi vivre, et comme ils sont nombreux, il leur reste beaucoup de temps qu'ils peuvent consacrer à l'étude, ce qu'ils font.

Je crois qu'on aurait beau dire aux malades qu'il vaut mieux pour eux rétribuer largement le médecin, d'abord parce que ce ne serait que justice et puis parce qu'ils auraient plus de chance d'être soignés par des personnes plus instruites, ces arguments ne les toucheraient guère. Il appartient donc aux praticiens eux-mêmes de prendre les résolutions nécessaires.

La conséquence de tout ceci, c'est que la fondation d'associations spéciales qui créeraient des bibliothèques médicales nouvelles et qui prendraient en main la défense des intérêts professionnels pourraient être extrêmement utiles à tout le corps médical Il serait nécessaire d'organiser non pas une seule mais plusieurs associations, car les assemblées *plénières* ne réussissent pas toujours; on a déjà proposé, il y a quelques années la formation d'un cercle de ce genre. Cette proposition n'a pas réussi. Espérons que de nouvelles tentatives seront faites et cette fois couronnées de succès...

VARIA

Projet de loi relatif à l'organisation des services hospitaliers de l'armée dans les hôpitaux militaires et dans les hôpitaux civils.

Exposé des motifs. — Messieurs, La loi du 27 juillet 1872 sur le recrutement, en posant le principe du service militaire obligatoire, n'a pas seulement affirmé le devoir pour tous Français de concourir personnellement a la défense du territoire ; elle a montré, en même temps le seul moyen de reconstituer l'état militaire de la France : l'appel à toutes les forces vives du pays.

Les Finances, l'Agriculture, le Commerce, l'Industrie, les institutions publiques et privées forment les éléments divers de cette force nationale, et c'est en étudiant avec soins les nombreuses ressources que peut y puiser l'armée, que nous trouverons la solution de ce difficile problème : refaire, dans le plus bref délai, notre matériel de guerre, sans aggraver, outre mesure, les charges déjà si lourdes de notre budget.

Au nombre des institutions publiques qui pourraient venir efficacement en aide au département de la guerre, se placent au premier rang les hôpitaux et les hospices civils.

L'organisation et le fonctionnement du service de santé dans les hospices civils ont fait en France, depuis vingt ans, de notables progrès; les rapports annuels adressés par les inspecteurs administratifs au Ministre de la Guerre, lui signalent un très-grand nombre d'hospices qui, par leur installation, par les soins, par le couchage et l'alimentation donnés aux malades, sont à la hauteur des hôpitaux militaires.

En présence des sacrifices que l'Etat doit s'imposer pour la réorganisation de l'armée, on ne saurait hésiter à recourir à d'aussi précieuses ressources; le département de la guerre pourrait ainsi diminuer le nombre des hôpitaux militaires, en créant simplement des salles militaires dans les hospices de la plupart des garnisons. Mais pour que cette mesure puisse être appliquée, il est indispensable de modifier les règles actuellement suivies dans les rapports de l'Etat avec les hospices civils.

Il existe aujourd'hui en France, en y comprenant cinq hôpitaux thermaux, quarante-quatre hôpitaux militaires. Ces établissements situés pour la plupart, dans les places frontières, ne répondent plus aux besoins du service, tels que ces besoins résultent des changements apportés dans notre état militaire. Le maintien d'un certain nombre de ces hôpitaux constitue donc. en pure perte, une charge des plus onéreuses pour le Trésor.

Supprimer les établissements à peu près inutiles et doter chacune des régions nouvelles de l'hôpital militaire qui lui est indispensable, c'est là une nécessité qui s'impose et qui n'a pas besoin d'être plus longuement démontrée.

Mais en présence de l'état actuel de nos finances, on doit rechercher avec soin tous les moyens d'éviter, ou tout au moins d'ajourner les créations nouvelles; s'il est vrai que la loi de 1873 prescrit d'avoir, dans chaque région, les établissements, le personnel et le matériel nécessaires au corps d'armée, elle ne défend pas d'utiliser provisoirement, dans ce but, les ressources qui existent dans les régions voisines, ni d'affecter à la constitution définitive les ressources que peuvent offrir certains hôpitaux civils et notamment ceux qui sont dans les chefs-lieux de corps d'armée.

En raison des concentrations de troupes nécessaires dans le gouvernement de Paris et dans celui de Lyon, les hôpitaux permanents qui existent déjà sur leur territoire seraient donc conservés ; on maintiendrait, en outre, les cinq hôpitaux thermaux, qui permettent à l'Administration de la Guerre de faire bénéficier les militaires malades et blessés, de traitements thérapeutiques, dans des conditions de modicité de prix très-réelles.

Tous les autres hôpitaux militaires seraient successivement supprimés, à l'exception de ceux existants définitivement nécessaires aux besoins de l'armée, et le Ministre de la Guerre ferait appel aux ressources si précieuses que présentent les hospices civils. Il est incontestable que l'Etat réaliserait ainsi de réelles économies.

Les hospices civils, dont les frais généraux ne seraient pas sensiblement augmentés, pourraient, en effet, traiter les malades dans des conditions de prix on ne peut plus avantageuses pour le Trésor. Une indemnité égale aux frais de traitement des malades militaires leur serait allouée et ils seraient, de plus, intégralement remboursés des dépenses qui leur incomberaient pour la construction ou l'appropriation des bâtiments destinés aux services hospitaliers de l'armée.

Comme la présence d'une garnison nombreuse augmentera inévitablement dans les villes qui en seront dotées, les recettes municipales, par le développement de la consommation, il a semblé que l'Etat pouvait. sans outrepasser ses droits, imposer à ces villes l'obligation de prélever, sur l'accroissement de leurs revenus, les ressources nécessaires pour la création ou l'aménagement de bâtiments hospitaliers, en rapport avec le casernement. Ce prélèvement s'opérerait en vertu du principe posé par l'ordonnance du 5 août 1818, rendue en exécution de la loi du 15 mai précédent.

Les dépenses hospitalières avancées par l'Etat, lui seraient ainsi remboursées par les villes, à la condition toutefois, qu'elles resteraient en fin d'amortissement, propriétaires des bâtiments qu'elles auraient payés de la sorte par annuités, et que toute diminution sérieuse dans le chiffre de la garnison normale serait suivie, comme cela a déjà lieu pour l'application de l'ordonnance de 1818, d'une réduction proportionnelle de l'annuité.

L'Etat pourrait encore chercher un allégement à ses propres dépenses, en astreignant les villes qui auraient une garnison de cavalerie, à un prélèvement qui ne devrait pas dépasser, en y comprenant les taxes perçues en vertu de l'ordonnance de 1818, la moitié du bénéfice résultant pour elles des produits donnés à leur octroi par les chevaux des garnisons.

En résumé, le présent projet de loi qui a été délibéré et adopté par le Conseil d'Etat, a spécialement pour objet d'atteindre les résultats suivants :

1° Mettre le service des hôpitaux militaires en harmonie avec la nouvelle organisation de l'armée ;

2° Assurer, dans les meilleures conditions possibles, le traitement des militaires malades dans les hospices civils;

3° Enfin alléger les charges du budget de la guerre, en faisant de sages

réductions dans les établissements et dans le personnel de santé de l'armée, réductions auxquelles il serait pourvu au moyen des ressources que peuvent offrir les services civils.

L'adoption de ce projet donnerait satisfaction aux vœux plusieurs fois exprimés, dans ces dernières années, par les différentes commissions parlementaires qui ont examiné le Budget de la guerre.

PROJET DE LOI. — Le Projet de Loi dont le teneur suit, relatif à l'organisation des services hospitaliers de l'armée dans les hôpitaux militaires et dans les hospices civils, sera présenté à la Chambre des Députés par le Ministre de la Guerre, chargé d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

Article premier. — Chacun des corps d'armée de l'Intérieur aura un établissement hospitalier destiné à l'instruction spéciale du personnel et à la préparation du matériel nécessaire aux corps d'armée, pour le service hospitalier en cas de mobilisation. A défaut d'hôpital militaire dans la région, il sera désigné, pour en tenir lieu, soit un hospice civil de la région, soit un hôpital militaire d'une région voisine. La désignation est faite par une décision du Ministre de la Guerre, s'il s'agit d'un hôpital militaire; par un décret rendu en Conseil d'Etat s'il s'agit d'un hospice civil.

Art. 2. — A l'exception des hôpitaux régionaux, des hôpitaux permanents des Gouvernements de Paris et de Lyon, et des hôpitaux thermaux; tous les autres hôpitaux militaires seront successivement supprimés, quand, dans les villes où ils existent, les hospices civils, appropriés à cet effet, pourront assurer, en tout temps le service militaire.

Art. 3. — Dans les localités où ils n'existera pas d'hôpitaux militaires et dans celles où ils seront insuffisants, les hospices civils seront tenus de recevoir et de traiter les malades de l'armée qui leur seront envoyés par l'autorité militaire.

Art. 4. — Les obligations imposées aux hospices civils ne peuvent dans aucun cas, préjudicier au service des fondations et de l'assistance publique. L'Etat doit à ses établissements une allocation égale aux frais qui leur incombent, par suite du traitement des malades militaires.

Art. 5. — La dépense des travaux de construction ou d'appropriation reconnue nécessaire pour l'établissement dans les hospices civils des services hospitaliers des garnisons est payée par l'Etat. Toutefois, les villes où sont casernées des troupes à cheval remboursent cette dépense à l'Etat, au moyen d'un prélèvement annuel opéré sur les recettes de l'octroi et fixé par le Ministre de l'Intérieur. Ce prélèvement joint à la taxe perçue en vertu de la loi du 15 mai 1818, ne peut dépasser la moitié des produits fournis à l'octroi par les denrées servant à la nourriture des chevaux de la garnison.

Dans ce cas, les bâtiments construits appartiendront aux villes, en fin d'amortissement; mais les frais d'entretien de ces bâtiments resteront à la charge de l'Etat, pendant toute la durée de leur affectation au service militaire. Les constructions et appropriations de bâtiments nécessitées par les services régionaux et qui excèdent les besoins des services hospitaliers ordinaires des garnisons sont à la charge exclusive de l'Etat.

Art. 6. — Un réglement d'administration publique pourvoira à l'exécution de la loi, il fixera notamment le mode suivant lequel des travaux de construction ou d'appropriation pourront être prescrits, les réglements à introduire dans les hôpitaux civils affectés pour partie au service de santé de l'armée, ainsi que les conditions générales du traitement des malades militaires et les bases des allocations de l'Etat.

Art. 7. — Une convention passée entre le représentant du Ministre de la Guerre et la Commission administrative, déterminera, pour chaque hospice, et d'après les bases établies par le réglement d'administration publique, le régime spécial à cet établissement et la dette correspondante de l'Etat. Cette convention ne sera exécutoire qu'après avoir été ratifiée par les Ministres de la Guerre et de l'Intérieur. En cas de dissentiment entre les Ministres, il sera statué par un décret rendu en Conseil d'Etat.

Art. 8. — S'il n'est pas intervenu d'accord entre la Commission administrative et le représentant du Ministre de la Guerre, il est statué d'office par un décret rendu en Conseil d'Etat.

Art. 9 — Dans les six mois qui suivront la publication du réglement d'administration publique, les Commissions administratives pourront demander, nonobstant les conventions en cours d'exécution, qu'il leur soit fait application des dispositions de la présente loi. Il sera statué sur ces demandes dans un délai de même durée, et conformément aux prescriptions des articles 6 et 7 ci-dessus.

Art. 10. — Sont abrogées toutes les dispositions des lois, ordonnances, décrets et réglements contraires à la présente loi. — Fait à Versailles, le 21 mars 1876, etc.

17. Ailante glanduleux dans la dysenterie.

M. Bouchardat propose la potion suivante, à prendre en 2 ou 3 fois dans la journée :

Infusé d'ailante	15 à 20 gr.
Hydrolat de fleurs d'oranger	10
Sirop de sucre	20

On doit administrer l'infusé dans la diarrhée chronique et la dysenterie pendant 3 ou 4 jours de suite. Par la voie rectale, on peut le donner à la dose de 20 gr. dans 1/4 de lavement (*Annuaire de thérap.*, 1876).

Enseignement médical libre.

Cours complémentaire des maladies syphilitiques. M. le Dr Alfred FOURNIER, agrégé de la Faculté, commencera ce cours, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 7 avril à 9 heures et demie du matin, et le continuera les vendredis suivants à la même heure. Conférences au lit des malades tous les mardis à 8 heures 1/2.

M. WADDINGTON, le nouveau ministre de l'Instruction publique, a visité le 24 mars l'Ecole de médecine. Il était accompagné de M. Mourier, vice-recteur de l'Université et de M. Vulpian, doyen de la Faculté de médecine.

— Par décret en date du 28 mars 1876, M. Parrot, agrégé, est nommé professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie à la faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Lorain, décédé.

— M. Potain, agrégé, est nommé professeur de pathologie interne à la faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Hardy, appelé à d'autres fonctions.

— Une enquête sur le projet d'agrandissement de l'École de médecine est ouverte à la mairie du VIe arrondissement.

MORTALITÉ A PARIS. — Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 23 mars 1876, on a constaté 538 décès, savoir : variole, 10; — rougeole, 9; — scarlatine, 0, — fièvre typhoïde, 8; — érysipèle, 1; — bronchite aiguë, 31; — pneumonie, 54; — dyssenterie, 0, — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 6; — *choléra nostras*, 0; — angine couenneuse, 7; — croup, 11; — affections puerpérales, 7; — autres affections aiguës, 254; — affections chroniques, 417, dont 173 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 35; — Causes accidentelles, 8.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1872 : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 30 mars 1876 on a constaté 1,153 décès, savoir : Variole 8, rougeole 9, scarlatine 2, fièvre typhoïde 27, érysipèle 5 ; bronchite aiguë 47, pneumonie 100, dysenterie 0, diarrhée cholériforme des jeunes enfants 1, choléra nostras 0, angine couenneuse 11, croup 28, affections puerpérales 5, autres affections aiguës 328, affections chroniques 506 dont 229 dues à la phthisie pulmonaire, affections chirurgicales 55, causes accidentelles, 22.

LONDRES. — Population 3,445,100 hab. Décès du 5 au 11 mars 1876, 1,455, savoir : variole, 1; — rougeole, 46; — scarlatine, 35; — fièvre typhoïde, 9; — érysipèle, 5; — bronchite, 207; — pneumonie, 74, — dyssenterie, 1; — Diarrhée, 16; — choléra nostras, 0; — diphthérie, 5; — croup, 13; — Coqueluche, 80.

EXCURSION SCIENTIFIQUE. — M. le professeur Hebert, fera dimanche prochain 2 avril une excursion géologique à Vanves, Issy, et Meudon. Le rendez-vous est à la porte de Versailles, à 10 heures et demie précises.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. FISCHER, ancien externe des hôpitaux de Paris, interne à l'hôpital cantonal de Genève. Il a succombé en trois jours à une diphtérite maligne.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Lariboisière. Service de M. MILLARD. Salle Saint-Vincent : 2 endo-péricardite; 3. hémorrhagie cérébrale; 7, pleurésie gauche, déplacement du cœur; 13, fièvre typhoïde; 15, myélite ascendante; 16, cancer du foie; 21, péritonite chronique. — Salle Sainte-Joséphine : 16, péritonite tuberculeuse; 19, abcès multiples après un accouchement; 24, fièvre typhoïde à forme thoracique; 25, cancer de la fosse iliaque; 33, épiploïte généralisée produite par une hernie ombilicale; 34, chloro-anémie, péricardite.

Service de M. JACCOUD. Salle Saint-Jérôme : 3, insuffisance et rétrécissement mitral et tricuspide, hépatite chronique; 7; cachexie purulente, albuminurie; 9, paralysie saturnine; 10, maladie de Bright; 12, cancer du foie; 13 bis, rhumatisme chronique des petites jointures; 20, insuffisance mitrale; 23, cachexie saturnine, albuminurie; 24, paralysie du voile du palais: 35, insuffisance aortique, 28, pneumonie droite; 31, tremblement mercuriel; 33, rhumatisme articulaire chronique. — Salle Sainte-Claire : 2, insuffisance mitrale, rétrécissement aortique; 13, pelvi-péritonite; 16, hématocèle rétro-utérine; 25, ramollissement cérébral.

Service de M. GUYOT. Salle Saint-Henri : 5, endo-péricardite; 7, fièvre typhoïde; 8, maladie de Bright; 14, pleuro-pneumonie; 17; pleurésie gauche, deux thoracentèses; 25, cancer de l'estomac; 29, tumeur cérébrale. — Salle Sainte-Elisabeth : 4, phlegmon suppuré de la cloison recto-vaginale consécutif à un phlegmon du ligament large; 21, affection mitrale, œdème pulmonaire; 22, ramollissement cérébral; 24, métrite hémorrhagique; 31, rhumatisme articulaire subaigu.

Service de M. SIREDEY. Salle Sainte-Augustin bis : 11, pneumonie; 11 bis, rhumatisme blennorrhagique, 12, albuminurie; 14, pneumonie droite; 22, affection mitrale; 25, kyste de la rate; 26. néphrite; 27, pleurésie droite. — Salle Sainte-Geneviève : 2, chute de l'intestin, tumeur de la fosse iliaque gauche; 4, métrite parenchymateuse; 5, pelvi-péritonite; 7, rhumatisme; 9, hémorrhagie cérébrale; 12, paraplégie syphilitique; 15, rhumatisme, lésion mitrale ancienne; 19, fièvre typhoïde; 23, esthiomène éléphantiasique de la vulve; 26, fièvre typhoïde, érysipèle de la face; 29, phlegmon de la paroi abdominale consécutif à un phlegmon du ligament large; 32, pneumonie; 34, corps fibreux de l'utérus.

Service de M. TILLAUX. Salle Saint-Louis : 7, inflammation aiguë de la bourse séreuse des tendons de la patte d'oie; 3, lymphadénome du cou; 26, abcès urineux; 30, fibro-sarcome de la parotide gauche; 31, fracture du péroné par abduction.

Hôpital des Enfants-Malades. Service de M. ARCHAMBAULT. Consultations le mardi. Leçons cliniques le vendredi à 9 h. 1/2. Salle Saint-Louis (G.) :

[illegible] 17, [illegible] — [illegible] 18, [illegible] 22, [illegible]

Service de M. [illegible]. Salle Sainte-C[illegible] 18, [illegible]

Service de M. [illegible] 9 h. 1/2. Salle Saint-[illegible] 17, angine diphthéritique [illegible] pulmonaire [illegible]

Service de M. [illegible] Salle Sainte-Marie [illegible] de la [illegible] Saint-Vincent [illegible] de la peau. — Salle [illegible]

Service de M. [illegible] Salle Saint-Côme [illegible] avec abcès [illegible] gauche [illegible]

[illegible] Service de M. [illegible] 9 h. Salle Saint-[illegible]

[illegible] Service de M. [illegible] Salle Sainte-Anne [illegible], syphilis, 14 [illegible] — Salle Sainte-Adélaïde [illegible], iritis rhumatismale [illegible] pelvi-péritonite aiguë [illegible]

Service de M. [illegible] 8 h. 1/2. Pavillon IV : [illegible], zona [illegible], 25 [illegible] — Pavillon III : 4, tumeur [illegible] 21, [illegible]

Service de M. [illegible], 8 h. 1/2. Salle Saint-[illegible] : 22, [illegible] 27, fracture [illegible] — [illegible] 29, arthrite suppurée [illegible] — Salle Saint Marthe : [illegible] multiples; 4, [illegible] 17, [illegible] laire.

Service de M. [illegible] Salle Saint-Christophe [illegible] 13, blennorrhagie [illegible] épanchement séreux [illegible] — Salle Sainte-Ma[illegible] 26, [illegible] — Pavillon II : 33, abcès du sein; [illegible] 26, fracture de l'olécrâne.

Hôpital [illegible]. Service de M. [illegible]. Visite à 8 h. Salle Saint-[illegible] angine diphthéritique, éruption scarlatin[illegible] 18, bronchite succédant à une rougeole [illegible] coqueluche : 20, 21, pneumonie [illegible] — Salle Sainte-[illegible] : 1, méningite tuberculeuse, 3, albuminurie, [illegible] fièvre typhoïde, 15, congestion pulmonaire avec [illegible] 24, [illegible], pneumonie, 25, [illegible]; 28, [illegible] 23, [illegible].

Service de M. Cadet de Gassicourt. Visite à 8 h. 1/2. Clinique les [illegible] jeudis, à 9 h. Salle Saint-Joseph : 4, rhumatisme articulaire, [illegible] coqueluche, [illegible] érysipèle du cuir chevelu, 13, 15, fièvre ty-[illegible]

Hôpital Saint-Louis. — Conférences cliniques des maladies de la peau. — M. le dr Hillairet, commencera ses conférences le jeudi 30 mars 1876 à 8 h. 1/2 du matin, e[t] les continuera les jeudis suivants à la même heure. (salles Henri IV et Saint-Louis).

M. le dr E. Guibout, reprendra ses conf[é]rences cliniques sur les maladies de la pea[u] salle Saint-Charles le samedi 8 avril 1876. [à] 8 h. 1/2 du matin et les continuera les lundis [et] samedis suivants à la même heure. Les lun[dis] seront surtout consacrés, comme d'habitud[e] aux maladies des femmes.

Hôpital Beaujon. Service de M. [illegible]. Opérations les mercredis, à 9 heures. Sa[lle] Sainte-Agathe : 1, [illegible] : 6, [illegible] ; 9, congélation du pied ; 11, fracture [de] la rotule. — Pavillon II : 1, pseudarthrose [de] la clavicule ; 7, nécrose du tibia ; 26, abcès [du] sinus maxillaire ; 25, fracture en T de l'extr[é]mité inférieure de l'humérus ; 31, orchite su[p]purée : 33, sarcome du maxillaire inférieur.

Service de M. D[illegible]. Opérations [le]s jeudis à 9 heures. Pavillon I : 10, fracture [illegible] ; 28, plaies de poitrine ; 15, [illegible] — Pavillon II : 6, épithélioma de la parotide ; 15, enchondrome du maxi[llaire] [illegible] 8, fractures des condyles du fémur.

Service de M. Gubler. Salle Saint-Loui[s] [illegible] péricardite chronique, hémiplégie gauch[e] [illegible] tumeur du cervelet ; 29 bis, épilepsie s[illegible] — Salle Ste-Marthe : 2, insuffisan[ce] [illegible], 4, 21, paralysie labio-glosso laryn[gée]

Service de M. Moutard-Martin. Sal[le] Saint-François : 1, angine diphthéritique ; [illegible] cachexie saturnine ; 24, bronchite capillair[e] — Salle Sainte-Claire : 6, coliques hépat[i]ques, 14, reins flottants ; 20, cancer de l'e[s]tomac et du foie.

Service de M. Lécorché. Salle Saint-Jea[n] 3, gangrène symétrique des extrémités ; [illegible] eczéma généralisé ; 31, rougeole. — Sal[le] Sainte-Claude : 2, ictère ; 5, pelvi-péritonit[e]

Service de M. Lépine. Salle Beau[illegible] 1, fièvre typhoïde ; 6, hémiplégie traumatiqu[e] 11, pneumonie du sommet, péricardite, ictèr[e] — Salle Sainte-Monique : 3, aphasie ; [illegible] rétrécissement mitral ; 8, insuffis. mitral[e]

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILL[E]

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, [illegible], RUE DU PLESS[IS]

4e ANNÉE. — N° 15 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 8 AVRIL 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Des névralgies des moignons

Leçon recueillie et rédigée par le Dr CARTAZ.

Messieurs,

Vous avez dû remarquer dans notre service un malade auprès duquel je me suis arrêté longuement tous ces matins (lit n° 12, salle Saint-Jean). L'affection pour laquelle cet homme est venu réclamer nos soins est des plus intéressantes; si elle paraît moins rare qu'autrefois, c'est apparemment parce que notre attention a été appelée sur elle et qu'on l'a mieux recherchée. Les particularités qu'elle offre comme début, comme marche, le cortége symptomatique douloureux dont elle s'accompagne, en font une des lésions les plus curieuses à étudier et les plus propres à éveiller la sagacité thérapeutique des chirurgiens.

Avant d'entrer dans les détails, je vais vous exposer l'histoire de ce malheureux: c'est un homme de 31 ans, exerçant, avant l'accident qui lui a coûté un membre, la profession de scieur de long; il est robuste, bien constitué et malgré la longue période de douleurs qu'il vient de traverser, il présente encore tous les attributs d'une bonne santé.

Il y a six ans (mai 1869), il a eu la jambe broyée par une lourde pièce de bois; transporté à l'hôpital de Dijon, il subit, pour ce traumatisme, l'amputation au lieu d'élection; une gangrène partielle des lambeaux et une série d'opérations ultérieures ne permettent pas de préciser le procédé opératoire employé; cela n'a pas du reste une importance capitale pour notre sujet actuel. Quelques jours après l'opération, on constatait l'évolution d'un chancre syphilitique, contracté antérieurement et qui fut suivi des manifestations ordinaires.

Au vingt-huitième jour, le malade s'était levé; un faux mouvement qu'il fit en marchant détermina l'apparition de la première douleur dans le moignon qui, cependant, n'avait reçu aucun choc. Notez ce début insidieux, Messieurs, car nous le retrouverons dans des observations analogues; je dois dire que le malade n'accuse aucun antécédent rhumatismal, aucune névralgie ancienne; jamais il n'a eu de fièvre intermittente; enfin, dès le début de sa syphilis, le traitement hydrargyrique et ioduré avait été institué, mais il n'a pas été suivi pendant lonptemps, au dire du malade.

Je ne veux pas m'appesantir trop longuement sur la série de traitements institués contre cettte complication; vous les trouverez exposés en détail dans la thèse de M. Cartaz, où l'observation a été publiée *Des névralgies envisagées au point de vue de la sensibilité récurrente*, Paris, 1875); je me contenterai de vous en faire une énumération sommaire.

Au mois d'août 1869, on pratiquait l'extirpation de la cicatrice, en février 1870, la section des tendons fléchisseurs de la cuisse, puis, à diverses époques, deuxième extirpation de la cicatrice, résection partielle du péroné. Chacune de ces diverses opérations était suivie d'un soulagement marqué, mais qui n'était que momentané; le malade signale même, à ce sujet, une particularité fort remarquable et très-curieuse, dont nous aurons à tenir compte plus loin, c'est que, tant que la plaie était en suppuration, les douleurs étaient à peu près nulles, mais elles reparaissaient de plus en plus intenses à mesure que la cicatrisation s'établissait, pour reprendre toute leur acuité antérieure.

Devant l'insuccès de traitements aussi énergiques, il y avait, vous l'avouerez, de quoi désespérer de la guérison; cependant, pour tenter encore quelque chose en faveur de ce malheureux, les chirurgiens, aux soins desquels il s'était confié, résolurent de pratiquer la résection du grand sciatique; cette opération fut exécutée au commencement de 1874; trois centimètres de ce nerf furent enlevés à l'union de la partie inférieure et de la partie moyenne de la cuisse. Ce fut en vain; comme les premières, cette tentative fut infructueuse; au bout de quelques jours, la névralgie se montrait de nouveau dans toute son intensité; on s'adresse alors au nerf saphène et ce nerf est réséqué, ainsi que son accessoire, sur une longueur de trois centimètres au niveau de l'anneau du troisième adducteur; mais la plaie n'était pas fermée, que les douleurs étaient revenues aussi vives, aussi tenaces que jamais. Les moyens adjuvants, employés dans l'intervalle de ces opérations sérieuses (narcotiques, acupuncture, électro-puncture), avaient échoué comme le reste.

Ajoutez enfin qu'on avait enlevé un hygroma à grains riziformes, survenu depuis le port de son appareil, sur le bord interne de la rotule, le tout sans succès.

En considérant cette acuité, cette persistance des douleurs, en face de méthodes thérapeutiques aussi variées que puissantes, on serait presque tenté de croire l'affection incurable; aussi, a-t-on proposé à ce malheureux comme dernière ressource une nouvelle amputation, l'amputation de la cuisse. Il peut, Messieurs, vous paraître singulier au premier abord, qu'on en vienne à des opérations de cette importance pour une névralgie; mais, songez à ce que sont ces névralgies continues pendant des années, d'une acuité, d'une intensité dont vous pouvez difficilement vous faire une idée; ces douleurs ont poussé des malades à chercher la mort, à se suicider plutôt que d'endurer de pareilles tortures. Plusieurs fois, une nouvelle amputation au-dessus a été pratiquée comme moyen de guérison; on est allé jusqu'à faire la désarticulation de la cuisse comme ressource ultime, et le malade a guéri. L'amputation n'est donc pas une opération désespérée. Du reste, en vous décrivant l'état actuel de notre malade, vous jugerez de l'obligation où l'on se trouve de tout essayer pour calmer de semblables souffrances.

Avant de se résoudre à une seconde amputation, cet homme est venu à Paris, en quête de quelque moyen nouveau, réclamant un traitement moins héroïque que celui-là. Voici ce que nous pûmes remarquer à son entrée dans notre service: le moignon ne présente rien de particulier à la vue, la cicatrice est irrégulière, ce qui tient aux diverses opérations pratiquées depuis l'amputation, mais la peau a l'aspect, la coloration normale qu'elle présente sur le reste du corps. A la partie inféro-interne de la cuisse, à six centimètres de l'articulation, sur le trajet du saphène, nous trouvions les traces de la plaie opératoire pour la résection nerveuse, de même à la partie postérieure, sur le trajet du sciatique; mais ces deux cicatrices ne sont pas exubérantes, pas adhérentes à la profondeur des tissus, en un mot, elles n'offrent rien de particulier.

En voyant ainsi le malade étendu dans son lit, causant de son affection, vous racontant, comme je viens de vous le faire, toutes les péripéties de ce drame douloureux, vous ne douteriez guère que son affection puisse être aussi pénible et avoir nécessité une intervention chirurgicale aussi sérieuse. Mais touchez légèrement, du bout du doigt, frôlez la peau de ce moignon, et aussitôt la scène éclate dans toute sa violence; le malade enlève au-dessus du lit, d'un mouvement brusque, automatique, le membre inférieur, qui est pris aussitôt d'une trémulation saccadée, convulsive, involontaire; la figure du malade exprime, au même moment, des douleurs atroces; elle devient pâle,

grimaçante, la sueur perle sur son front ; de ses deux mains, il s'efforce de comprimer la cuisse, de maintenir le membre et de maîtriser ce tremblement et ces lancées douloureuses. Rien n'y fait, l'accès persiste une, deux minutes, puis tout rentre dans le calme, jusqu'à ce qu'un nouveau contact vienne réveiller la douleur. Cette douleur s'étend à toute la surface du moignon, puis se propage du côté des deux nerfs ; elle ne dépasse pas trop le réseau des résections nerveuses, cependant il a éprouvé quelquefois des retentissements dans le haut de la cuisse, du côté de la fesse.

Le malade compare cette douleur à une brûlure, à une piqûre aiguë ; qu'on touche le moignon, au niveau de la cicatrice, qu'on le touche à sa partie antérieure, à sa partie postérieure, c'est toujours la même douleur, qui s'irradie rapidement, en augmentant progressivement, pour devenir semblable, suivant l'expression du malade, à mille aiguilles rougies au feu. Il n'y a plus de sensation tactile éveillée par le toucher ; la sensation ne répond plus que par une note, quelle que soit la source qui l'engendre, sensation de douleur, de brûlure. Le frôlement des poils lui-même détermine cette sensation de brûlure, sous forme de petits picotements, comme si les aiguilles, dit le malade, étaient plus fines et plus nombreuses. Si, au contraire, on saisit avec fermeté le moignon, à pleines mains, en le maintenant sans bouger, les douleurs sont moins vives, et le toucher peut être exercé, sans éveiller des souffrances aussi aiguës. Les douleurs spontanées sont assez faibles, cependant, le contact des draps rend toujours pénible le séjour au lit ; la marche, avec son appareil (le pilon), a toujours été plus ou moins difficile ; elle est devenue à peu près impossible dans ces derniers temps.

Tel est, Messieurs, le tableau saisissant et pénible de l'état dans lequel ce malheureux s'offrait à nous ; j'avoue, qu'au premier abord, et en énumérant tout ce que l'on avait déjà tenté, je ne voyais que peu de chose à faire. Néanmoins, après un examen répété, après avoir discuté les chances pour ou contre telle tentative, je ne voulus pas recourir de nouveau aux méthodes opératoires, et je m'arrêtai à un moyen qui a, je dois le dire, dépassé nos espérances. La diathèse syphilitique entrait-elle pour une part dans la violence et la durée de cette névralgie ? C'est une question que nous nous sommes posée, mais l'insuccès du traitement spécifique que j'avais institué dès son arrivée à l'hôpital, nous a bientôt convaincus qu'il fallait chercher une autre cause. C'est alors que je pensai à l'emploi des courants continus ; nous avons retiré les plus heureux effets de cette méthode, puisqu'on peut, aujourd'hui, comme vous l'avez vu, toucher presque impunément le moignon.

Mais, avant de passer à cette question de thérapeutique, permettez-moi, messieurs, de revenir sur certains points de ces névralgies des moignons. Et, tout d'abord, voyez l'étrange façon dont débute parfois le mal : chez notre malade, au vingt-huitième jour de son amputation, subitement, à propos d'un faux mouvement, la douleur éclate ; pas de symptômes prémonitoires, pas la plus petite irritation précurseur, il n'y avait rien d'anormal auparavant.

Un malade de M. Azam, dont je vous raconterai dans un instant l'histoire, sort guéri de l'hôpital, après avoir subi diverses opérations contre une névralgie du moignon. Sept mois après, un beau jour, dans la rue, il glisse, fait un effort brusque pour se retenir, et ressent aussitôt une douleur si épouvantable dans son moignon, qu'il tombe. A partir de ce jour, la névralgie du moignon devint tellement intense et tellement rebelle, qu'il fallut un traitement prolongé et une nouvelle résection nerveuse pour en triompher.

Weir Mitchell, dans son remarquable traité des *Lésions des nerfs*, rapporte des cas où les douleurs se sont déclarées à la suite d'une rougeole, d'un rhumatisme, d'une fièvre intermittente. On pourrait invoquer, dans ces faits du chirurgien américain, une cause générale qu'on peut suspecter à bon droit ; le traitement approprié, dans quelques-uns de ces cas, a justifié la relation établie entre la névralgie et l'affection ancienne, et a permis d'obtenir la guérison durable sans recourir à de graves opérations ; mais ce sont des cas isolés et bien des fois on n'a pu établir aucune étiologie fondée à ces névralgies.

Vous voyez, par ces formes de début brusque, insolite, que ce ne sont pas des affections absolument progressives ; elles ne surviennent pas immédiatement après l'opération et c'est souvent à propos de circonstances tout-à-fait étrangères en apparence à la lésion primitive que la névralgie prend naissance ; c'est là un fait important à connaître pour le diagnostic, très-important aussi pour le traitement.

Qu'est-ce donc en réalité, Messieurs, que la névralgie des moignons ? Y a-t-il une cause anatomique de ces douleurs ? Y a-t-il une lésion propre aux suites des amputations qui puissent rendre compte de cette affection ?

On sait depuis longtemps que les nerfs coupés dans une amputation peuvent être le point de départ de névromes souvent multiples ; que ces renflements terminaux peuvent s'unir entre eux ou aux nerfs voisins par un tissu de cicatrice ; qu'ils peuvent aussi adhérer à la cicatrice et être en ce point soumis à des pressions répétées et irritantes. Tant que la plaie existe, il n'y a pas de douleurs, mais une fois les adhérences devenues fixes, le moindre tiraillement va devenir douloureux. Cette explication paraît assez naturelle et on fut ainsi porté à considérer ces névromes comme le point de départ des douleurs dont je vous ai parlé.

Un petit fait cependant aurait dû attirer l'attention : il paraît (je dis, il paraît, car mon expérience personnelle sur ce point est nécessairement restreinte), il paraît que ces névralgies des moignons sont beaucoup plus fréquentes au membre supérieur qu'à l'inférieur, fréquentes en particulier à la suite d'amputations de l'avant-bras. Weir Mitchell, dont l'expérience en ces matières repose sur l'étude d'un grand nombre de faits, confirme cette particularité ; il ajoute de plus que les moignons du membre supérieur sont également plus sujets que ceux du membre inférieur à ressentir douloureusement les impressions du froid, à fournir des sensations subjectives de mouvements, etc. Pourtant, nulle part le chirurgien n'est plus à l'aise pour donner aux lambeaux une plus grande étendue, de façon à éviter toute compression par la cicatrice. De plus, au bras le moignon ne supporte aucun poids et il est facile de le garantir de chocs ou de pressions nuisibles.

Cette interprétation n'en fut pas moins accueillie avec faveur ; elle conduisit à une pratique opératoire, surtout préconisée par M. Verneuil, la résection des extrémités nerveuses dans les lambeaux pendant les amputations. Les névralgies des moignons, malgré cela, n'en devinrent pas beaucoup plus rares ; d'ailleurs, de nouveaux faits mieux observés, la marche extensive, l'allure parfois étrange des douleurs, leur ténacité, l'insuccès toujours mieux démontré des traitements employés, conduisaient peu à peu les observateurs à de nouveaux points de vue sur leur origine.

Une autre hypothèse surgit ; remarquez, Messieurs, qu'il y a toujours une part hypothétique dans l'interprétation des phénomènes nerveux ; ce n'est qu'à la longue, avec le temps, par l'étude attentive des faits, les examens anatomiques multipliés, que l'hypothèse se change quelquefois en réalité. On admit que les névralgies des moignons reconnaissaient pour cause une altération pathologique siégeant primitivement dans les extrémités nerveuses (névrite chronique, épaississement du névrilème, sclérose des nerfs) qui, partie de la périphérie, pouvait remonter jusqu'aux centres. Dans sa préface au livre de Weir Mitchell, M. Vulpian s'est prononcé en faveur de cette hypothèse. Parfois même, la lésion s'étendait symétriquement et redescendait du côté opposé, par les nerfs homonymes, dans le membre sain. M. Charcot, dont la compétence en pareille matière vous est bien connue, me citait récemment un fait où cette marche extensive avait été très-nette.

Mais cette lésion des nerfs constatée, admise, tout est-il expliqué ? Trouverons-nous dans ce simple fait anatomique la raison suffisante des phénomènes observés ? Ces douleurs atroces qui troublent le sommeil, empoisonnent la vie, poussent le malade au suicide ; ces élancements douloureux où se mêlent les sensations les plus aiguës de brûlure, de déchirure, d'arrachement, cet ensemble clinique, en un mot, qui donne à l'affection un cachet si spécial, n'aurait-il plus rien d'obscur pour nous? L'altération scléreuse des troncs nerveux explique-t-elle pourquoi la douleur semble avoir un siége d'origine principal ; pourquoi cette douleur engendrée se propage aussitôt à tous les filets, à toutes les fibres d'une région circonscrite, celle du moignon qui est bien rarement franchie ; pourquoi des points d'origine douloureux ne se forment pas au-dessus du moignon, sur le trajet des filets ni des parties sclérosées du nerf ?

La réponse à ces questions n'est pas facile ; et d'ailleurs souvenez-vous de l'histoire de notre malade; après les résections nerveuses qu'il avait subies, son moignon n'était plus en communication avec les centres que par quelques filets du plexus lombaire ; croyez-vous que cette exiguité de communication ait diminué l'intensité de la perception douloureuse? nullement ; la sensation tactile, était je vous l'ai dit, seule troublée et remplacée par la sensation douloureuse. De plus, et c'était là un des traits bien curieux du mal dont il souffrait, la sensation douloureuse partait toujours d'un même point : ce point touché, il semblait que tout le département nerveux, limité par les deux résections de nerfs, entrait en vibration, donnait la même note douloureuse au centre commun.

Dans le mémoire que je vous citais plus haut, M. Cartaz a émis une hypothèse qui donne assez nettement l'explication de ces divers phénomènes, et qui me semble admissible dans certains cas déterminés. Ces formes de névralgies rebelles, irradiées, étendues, tiendraient, selon lui, à une névrite du réseau terminal des nerfs ; partie d'un point quelconque, l'inflammation se propagerait dans tous les sens, par l'intermédiaire des fibres récurrentes, envahirait tout le moignon et ferait comprendre pourquoi la douleur est si généralisée, pourquoi la névrotomie d'un tronc ne suffit pas à éteindre cette douleur, etc.

Cette explication n'est donnée par son auteur que comme hypothèse, car il n'a pas eu l'occasion de vérifier cette névrite périphérique et de contrôler ses assertions par l'anatomie pathologique ; telle quelle, elle me paraît donner la clef de certains phénomènes bizarres de cette maladie ; mais cependant, à part le fait vrai, démontré de la névrite, de la sclérose des troncs nerveux, remontant plus ou moins haut du côté des centres, rien d'absolument certain dans l'interprétation du tableau symptomatique de l'affection.

Quittons donc pour le moment ce côté hypothétique de la question et revenons à l'étude de la marche, de la physionomie générale de la maladie. Cette marche est variable, mais elle se rapproche ordinairement de l'un des trois types suivants : dans un très-petit nombre de cas, la maladie suit une marche régulièrement ascendante et progressive, que rien ne peut entraver; les malades succombent épuisés au bout d'un temps plus ou moins long. Cette forme est heureusement assez rare pour qu'on puisse en quelque sorte la négliger.

Chez d'autres malades, beaucoup plus nombreux, les douleurs sont excessives ; malade et chirurgien se résignent, pour les combattre, aux opérations les plus graves; rien n'y fait ; le mal résiste aux efforts en apparence les mieux dirigés. Parfois les souffrances s'apaisent peu à peu ; elles ont, semble-t-il, disparu pour toujours et subitement elles reprennent avec toute leur intensité première ; mais il y a là des périodes de rémission vraie.

D'autres enfin, à la suite d'une opération favorable, d'un traitement médical approprié, guérissent complétement.

Je puis vous citer une série de faits bien connus appartenant à la seconde catégorie que je viens d'établir et qui montrent la ténacité de cette affection.

M. Mitchell (*Traité des lésions des nerfs*, traduction française, page 316) rapporte, d'après le Dr Nott, l'histoire d'un soldat qui fut pris de névralgie du moignon un an après l'amputation de la jambe. Le moignon étant conique, on l'ampute ; Nott renouvelle cette opération et enlève un pouce de l'os. Récidive ; les souffrances deviennent intolérables. On excise 2 centimètres du nerf sciatique, 7 cent. du nerf poplité et du nerf péronier. Un peu plus tard, amputation de cuisse à 10 cent. du genou ; enfin excision de 3 centim. du nerf sciatique à la sortie du bassin ; la névralgie persista.

M. Azam a publié dans les *Bulletins de la société de chirurgie* de 1864 le fait suivant dont je vous ai déjà parlé : Névralgie du moignon à la suite d'une amputation de jambe; résection du sciatique poplité externe ; plus tard résection du grand sciatique. A la suite, la guérison persiste pendant sept mois. Un effort que le malade fait pour ne pas tomber réveille subitement la névralgie.

Une femme est amputée à la cuisse pour une névralgie du genou (Herb. Mayo. *The Lancet*, 1837); la névralgie paraît dans le moignon ; résection du sciatique et de l'extrémité du fémur ; deuxième résection du sciatique, enfin désarticulation de la hanche. La guérison fut obtenue à ce prix.

Mayor, de Lausanne, a pratiqué également la désarticulation de la hanche (*Société de chirurgie*, 1865) pour une névralgie qui n'avait cédé ni à la résection du sciatique, ni à l'amputation de cuisse ; la malade fut guérie de sa névralgie.

Je pourrais, Messieurs, multiplier ces citations ; vous voyez qu'en désespoir de cause, les chirurgiens, comme les malades, se sont résolus à des opérations d'une extrême gravité : désarticulation de la hanche (Mayo, Mayor), désarticulation de l'épaule (Hancock), trois amputations successives de cuisse (Blackmann), et je ne parle pas ici des résections nerveuses, des applications caustiques, etc. Mais vous avouerez qu'en présence d'une affection grave, irrégulière, éminemment tenace, on est autorisé à tout tenter; du reste, avant que vous y songiez, le malade vous réclamera lui-même ces opérations ultimes.

A côté du traitement chirurgical proprement dit, la liste des moyens médicaux qu'on a tour à tour préconisés avec plus ou moins de faveur, serait trop longue à parcourir. Il ne me semble pas cependant que jusqu'ici l'attention (du moins en France) ait été attirée d'une façon spéciale sur les avantages de l'*électricité* employée dans ces cas rebelles. Je vous ai dit l'amélioration considérable que j'ai obtenue chez mon malade par l'emploi combiné et successif des courants interrompus et continus. L'application des électrodes, extrêmement douloureuse dans les premières séances, est devenue peu à peu tolérable ; vers la fin de la seconde semaine, les douleurs étaient notablement amendées, aujourd'hui, un mois et demi après le début de ce traitement, on peut toucher le moignon, sans provoquer de lancées, ni de mouvements convulsifs. Le malade se croit guéri ; je le souhaite vivement, mais je n'ose pas partager son enthousiasme et sa conviction; souvent, après de longues interruptions, après des guérisons spontanées, la moindre cause a suffi pour déterminer le retour de la douleur. Mais quelle que soit la marche ultérieure de la maladie, l'effet de cette médication nous aura prouvé, qu'en s'adressant à des moyens locaux, on pourra encore le soulager et n'être pas obligé de recourir à une nouvelle amputation. Les statistiques publiées par différents auteurs encouragent, du reste, à user plus souvent de l'agent électrique comme moyen thérapeutique ; ainsi, sur 86 cas de sciatique, O. Berger (*Deutsche Zeitschrift f. prakt. Med.* 1874) en a observé 73 qui, pendant des mois, avaient résisté à toute espèce de traitement ; presque tous furent rapidement guéris par une faradisation énergique de la peau dans le domaine du nerf malade. D'après cet auteur, le courant galvanique n'amenait aucun résultat dans les cas où le courant faradique avait échoué ; il croit que ce courant féradique agit en diminuant l'exci-

tabilité des filets sensitifs malades par leur irritation excessive, et principalement par les modifications réflexes de la circulation. Le *Chicago journal* publiait ces jours-ci (Octobre 1875) un travail de Bannister qui vante l'action curative des courants continus dans la névrite chronique subaiguë.

Est-il possible, Messieurs, en présence d'un cas donné, d'indiquer avec plus de précision quelle doit être la conduite du chirurgien? Je prendrai ici pour guide Weir Mitchell, qui nous a donné pour le traitement chirurgical une excellente formule que je vous engage à retenir.

Vous trouvez-vous en présence d'une névralgie *ancienne?* ne faites pas de traitement chirurgical, contentez-vous des moyens médicaux, narcotiques, en applications extérieures, en injections hypodermiques, révulsifs, chaleur, douches, etc.; mais ne faites pas d'opération, car vous ne savez où chercher et atteindre le mal. Si nous admettons, en effet, cette névrite, cette sclérose, où reconnaitrez-vous sa limite, et dans ce cas, quelle opération entreprendrez-vous? Si vous croyez, d'après les idées de M. Cartaz, à une névrite du réseau terminal, ce ne sont pas des névrotomies faites un peu à tort et à travers qui enrayeront la maladie; interrogez les antécédents, examinez les diathèses et dirigez votre traitement en conséquence.

La névralgie est-elle au contraire *récente*; se développe-t-elle sous vos yeux? Le cas est différent. Ayez encore ici recours tout d'abord aux moyens simples que je viens de rappeler: mais en même temps examinez les choses de près. Portez votre attention sur la cicatrice, sur la forme et la disposition du moignon et voyez si vous n'y trouvez pas la cause des souffrances qui tourmentent votre malade. Si, malgré tout, la douleur persiste, si vous vous décidez à pratiquer la névrotomie, interrogez auparavant avec grand soin la direction, le trajet de la douleur, remarquez s'il existe quelques points plus particulièrement douloureux et agissez en conséquence. Mais, je vous le répète, les cas où l'intervention chirurgicale est formellement indiquée sont rares; ils le deviendront de plus en plus à mesure que l'on voudra rechercher avec plus de soin les causes génératrices. Dans les névralgies causées, comme celles que cite M. W. Mitchell, par un rhumatisme, une fièvre intermittente, vous aurez mille fois raison de vous adresser à ces deux affections *mères* et de diriger votre traitement dans le sens de l'arthritisme et de l'impadulisme avant de prendre le bistouri; le plus souvent du reste le succès justifiera votre conduite. Ces préceptes de pathologie générale chirurgicale sont de plus en plus mis en évidence; chaque jour on constate les relations étroites qui relient le traumatisme aux maladies constitutionnelles. Je ne saurais trop, Messieurs, appeler votre attention sur ces faits; car tous vous pouvez être appelés, dans un cas semblable, soit à agir, soit à donner un conseil et en pareille circonstance, le conseil peut être plus important que l'action.

— Les réserves établies par M. le professeur Trélat, au sujet de la guérison par les courants faradiques, ont été justifiées par la récidive de la névralgie quelque temps après et l'insuccès relatif de l'électricité essayée à nouveau. Les douleurs sont bien moins intenses qu'à l'entrée du malade, mais le bénéfice acquis tout d'abord ne s'est pas maintenu. Depuis, un autre moyen a parfaitement réussi; reste à savoir si la guérison sera plus durable. Un vésicatoire fut appliqué sur toute l'extrémité du moignon et laissé 24 h. en place; ce révulsif, secondé, il est vrai, par des injections sous-cutanés de morphine, a rendu le calme et la tranquillité au malade et fait cesser complétement les douleurs. Ce résultat viendrait, s'il amenait une guérison permanente, à l'appui des idées que j'ai soutenues dans ma thèse. (*Note du Rédacteur.*)

NOUVEAU JOURNAL. — Nous avons reçu le premier numéro du *Moniteur*, journal de médecine, de chirurgie et de thérapeutique, paraissant le 1er et le 15 de chaque mois, sous la direction de M. le docteur P. Ménière (d'Angers).

MALADIES DES OREILLES

De la myringodectomie;

Par M. le Dr **C. MIOT** (1).

CHAPITRE II.

Art. I. Des indications de la perforation du tympan.

2° *Oblitération de la trompe.* — Astley Cooper, Himly, Itard ont tenté de guérir la surdité produite par une obstruction ou un rétrécissement incurable des trompes, à l'aide de la perforation artificielle du tympan. Seulement, à l'époque où ces praticiens ont eu recours à ce mode de traitement, on ne possédait pas les modes d'exploration connus aujourd'hui, et, par suite, il était souvent employé sans indication suffisante. Appliquée avec circonspection et dans les cas voulus, cette opération devait produire et a produit de bons résultats.

La surface du tympan dans l'oblitération de la trompe revêt des teintes plus ou moins ternes; les parties centrales se dépriment fortement du côté de la cavité de la caisse; le manche du marteau plus ou moins visible devient très-oblique et par conséquent est vu en raccourci. A mesure qu'il prend cette obliquité, l'apophyse externe devient saillante, et bientôt à la partie inférieure de cette dernière se dessine une plicature à peu près parallèle au cadre osseux et plus ou moins prolongée. Lorsque la membrane n'est pas sensiblement épaissie, la grande branche de l'enclume, la branche postéro-inférieure de l'étrier, les poches, la corde du tympan, le promontoire, la niche de la fenêtre ronde sont d'autant plus visibles à travers la membrane que celle-ci est plus déprimée du côté de la caisse.

La coloration du tympan est d'un gris blanc bleuâtre, d'un gris foncé avec des reflets rougeâtres ou d'un blanc jaune pâle. Le triangle lumineux n'existe plus ou est réduit à l'état de tache peu brillante. L'auscultation ne permet d'entendre aucun bruit, puisque l'air ne peut pas pénétrer dans la caisse pendant l'insufflation d'air.

Lorsque l'obstruction affecte le méat pharynglen de la trompe, on la constate de visu à l'aide du miroir rhinoscopique; mais si elle siége dans la portion fibro-cartilagineuse ou osseuse, on ne peut la reconnaître que par la résistance qu'elle oppose à la bougie exploratrice.

L'obstruction de la trompe pouvant coïncider avec des lésions graves de l'oreille interne, il sera nécessaire de se rendre compte, au moyen de la montre et du diapason, du degré de sensibilité du nerf auditif.

La paracentèse du tympan, dans les cas d'obstruction, n'est pas conseillée par tous les praticiens. Saissy, par exemple, au lieu de ponctionner la membrane, préfère traverser l'obstacle à l'aide d'une sonde à dard. Fabrizzi de Modène (2), diffère de Saissy sur plusieurs points. Selon lui, la perforation ne doit pas être tentée lorsqu'il n'existe aucune trace de l'orifice pharyngien de la trompe, parce que l'opérateur obligé d'enfoncer aveuglément le dard dans les tissus s'expose à blesser des organes importants. Elle pourra être faite lorsque, la trompe étant libre dans une certaine étendue, il sera possible de faire suivre à la sonde la direction du conduit. Toutefois, même dans ces conditions, cette opération n'est pas sans danger dans l'exécution, ni sans incertitude dans le résultat.

Ces dangers et ces incertitudes devront inspirer moins d'hésitation au praticien si l'obstacle se laisse un peu déprimer par la bougie exploratrice et paraît ne pas avoir une grande épaisseur. Dans tous les cas, on aura soin de s'assurer préalablement dans quelle partie de la trompe siége cet obstacle, afin de ne pas faire pénétrer le trocart plus profondément qu'il ne faut. D'ailleurs, la sensation qu'on éprouve immédiatement après avoir traversé le tissu cicatriciel est facile à reconnaître. La perforation faite, il

(1) Voir les nos 13 et 14.

(2) *Résumé des leçons de médecine acoustique* (*Gazette des hôpitaux*, 1830).

reste à cautériser l'ouverture artificielle et à empêcher sa cicatrisation à l'aide d'une bougie.

En résumé, le cathétérisme forcé de la trompe offrant beaucoup plus de danger que la myringodectomie, cette dernière opération est celle à laquelle il faut accorder la préférence pour rétablir l'audition.

3° *Sclérose de la caisse.* — La perforation artificielle du tympan est indiquée dans les cas suivants : 1° Sclérose sans épaississement notable du tympan ; 2° Sclérose avec épaississement notable du tympan ; 3° Sclérose avec rétraction du tendon réfléchi du muscle tenseur du tympan. — Après avoir donné brièvement les symptômes généraux de la sclérose, j'indiquerai les modifications particulières aux trois états pathologiques qui précèdent.

Cette affection a ordinairement une marche lente, progressive et insidieuse. Elle est caractérisée par de la surdité et des bourdonnements. La surdité d'abord légère est souvent attribuée à un manque d'attention. A mesure que certaines parties essentielles à la transmission des sons deviennent plus rigides, l'organe perd son pouvoir d'accommodation et le malade constate que certains mots prononcés dans une conversation générale lui échappent. Il arrive un moment où la voix ne peut être entendue qu'en tête-à-tête. La surdité peut même devenir complète.

La sclérose présente aussi d'autres symptômes indiqués à l'article consacré à l'ankylose de l'étrier.

Les bourdonnements surviennent à une époque plus ou moins éloignée du début de la maladie avant ou après que le malade s'est aperçu de la surdité. Il les compare à un *si* prolongé, au bruissement de l'eau qui va bouillir, au sifflement du vent ou à des battements isochrones à ceux du pouls. Ils lui paraissent siéger dans l'oreille ou dans le côté correspondant de la tête. Ils augmentent toutes les fois que le sang afflue plus abondamment au cerveau, par exemple, à la suite d'un travail assidu, d'une alimentation trop succulente ou au moment des règles chez les femmes. Les variations de l'atmosphère influent plus sur eux que sur l'audition. Ils augmentent pendant les temps froids, humides, orageux ou très-chauds.

L'exploration de l'oreille interne permet de constater si elle est affectée ou si l'oreille moyenne est seule atteinte. Dans ce dernier cas, le diapason mis en vibration et appliqué au vertex est mieux entendu de l'oreille la plus mauvaise. Le son de la montre, placée sur la fosse temporale immédiatement en avant du pavillon, est mieux perçu par le malade que mise en contact avec le pavillon au niveau du méat. L'insufflation d'air dans la caisse, au moyen de la sonde produit un bruit de souffle physiologique rude ou râpeux, et n'améliore pas sensiblement l'audition. (*Fig.* 29.)



Fig. 29.

La membrane du tympan a des aspects différents, décrits dans les articles spéciaux qui suivent.

1° *Sclérose sans épaississement notable du tympan.* — La membrane a une surface normale quelquefois brillante et semblable à une cassure de verre ou un peu terne et couverte d'une légère poussière épithéliale. La concavité est sensiblement augmentée et le manche du marteau est un peu attiré vers l'intérieur de la caisse. En l'examinant pendant l'emploi du spéculum pneumatique, on constate qu'elle n'a plus sa mobilité physiologique surtout dans ses parties antéro-inférieures. Au moment de l'insufflation d'air dans la caisse, par le procédé de Valsava, les parties périphériques, situées derrière l'apophyse externe, bombent et paraissent très-brillantes, comme argentées.

J'attache une grande importance à ce symptôme objectif qui suffit le plus souvent pour reconnaître une tension ou une rigidité plus grande qu'à l'état physiologique. La sensibilité de la membrane constatée avec le stylet coudé 1. *fig.* 30, est normale ou légèrement diminuée.

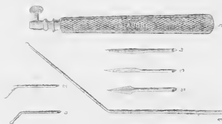


Fig. 30.

Sclérose avec épaississement du tympan.— On a proposé de perforer le tympan dans des cas de cette nature afin de permettre aux ondes sonores d'ébranler directement les fenêtres. Si la sclérose n'atteint pas des parties essentielles comme les articulations et les fenêtres, la perforation artificielle du tympan améliore immédiatement l'audition.

Les épaississements du tympan surviennent plus souvent dans le cours de l'inflammation chronique que dans celui de l'inflammation aiguë. Ils dépendent d'une affection de l'oreille externe ou de l'oreille moyenne.

Dans le premier cas, la couche cutanée est modifiée et tous les détails physiologiques de sa surface disparaissent. Dans le second, les modifications pathologiques se rencontrent d'abord à la périphérie de la membrane, puis dans ses parties centrales, le manche du marteau est rarement invisible.

Les épaississements de la couche fibreuse, suivant Politzer, se forment lentement dans les parties centrales du tympan, et se rencontrent souvent chez les vieillards, plus rarement chez les personnes jeunes. Ces dépôts pathologiques ne paraissent pas d'abord apporter de trouble dans l'audition, mais au bout d'un certain temps il survient fréquemment une surdité produite par l'ankylose de l'étrier avec la fenêtre ovale. Dans un épaississement de cette nature où le tympan était entièrement d'un gris blanc bleuâtre (1), et dans un autre où il était jaunâtre (2), l'examen micrographique permit de constater la présence de gouttelettes graisseuses isolées ou réunies et accumulées en plus grande quantité à la périphérie du tympan, près du cadre osseux.

La connaissance de ces faits doit donc engager le praticien à faire avec soin l'historique de la maladie avant de pratiquer la myringodectomie, et comme l'amélioration qu'il est possible d'obtenir par l'opération peut ne pas persister longtemps, il est bon d'en avertir le malade.

On reconnaîtra l'épaississement et la rigidité de la membrane aux signes suivants : le tympan épaissi a une surface très-sèche, un peu dépolie ou lisse, et une opacité variable. Sa coloration est d'un gris de plomb, gris-blanc jaunâtre, blanc de craie, gris foncé, brunâtre ou verdâtre. Les points atrophiés, les tissus de cicatrice, les parties saines vues à côté de ces épaississements paraissent gris foncé. Il est rigide et donne une sensation de fibro-cartilage quand on le touche avec un stylet métallique garni d'une couche de coton fortement tassé. Il exécute difficilement des mouvements pendant l'emploi du spéculum pneumatique ou au moment où l'air est insufflé dans la caisse par une des méthodes connues. (Cathétérisme, méthode de Valsava ou de Politzer.)

La sensibilité du tympan est ordinairement diminuée, et dans certains cas de dégénérescence profonde on peut exercer une certaine pression sur sa surface sans causer de douleur.

3° *Sclérose avec rétraction du tendon réfléchi du muscle tenseur du tympan.* — A la suite d'une obstruction prolongée de la trompe ou de modifications de la muqueuse

(1) Politzer. — *Allgemeine Wiener mediz. Zeitung*; 1861.

(2) Toynbee, *ouv. cité*.

de la caisse, le tympan devient très-concave et se rapproche de la paroi interne de cette cavité. Il en résulte, dit Politzer, que le tendon réfléchi du muscle tenseur du tympan se relâche. La pression atmosphérique, en détruisant partiellement la tension élastique du tympan, supprime la force antagoniste du tendon. Ce dernier se raccourcit, comme tout tendon relâché pendant un certain temps, et si l'obstruction a une longue durée, le raccourcissement persiste.

L'exploration de l'oreille permet de constater ces modifitions pathologiques. La membrane du tympan est très-concave dans ses parties centrales, et de l'apophyse externe qui est saillante, on voit partir des plicatures plus ou moins nombreuses et profondes. Le manche du marteau incliné vers l'intérieur de la caisse, est vu en raccourci. L'examen de la membrane, pendant l'emploi du spéculum pneumatique ou au moment de l'entrée de l'air dans la caisse, permet de constater que les parties centrales et inféro-postérieures sont très-tendues. Par suite de la tension exagérée de la chaîne des osselets, et de la pression qu'ils exercent, à l'aide de l'étrier, sur le liquide de l'oreille interne, la fonction auditive éprouve des troubles variables, assez comparables à ceux de la maladie de Ménière.

La congestion de l'oreille interne produite par cette compression modifie sa vitalité et détermine à la longue une paralysie du nerf auditif. On essaiera donc de différencier les troubles produits par cet état pathologique de ceux qui dépendent d'une surdité nerveuse proprement dite ou d'une autre affection. C'est dans le but de faire disparaître les bourdonnements qui en sont la conséquence et de diminuer la surdité que Franck et Weber ont sectionné le tendon réfléchi du muscle tenseur du tympan, et que Gruber a fait la myringodectomie. Cette dernière opération, offrant beaucoup moins de difficulté que la ténotomie, il sera bon de la tenter préalablement. Pour obtenir un résultat satisfaisant, il faut que l'incision intéresse toutes les parties distendues. De cette manière, on a un tissu cicatriciel qui rend la membrane plus mobile et diminue la tension de la chaîne des osselets. Outre cette incision qui comprend toutes les parties antérieures ou postérieures du tympan, j'en fais souvent une autre qui est curviligne et contourne à un millimètre ou deux de distance, l'extrémité inférieure et le bord antérieur ou postérieur du manche du marteau.

4° *Des adhérences du tympan.* — J. Gruber (1) a proposé la myringodectomie pour couper des synéchies établies entre le tympan et les parties voisines. On peut bien augurer, avec de Troeltsch et Schwartze, de l'avenir de cette opération, mais dans l'état actuel de la science les données ne sont pas assez précises pour en assurer le succès. Toynbee a cependant obtenu des résultats temporaires dans deux cas. Moi-même j'ai fait connaître en résumé l'amélioration produite par deux opérations de cette nature. Depuis cette époque, j'ai renouvelé ces essais et j'ai constaté qu'on pouvait quelquefois obtenir un résultat satisfaisant, mais qu'on s'exposerait à de graves mécomptes si l'on n'avait pas soin de prévenir le malade d'un insuccès possible.

5° *Des bourdonnements.* — Wilde a le premier considéré la paracentèse du tympan comme susceptible de faire disparaître les bourdonnements. Leur rareté dans les perforations persistantes l'a engagé à tenter cette opération, pratiquée depuis cette époque un grand nombre de fois avec des succès variables. On a échoué fréquemment parce qu'on n'a pas recherché avec soin la cause des bourdonnements et reconnu que dans un grand nombre de cas la perforation ne pouvait produire aucune amélioration.

Le bourdonnement est un des symptômes d'une foule d'affections qu'il n'entre pas dans mon sujet de décrire. Pour en déterminer la cause, je dirai avec M. Delstanche (2) que le praticien doit explorer complétement l'oreille, puis interroger le malade afin de savoir si le bourdonnement ne dépend pas de maladies n'agissant qu'indirectement sur l'appareil acoustique, telles qu'une altération du cerveau et de la moelle épinière, un trouble général de l'économie, comme la pléthore et l'anémie, l'intoxication par la quinine, etc.

(1) *Allgemeine Wiener medizin. Zeitung*, 1863.

(2) Delstanche. — *Etude sur le bourdonnement.* Thèse d'agrégation. Bruxelles, 1871.

Il devra s'appliquer aussi à reconnaître s'il ne provient pas d'une excitation sympathique du nerf auditif produite par une névralgie du trijumeau, d'une compression du liquide de l'oreille interne par l'étrier (ankylose de cet osselet, rétraction du tendon réfléchi du muscle tenseur du tympan), d'un trouble des organes sexuels chez la femme ou de la perception d'un bruit réel se produisant dans le voisinage de l'oreille, etc. (1).

Les renseignements fournis par le malade sont une ressource précieuse qu'il ne faut pas négliger. Ils suffisent dans la plupart des cas pour mettre le médecin sur la voie, parfois même pour indiquer presque à coup sûr la cause des accidents.

Les bourdonnements, susceptibles de diminuer ou de disparaître par la myringodectomie, dépendent de modifications pathologiques de la caisse, telles que : 1° la myringite symptomatique d'un état pathologique du conduit ou de la caisse ; 2° L'accumulation de matières solides ou liquides dans la caisse ; 3° La tension anormale du tympan (rétraction du tendon réfléchi du muscle tenseur du tympan, obstruction ou oblitération de la trompe, ankylose des osselets).

Les bourdonnements qui sont produits par un état inflammatoire de l'oreille sont comparables à des battements isochrones à ceux du pouls et coïncident avec des douleurs plus ou moins vives, parfois même avec des sifflements ou des bruits musicaux, lorsqu'il y a une congestion plus ou moins grande de l'oreille interne. Ils augmentent sous l'influence de toutes les causes capables d'activer la circulation et diminuent par le repos. Ils deviennent plus faibles ou cessent complétement par la compression des artères carotides. Ceux qui proviennent d'une inflammation chronique de l'oreille moyenne (forme humide, forme sèche) sont comparables à un bruit de coquillage, au bruissement de l'eau qui va bouillir, au sifflement du vent, à un jet de vapeur ou de gaz s'échappant avec force d'un tuyau. Parfois il existe des battements dus à des congestions partielles et passagères, des craquements produits par la contraction spasmodique des muscles dilatateurs de la trompe. On aura soin de faire un examen attentif et plusieurs fois répété s'il le faut, afin de ne pas confondre les bourdonnements dont il est question avec ceux qui ont pour cause une ankylose de l'étrier.

Les bourdonnements déterminés par une tension exagérée de la membrane (oblitération de la trompe, rétraction du tendon réfléchi du muscle tenseur du tympan, etc.) sont comparés par les malades à un *zi* prolongé ou à un bruit vague qui occupe parfois la région temporo-pariétale. L'aspiration de l'air renfermé dans le conduit, au moyen du spéculum pneumatique, les diminue et cause au malade un sentiment de bien-être. L'insufflation d'air dans la caisse produit parfois le même résultat.

Je passe sous silence certains bourdonnements dont la cause et la nature sont encore inconnues, et qui sont momentanément améliorés par la myringodectomie.

(*A suivre*).

(1) Delstanche. *Ouv. cité.*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. CHARCOT.

2e LEÇON : **Structure du lobule du foie** (1). (2)

(Résumé de la leçon du 24 mars).

Messieurs,

Nous connaissons actuellement ce qu'il y a de plus essentiel à savoir, pour le but spécial de nos études, relativement à l'arrangement lobulaire du foie. Quant au lobule lui-même, nous ne l'avons examiné jusqu'ici qu'à la surface. Il nous faut aller plus loin, pénétrer plus avant et rechercher quelles sont les parties diverses qui, par leur réunion, composent la masse de chaque lobule, ainsi que le mode d'agencement de ces parties. Il ne suffit pas, en effet, pour l'anatomiste, de localiser les lésions, comme nous en avons cité quelques exemples, dans telle ou telle région du lobule, — l'interne, la moyenne ou l'externe, — il est nécessaire autant que possible de pénétrer jusqu'à l'élément anatomique qui est le siége de l'altération.

I. La masse du lobule est constituée essentiellement par quelques parties que nous allons examiner rapidement.

a. En premier lieu viennent les *cellules hépatiques* formant, par excellence, le parenchyme du foie. Ce sont là, les éléments spécifiques de l'organe, ceux auxquels doivent être rapportées les fonctions spéciales de la glande hépatique.

b. Les cellules sont en quelque sorte supportées et soutenues par une trame de *vaisseaux sanguins et capillaires* qui établissent une relation entre la veine porte et les veines hépatiques.

c. Il y a encore, dans les interstices des cellules hépatiques, un *réseau de canalicules biliaires*, des lacunes *lymphatiques*, et enfin, un réseau de *fibrilles conjonctives*, trame rudimentaire dans les conditions normales, mais qui, dans les conditions pathologiques, peut acquérir une grande importance.

II. Il résulte de ces considérations que notre étude devra comprendre : 1° une description en règle de chacune des parties élémentaires qui entrent dans la composition du lobule ; 2° une description du mode d'agencement de ces différentes parties. Les détails qui vont suivre sont empruntés à des études faites sur le foie du lapin ; il sera ensuite facile d'appliquer ces données à l'examen du foie de l'homme. C'est le travail de Hering qui nous fournira le procédé de démonstration [illegible]

A. Considérons le lobule sous l'aspect qu'il [illegible] lorsque, avec Kiernan, nous l'avons comparé à une feuille de chêne portée par son pétiole. Il s'agit d'une coupe parallèle au grand axe du lobule. La veine intra-lobulaire apparaît ici, comme la nervure principale de la feuille. Cette veine comparable à un tronc court, relativement d'un fort calibre, 27 à 70 μ), donne naissance de toutes parts à des branches qui fournissent immédiatement des capillaires ; à l'extrémité supérieure, du côté du sommet du lobule, les branches divergent comme les rayons d'un cercle ; — dans tout le reste de l'étendue du tronc, les branches naissent perpendiculairement à sa direction et se distribuent parallèlement les unes aux autres vers les faces latérales.

B. Sur les coupes transversales, on observe une disposition qui ressemble beaucoup à la précédente. Les capillaires paraissent rayonner autour d'un point central représenté par le calibre de la veine intra-lobulaire. Ils figurent les rayons d'une roue et on les appelle *vaisseaux radiés*. Il convient de remarquer, toutefois que, dans leur trajet de dedans en dehors, ils fournissent dichotomiquement des branches qui se détachent à angle aigu. Par suite de cette disposition, les intervalles qui existent entre les rayons ne sont guère plus larges à la périphérie qu'au centre. Ces capillaires s'anastomosant soit à angle aigu, soit par de courtes branches transversales, il en résulte un réseau dont les mailles sont allongées suivant la direction des radiations capillaires.

Il importe de remarquer que le diamètre transversal de ces mailles ne dépasse pas notablement le diamètre des vaisseaux capillaires qui les circonscrivent (3). Vous comprenez, d'après cela, quelle est l'importance des vaisseaux capillaires, puisque, par leur réunion, ils composent environ la moitié de la masse totale. L'opinion de Ruysch, que la substance du foie est à peu près exclusivement constituée par des vaisseaux capillaires, se trouve ainsi, en quelque sorte, justifiée.

C. Tel est, en définitive, la charpente du lobule. Les intervalles des travées capillaires sont comblés par les cellules hépatiques. Mais les cellules ne sont pas disposées pêle-mêle, au hasard ; il y a, au contraire, un certain arrangement, un certain ordre, assez régulier, sinon absolument géométrique. Pour bien faire comprendre cet arrangement, M. Hering (*Mémoire cité*) a imaginé un schéma, qu'il me paraît utile de vous mettre sous les yeux, avant d'arriver à la réalité.

On suppose quatre colonnes cylindriques, plantées perpendiculairement aux quatre coins d'une planchette quadrilatère, de façon à ce que l'espace laissé entre chaque colonne ne dépasse pas sensiblement le diamètre de chacun des cylindres. Si, maintenant, on suppose qu'une balle creuse de caoutchouc soit poussée entre ces quatre colonnettes, contre lesquelles elle exerce un certain degré de frottement, le premier effet d'une pareille disposition sera que la balle, au point de contact des colonnettes, se déprimera et présentera une gouttière pour les recevoir. — Si, dans ce système, plusieurs balles de caoutchouc sont superposées et tassées, il se produira une surface plane au niveau du point où les deux balles se touchent. Chaque ballon présentera donc deux surfaces planes, l'une supérieure et l'autre inférieure, et quatre faces latérales pourvues de gouttières. Il faut supposer encore que plusieurs systèmes semblables à celui qui vient d'être décrit sont juxtaposés, et que les ballons des deux séries voisines sont arrangés d'une façon alternante, l'angle formé entre deux ballons d'une même série recevant un ballon de la seconde. Si, dans ces circonstances, une pression vient à être exercée sur les différents ballons, il en résultera que chacune des faces latérales qui, auparavant, était arrondie, sera divisée en deux surfaces planes, regardant l'une en haut, la seconde en bas, et séparées par une arête. Cette description, un peu aride, vous montre que la forme revêtue par chaque ballon sera celle d'un *octaèdre*, dont les sommets sont tronqués et remplacés par une surface plane. C'est, en effet, ce que vous voyez sur le schéma de Hering, que je vous présente.

Voilà donc dix facettes, qui répondent à autant de faces appartenant chacune à une cellule particulière ; par conséquent, chaque cellule est en rapport avec dix autres cellules. Il y a, de plus, [illegible] gouttières creusées sur les arêtes verticales de l'octaèdre et destinées à recevoir les capillaires. Inutile de dire que, dans le schéma, les colonnettes représentent aux capillaires et les balles aux cellules. Cette comparaison est d'autant plus plausible que, chez le lapin, et il en est de même à peu près chez l'homme, une seule cellule, en général, sépare les capillaires.

En possession de ce schéma, il nous sera facile de comprendre la disposition réciproque des capillaires et des cellules dans la réalité et d'interpréter les images qu'on a sous les yeux lorsqu'on examine au microscope des coupes de pièces durcies, pratiquées dans des directions variables.

1° Sur une coupe transversale du schéma passant par les colonnettes — et qui équivaudrait à une coupe longitudinale du lobule sectionnant perpendiculairement les capillaires, les cellules se dessinent sous la forme de quadrilatères dont les angles sont excavés de manière à recevoir un vaisseau. Le calibre du vaisseau doit être circonscrit par quatre gouttières appartenant à autant de cellules différentes : il y a donc quatre cellules pour un orifice. Ces dispositions schématiques sont réalisées dans la nature (1).

2° Supposons maintenant une coupe verticale sur le schéma, transversale sur le lobule, et passant par le calibre des colonnettes suivant leur grand axe. Les cellules se présenteront alors sous la forme de rangées de rectangles allongés, séparés de chaque côté par le calibre du vaisseau ; ces cellules sont isolées les unes des autres par une fente ou fissure. Les coupes transversales du lobule ont souvent un aspect qui se rapproche de cette disposition schématique (2).

3° Si une coupe passe à travers le lobule verticalement, sans intéresser le vaisseau, chaque cellule apparaît comme un hexagone et l'ensemble des contours comme un réseau dont chaque maille a six côtés. Quand la coupe est un peu

(1) Voir les nos 12 et 14.

(2) Le mémoire de Hering a été présenté à l'Académie des sciences de Vienne, en 1866, et publié dans les *Archives de Schultze* (1867, t. III). Ce mémoire fait époque pour ce chapitre spécial d'anatomie ; voyez aussi, l'article du même auteur dans le manuel de Stricker. On trouve enfin une bonne planche figurant les *veines intra-lobulaires*, dans *Beale's Archives of med.*, t. I).

(3) Diamètre des vaisseaux capillaires, 0,01 μ, largeur des mailles, 0,015 μ.

(1) Voyez les fig. 307 et 310 du *Traité d'histologie* de Kolliker, édition française. (Ces figures sont relatives au foie du lapin), et les figures 4 et 5 du Mémoire de Hering. (*Schultze's Archiv.*)

(2) Voy. la fig. 3 du Mémoire de Hering.

2

épaisse, on voit par transparence, en même temps que les vaisseaux, la disposition hexagonale qui vient d'être signalée.

On comprendra, sans qu'il soit besoin de plus amples explications, le résultat que produiraient des sections faites dans des directions intermédiaires à celles qui ont été prises pour types.

III. Dans le schéma que je viens d'expliquer, les cellules sont représentées se touchant exactement et en contact immédiat avec le squelette capillaire, de telle sorte qu'on croirait difficilement qu'il puisse rester dans ce système un espace libre pour recevoir d'autres éléments. Cependant nous en avons de nombreux à placer encore et, en particulier, le système des capillaires biliaires, découvert il y a quinze ans à peine, bien que son existence eût été longtemps soupçonnée. Nous devons nous arrêter à la description de ce système capillaire qui, dans ces dernières années, a pris une véritable importance au point de vue de l'anatomie pathologique. Ajoutons enfin que les gaînes lymphatiques et un réseau conjonctif doivent encore trouver place dans le lobule.

Mais, avant d'arriver à la description de chacune de ces parties et de montrer le lieu qu'elles occupent dans l'arrangement du lobule, il est nécessaire d'avoir une connaissance précise de la cellule hépatique que, jusqu'ici, nous connaissons seulement sous la forme schématique. Il importe, au point de vue anatomo-pathologique, de bien connaître cet élément spécifique de la région, siége et foyer primitif d'un bon nombre de lésions hépatiques.

Pour bien apprécier les lésions, il est indispensable, en effet, d'être parfaitement familiarisé avec les caractères normaux, et, en particulier, avec de nombreuses variations qui ne sortent pas du domaine physiologique et qu'on pourrait considérer à tort comme se rapportant à une lésion. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Les Classiques allemands (1).

Il ne peut être question d'étudier successivement les biographies des huit Classiques dont l'histoire compose le premier volume de M. Rohlfs. Ce ne sont pas les personnages ni leurs œuvres que nous avons l'intention de [illegible] tre ici (nous aurions choisi un autre guide), mais seulement le genre et la manière de M. Rohlfs. [illegible], pour donner une idée du peintre, de présenter la réduction fidèle d'un des portraits de sa collection et de signaler dans quelques autres les plus heureuses [illegible] de son pinceau. Si les originaux ont à se plaindre d'être caricaturés, nous nous en lavons les mains.

Le premier des Classiques, et par droit de conquête et par droit de naissance, c'est Paul Gottlieb Werlhof. Réunissant en lui l'esprit du siècle qui le vit naître à celui du siècle suivant, il représente la transition de l'un à l'autre. M. Rohlfs en donne, dans un style imagé, une démonstration qui perd à être abrégée. Le XVIIe siècle, dit-il, est caractérisé en Allemagne par le triomphe de la liberté de penser sur l'ultramontanisme et la domination de Rome. L'Allemagne est couverte de ruines, mais greffé sur le tronc vigoureux de l'hellénisme et de l'humanisme, le tendre scion de la science a échappé « aux dents » des éléments conjurés et « aux gelées nocturnes du printemps. » Au XVIIIe siècle, on passe de la polymathie à l'universalisme qui a pour résultat politique l'éveil du sentiment national.

Or, Werlhof écrit encore en latin ses œuvres médicales et la plus grande partie de sa correspondance, mais pour presque toutes ses poésies, il se sert de l'allemand, parce que son cœur sent en allemand. C'est grâce à cet heureux partage qu'il personnifie la transition d'un siècle à l'autre.

(1) *Geschichte der deutschen Medicin*, von Heinrick Rohlfs ; Stuttgard, 1875.

Ingénieux logicien, M. Rohlfs cultive aussi la physiologie transcendante. Il a découvert que les grands hommes incarnent le génie et le type de leur nation, en même temps qu'ils résument en eux les qualités et les vertus de leurs ancêtres. M. Thiers est le portrait vivant de la France actuelle, et Werlhof le Grand combine en lui les qualités spéciales à chacun de ses ancêtres. Sa famille était originaire de Westphalie. Son grand-père, marchand de draps à Lübeck, avait épousé la sœur de Meïbomius. Son père était conseiller aulique et professeur de droit à Helmstædt. Le poëte Paul Fleming était son grand-oncle. Aux yeux de M. Rohlfs, ces circonstances ataviques expliquent tout Werlhof. Il est évident, en effet, que par les femmes il tient ses facultés médicales de Meïbomius, ses facultés poétiques de Fleming ; probablement il hérita du conseiller aulique les qualités nécessaires pour réussir à la cour de l'électeur de Hanovre ; l'apport seul du marchand de drap reste indéterminé. Quant au patriotisme qui distingue Werlhof de ses contemporains, c'est un signe de race, la Terre-Rouge ayant, depuis Arminius, la spécialité du plus inflexible patriotisme.

P. G. Werlhof, cet exemple curieux d'atavisme, naquit donc à Helmstædt, en 1699. Un peu plus tard, il y avait entre les deux siècles un hiatus irréparable. Dès sa jeunesse, il fit preuve des plus grands talents. Inscrit à seize ans à l'Université, il dut à l'amitié de deux de ses professeurs, Meïbomius et Heister, de voir des malades, la clinique n'existant pas. Cette faveur spéciale ne semble pas lui avoir suffi, car obéissant au scepticisme qui était, d'après M. Rohlfs, son trait caractéristique, il s'en alla, deux ans durant, [illegible] les dogmes de ses maîtres dans le grand livre de la nature, c'est-à-dire sur les malades de la ville de [illegible]. Puis, convaincu que la pratique clinique, la sienne du moins, était d'accord avec la [illegible], il revint à Helmstædt soutenir sa thèse inaugurale. En 1725, il s'établit à Hanovre. C'était alors la coutume pour les jeunes médecins de débuter sous les auspices d'un ancien en renom. Aujourd'hui, ils regardent les têtes grises avec un souverain mépris, et le public répudiant les plus savants et les plus habiles réduits à se faire historiens, va au bon vivant qui mange, boit et bavarde avec lui. C'est M. Rohlfs qui nous l'apprend d'un ton mélancolique ; on aimerait à croire qu'il généralise trop un fait local, particulier à la ville de Brême. Quoi qu'il en soit, Werlhof obéit à la coutume et s'attacha à Hugo, médecin ordinaire de Georges II. Hugo avait une fille, Werlhof l'épousa, et M. Rohlfs, avec un sens pratique étonnant en cette matière sentimentale, fait philosophiquement observer qu'après le décès du beau-père, sa riche bibliothèque fut très-utile au gendre. La fille de Hugo étant morte, Werlhof se remaria avec Sarah Hartmann. Tout ce qui se rapporte à ce second mariage est pour M. Rohlfs d'un haut intérêt historique, qui manquait, paraît-il, au premier. Il nous décrit, d'après un contemporain, la robe violette du fiancé, le mobilier en velours d'Utrecht ; il nous raconte que le père du cocher s'est grisé, que le valet de Haller voulut embrassser la femme de chambre ; il dit l'origine des vins, compte les toasts et révèle qu'au dessert on parla politique !

Cependant Werlhof était devenu le médecin le plus occupé de Hanovre. Ayant refusé la chaire de Spiess à Helmstædt, et c'est peut-être ici que le marchand de draps se

manifeste, il en avait été dédommagé par le titre de médecin de la cour et plus tard par celui de médecin ordinaire de l'électeur, roi d'Angleterre. Sa vigoureuse constitution ne put résister aux fatigues de la clientèle ; prenant à peine le temps de manger et de dormir, il fut atteint en 1734 d'une maladie qui reconnait rarement une pareille étiologie : la goutte. Dès lors, ne partageant point sur ce sujet les opinions de M. Rohlfs, il renonça, non pas à la clientèle, mais au vin et se mit au lait de poule pour tout breuvage. La mort de son fils l'acheva : la matière morbifique, jusque-là confinée aux pieds, se jeta sur la moelle allongée et frappa Werlhof d'hémiplégie avec salivation incessante. Tout devait être extraordinaire chez Werlhof le Grand.—Dans cet état, achevé qu'il était, M. Rohlfs nous le montre clopinant par les rues, la main tremblante et la parole embarrassée, allant porter ses soins à des gens moins malades que lui. Enfin, il mourut tranquillement le 25 juillet 1767. M. Rohlfs décrit son tombeau avec une pieuse minutie, et signale comme un fait très-significatif, certifié par le gardien du cimetière, que les touristes anglais visitent seuls ce monument. *Sic transit gloria mundi.*

Sur la supériorité de Werlhof, les contemporains sont unanimes. Kortum, l'auteur de la *Jobsiade,* le qualifie de grand médecin. Haller, son ami, fait l'éloge de ses poésies, et Zimmermann, son successeur, ne lui ménage pas les compliments dans une lettre à son fils. Un tribunal tiendrait peut-être ces témoignages pour suspects ; M. Rohlfs y voit la sanction du titre qu'il décerne à Werlhof. Mais, hélas ! à mesure que le temps passe, la grande figure s'efface. Sprengel ignore déjà Werlhof. Plus tard, la fortune lui est plus dure encore. Guardia l'exhume pour le ranger parmi les esprits bornés, Bouchut le traite d'empirique.... M. Rohlfs écrit sa biographie.

Après Werlhof, Wichmann, le plus grand de ses élèves, fonda, inventa le diagnostic, dont les vieux maîtres de l'art n'ont eu que des aperçus. Cela seul suffirait, dit M. Rohlfs à lui assurer l'immortalité, quand même ce mérite ne serait pas rehaussé par cette circonstance, que « la science du diagnostic reposant sur la plus grande acuité possible des sens, » son créateur eut toujours l'oreille dure, finissant par devenir sourd et même aveugle. Que ces renseignements sur lui suffisent à nos lecteurs ; nous avons hâte de citer textuellement le subtil raisonnement par lequel M. Rohlfs se flatte de diminuer notre Laënnec :

« Si l'on songe que la percussion repose essentiellement « sur les résultats de l'ouïe, on ne comprendra pas qu'on « lui oppose, comme une méthode nouvelle d'exploration, « l'auscultation découverte plus tard par Laënnec, puis- « que Laënnec n'a eu d'autre mérite au fond que d'avoir « étendu aux bruits et aux sons spontanés la méthode « d'Auenbrugger dont le principe est d'appliquer l'oreille « aussi bien que les yeux comme moyen d'investigation sé- « miotique, et de lui avoir donné le nimbe de la nouveauté « en la baptisant d'un nom nouveau. Il est incontestable « que l'essence de la percussion consiste à distinguer au « moyen de l'oreille la différence des bruits et des sons, « c'est-à-dire à ausculter. Toute la différence consiste en « ce que, dans la percussion, les bruits que l'on entend sont « artificiels, produits par le doigt ou le marteau, tandis « que dans l'auscultation ils sont spontanés. La percussion « consiste donc non pas à percuter, mais à entendre le « bruit provoqué par coup. Logiquement donc la percus- « sion est une auscultation artificielle, manuelle ou, si l'on « veut, digitale ; l'auscultation de Laënnec est spontanée « ou naturelle. Auenbrugger eut le tort de dénommer sa « méthode d'après le moyen et non d'après le sens. »

M. Rohlfs a le tort, lui, de trop s'en fier à sa logique et à son impartialité ; si loin qu'elles l'aient mené, elles le laissent plus loin encore de la vérité. La tradition est plus sûre. Elle veut que longtemps avant J.-C. un médecin allemand, du nom de Rossführer, célèbre d'ailleurs pour avoir refusé les présents de l'empereur de Russie, se soit, le premier au monde, avisé d'utiliser ses cinq sens auprès de ses malades. On dit qu'il les regardait, écoutait leurs réponses, les palpait quelquefois ; on croit même que pour tâter le pouls, il se servait de ses doigts. Devant lui Auenbrugger n'est qu'un petit Laënnec.

Stieglitz, venu trop tard pour inventer le diagnostic symptomatique, se rattrapa en fondant le diagnostic causal ou étiologique. Après quoi il ne restait plus à Marx l'Unique, le dernier des Classiques, qu'à « jeter les semences de la médecine de l'avenir », en créant la médecine éthique.

Le dernier des Classiques a sur les autres un grand désavantage : il vit encore, et peut sentir le poids des pavés que lance M. Rohlfs.

Marx est le Prince du Savoir, le Roi du Pouvoir. Il est surtout une nature complétement antique. Antique est sa beauté, antique sa noble humanité, antique la simplicité de sa vie, car il ne fume ni ne boit de spiritueux, antique la résignation avec laquelle, nouveau Mucius Scœvola, il supporta un érysipèle de la face, antique sa conviction de la sainteté de la force curative de la nature. Antiques aussi nous n'en doutons pas, doivent être son bon sens et sa modestie, et il doit bien souffrir s'il lit les élucubrations de M. Rohlfs.

Et maintenant, conclurons-nous, comme on le ferait peut-être outre-Rhin, si pareil livre avait paru chez nous, par le vieil adage : *Ab uno disce omnes?* Ce serait oublier qu'une hirondelle ne fait pas le printemps et notre but n'est point d'imiter M. Rohlfs, de dénigrer systématiquement la science et les savants d'un pays voisin. Nous avons voulu seulement, réagissant dans la mesure de nos forces contre un engouement exagéré, montrer par un exemple venant à souhait que l'estampille germanique n'est pas un signe infaillible de la valeur d'un ouvrage, que chaque troupeau peut avoir ses brebis galeuses, peut être aussi égayer un peu nos lecteurs aux dépens d'un détracteur passionné de notre pays. Puissions-nous ne les avoir point ennuyés !

E. T.

Assistance publique : Des infirmiers.

Maintes fois, nos lecteurs s'en souviennent sans doute, nous avons eu l'occasion de parler des infirmiers des hôpitaux, des hospices et des asiles d'aliénés de la Seine. Nous avons insisté sur l'insuffisance de leur salaire, condition fâcheuse qui livre les malades à une exploitation honteuse, et oblige l'administration à employer des hommes n'offrant le plus souvent aucune garantie, ou même à recourir à des individus qui ont des antécédents judiciaires. Un nouveau fait nous engage à revenir sur ce sujet puisque, à notre grand regret, rien n'a été tenté pour remédier aux abus que nous avons signalés. Nous empruntons la relation de ce fait à l'*Opinion nationale.*

Deux gardiens de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard viennent de compa-

raître devant le tribunal correctionnel, sous la prévention d'avoir porté des coups aux malades qu'ils étaient chargés de surveiller. Ce sont les nommés Charpentier et Moriceau.

Le premier d'entre eux, entré à l'asile au mois de juillet 1875, chargé de diriger les agités, a d'abord fait un excellent service. Pendant les premiers jours, on n'avait même pas eu besoin de recourir à la camisole de force. On peut tirer de ce fait, affirme par le surveillant chef, cet enseignement: Du choix des gardiens peut dépendre, jusqu'à un certain point, la santé des malades, puisque leur exaltation est plus ou moins grande suivant qu'ils sont plus ou moins doucement traités. Puisqu'avec de la douceur, on vient à bout des aliénés les plus dangereux, on voit combien il importe d'avoir un personnel soigneusement choisi.

Cela dit, venons à l'accusé Charpentier dont la conduite a promptement changé. On remarqua bientôt que plusieurs malades portaient des traces de coups, et l'on s'aperçut que quelques gardiens sortaient la nuit pour aller chercher du vin; afin de simuler leur présence, ils plaçaient leurs traversins dans leurs lits.

Un jour Charpentier et Moriceau rentrèrent absolument ivres. Ils furent congédiés, et le lendemain on commença une enquête. Un des malades, qui a de longs intervalles de lucidité, raconta qu'il avait reçu des coups de pied; il ajouta avoir vu, à plusieurs reprises, ses compagnons frappés par Charpentier. Un autre surveillant affirme avoir remarqué également des actes de brutalité,et rapporte comment on fit monter au dortoir pendant une semaine, au moment de la visite du directeur, un malheureux qui portait trop visiblement les traces de la violence qu'il avait subie.

Les deux gardiens, *qui ont du reste des antécédents judiciaires*, prétendent n'avoir frappé que pour se défendre et invoquent le cas de légitime défense. Le tribunal a condamné Charpentier à trois mois d'emprisonnement, et Moriceau à un mois de la même peine.

C'est avec raison que l'auteur de cette note a fait ressortir l'action bienfaisante que peuvent exercer les infirmiers sur l'état mental des aliénés. Si ces malades sont soignés par des personnes intelligentes, aptes à bien comprendre la situation des malheureux confiés à leur sollicitude, à savoir profiter des côtés par lesquels ils sont accessibles, la tranquillité et l'harmonie régneront dans leurs salles. Dans l'hypothèse contraire, ce sont des querelles incessantes soit entre les malades eux-mêmes, soit entre les malades et les infirmiers ou les surveillants; de là des rixes, des violences semblables à celles qui ont conduit des infirmiers de Bicêtre (sept. 1875) et de la Ville-Evrard devant les tribunaux.

Dans les hôpitaux ordinaires, les brutalités de ce genre ne peuvent pas se produire: les malades, jouissant de la plénitude de leurs fonctions, ne les supporteraient pas. En revanche, le nombre des abus, des négligences coupables y est beaucoup plus considérable. Le plus léger service est tarifé: tant pour avoir le bassin, tant pour avoir un cataplasme, un sinapisme, etc., etc.

Tant pis pour le malade qui n'a pas de ressources. Encore si le vin de quinquina, la tisane sucrée qui lui sont destinés lui parvenaient! Mais de la pharmacie à son lit, il s'opère des miracles: la tisane sucrée change de destination; pour cela, quelques sous suffisent et le déplacement des étiquettes s'est effectué. Nous pourrions aisément multiplier les exemples de ces supercheries innombrables que beaucoup de médecins même ignorent. Ce n'est, en effet, que grâce à une observation minutieuse, à des confidences habilement provoquées qu'on arrive à en avoir connaissance.

Que faut-il faire pour prévenir le retour de tous ces tristes accidents qui aboutissent à la police correctionnelle, pour faire disparaître tous les abus dont les malades sont les victimes? Nous l'avons déjà dit et nous le répétons: il est indispensable d'améliorer la situation des infirmiers (1), d'instituer, à l'instar de ce qui existe en Suisse, en Angleterre, en Allemagne (2), etc., des *Ecoles professionnelles* où l'on fera de véritables infirmiers, capables de mieux soigner les malades, de renseigner exactement le médecin: il est urgent, en un mot, de réaliser le vœu exprimé, il y a quelques mois, au Conseil municipal par M. Talandier, vœu dont nous croyons opportun de remettre les termes sous les yeux de nos lecteurs.

« Les soussignés, considérant qu'il est de la plus haute importance pour assurer des soins profitables aux malades dans les hôpitaux de Paris d'avoir un bon personnel d'infirmiers et d'infirmières;

» Emettent le vœu que, par les soins de la Société médicale des hôpitaux de Paris, il soit organisé. — cela pourrait être à Bicêtre pour les hommes, et à la Salpêtrière pour les femmes, — un enseignement professionnel de petite chirurgie, de pharmacie et d'hygiène, dans lequel les personnes qui voudraient se dévouer au service des malades pourraient recevoir l'instruction théorique et pratique propre à en faire les utiles auxiliaires dont le corps médical a besoin;

» Et subsidiairement, considérant que si le personnel des infirmiers et surtout des infirmières laisse à désirer, cela tient, d'une part à l'insuffisance des salaires, et d'autre part, au peu de considération accordée à des auxiliaires dont le rôle cependant est indispensable, et qui, quels que soient d'ailleurs leurs défauts, sont appelés, dans l'exercice de fonctions souvent répugnantes, à faire preuve tous les jours d'intelligence, de bonté, de force, d'adresse et de courage;

»Emettent le vœu que les salaires des infirmiers et des infirmières soient portés à un taux suffisant pour que l'administration ne soit pas réduite à accepter dans ce service des gens de tout métier et de tout caractère, n'ayant aucune notion des fonctions dont ils se chargent. »

Nous souhaitons vivement que le Conseil municipal se préoccupe de cette question et invite M. le Directeur de l'assistance publique à procéder à une réforme qui aurait pour les malades de précieux avantages en même temps qu'elle ferait le plus grand honneur à son administration.

(1) Le personnel des infirmiers est si bien composé que la moitié au moins d'entre eux commettent de fréquents excès de boisson.

(2) C'est le pasteur Fliedner qui créa en Allemagne la première école pour l'instruction des personnes qui se destinent à la profession d'infirmiers (1836). Cette école était située à Kaiserwerth, petit village près de Dusseldorf.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er avril 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. BOCHEFONTAINE présente à la société le cœur d'un chien mort sous l'influence de la chloralisation: on y remarque des lésions très-manifestes des valvules mitrale et tricuspide, les reins sont plus gras qu'à l'état normal et atrophiés dans leur partie corticale.

M. LONGUET communique l'observation d'un enfant atteint de lésions congénitales nombreuses.

M. PARROT entretient la société d'un fait anatomique qu'il a observé chez un grand nombre d'animaux (bœuf, cheval, lièvre, cerf, oiseaux, etc.). Lorsqu'on coupe l'aorte transversalement au-dessus du bord libre des valvules sigmoïdes, on constate que le fond des nids de pigeon, au lieu de former un angle dièdre comme chez l'homme, est constitué par une surface plane, « plateau » qui a tantôt une forme elliptique, tantôt est disposé en croissant; chaque valvule a son plateau: les trois plateaux ont une étendue très-variable suivant l'animal que l'on étudie. Ainsi, chez le bœuf, le plateau le plus considérable existe au niveau de la valve droite, puis vient le plateau de la valve postérieure. Celui de la valve gauche est le moins étendu. Voici quel paraît en être le rôle, chez les animaux à grande taille qui en sont généralement pourvus. Quand l'aorte revient sur elle-même, une colonne de sang d'un poids très-considérable vient frapper contre la base des valvules. La disposition en plateau surtout marquée, du reste, au point où le jet de sang est le plus puissant, permet aux valvules de résister à ce choc plus efficacement. Si le plateau n'existait pas, les valvules devraient être plus épaisses, ce qui nuirait à leur souplesse. Pareilles considérations physiologiques expliquent le rôle des plateaux chez les animaux grands coureurs et chez les oiseaux. Le plateau existe pendant la vie: car M. Parrot l'a trouvé chez des chiens à qui il avait enlevé le cœur de la poitrine, pendant qu'il battait encore.

L'étude de ces plateaux est aussi intéressante peut-être au point de vue de la circulation dans les parois cardiaques: car il est possible qu'ils aient pour effet d'empêcher les valvules de boucher, en s'appliquant contre les parois aortiques, l'orifice des coronaires au moment de la systole. Chez l'homme, le plateau n'existe pas à l'état normal: cependant M. Parrot l'a rencontré dans deux cas d'hypertrophie du ventricule gauche.

M. HAYEM communique une observation d'ataxie locomotrice, terminée d'une manière assez rapide par des symptômes

de myélite subaiguë. Le malade, âgé de 37 ans, entra le 23 novembre 1874 à la Charité. Début, trois ans auparavant, par des douleurs fulgurantes dans les membres; puis troubles de la vue surtout à droite, sensations douloureuses dans la face du même côté, incoordination des mouvements des membres inférieurs puis supérieurs. A son entrée, on constata les phénomènes suivants : atrophie musculaire diffuse, surtout prononcée à l'épaule droite, incoordination motrice peu marquée aux membres inférieurs, très-prononcée aux membres supérieurs ; dilatation de la pupille droite ; douleurs de gorge ; légère anesthésie du côté droit. Après une amélioration passagère en décembre et janvier, la maladie se compliqua en février. Les muscles de l'épaule droite subirent une rapide atrophie. Les phénomènes d'ataxie restant stationnaires, il se produisit des accidents de myélite centrale aiguë, paraplégie complète, avec incontinence d'urine et des matières fécales, escharres au sacrum, atrophie des muscles du mollet et de la cuisse ; anesthésie généralisée, abolition des réflexes ; disparition de la contractilité faradique dans l'épaule droite, etc. La mort survint le 12 mars 1875. L'examen nécroscopique donna les résultats suivants: dans toute la moelle, léger épaississement des méninges ; altération des faisceaux postérieurs, caractérisque de l'ataxie, plus marquée dans la région cervico-dorsale que dans la portion lombaire. Dans toute la moelle il existe des lésions diffuses de la substance grise : hypérémie, exsudats colloïdes autour des vaisseaux, atrophie ou infiltration vésiculeuse des cellules. Ces lésions rendent compte des phénomènes ultimes. Les cornes postérieures, peu altérées dans les régions lombaire et cervicale, sont surtout atteintes dans la région dorsale. Les faisceaux antéro-latéraux ne présentent aucune altération.

Les lésions observées dans le bulbe sont très-intéressantes au point de vue de la connexion de cette portion de l'axe cérébro-spinal avec la moelle. Les pyramides antérieures ne sont pas altérées. Les plaques de sclérose se retrouvent en deux points dans la région postérieure: 1° dans le faisceau longitudinal de la colonne des nerfs mixtes en dehors du spinal, altération qui prouve la connexion de ce faisceau avec les faisceaux postérieurs de la moelle ; 2° dans les parties les plus externes des masses grises latérales, en dehors du tubercule cendré, et dans le voisinage de noyau restiforme Or, ces fibres, ici atteintes de sclérose, constitueraient pour beaucoup d'anatomistes la racine ascendante de trijumeau : ce qui rend bien compte des sensations douloureuses dans la face observée pendant la vie. La dégénérescence scléreuse de faisceau longitudinal a pu être suivie jusque sur les parties latérales de la protubérance.

Le nerf moteur oculaire commun présentait une teinte grise-jaunâtre : au microscope, on y constata une atrophie des tubes avec épaississement du tissu interstitiel, lésion qui peut rendre compte de certains troubles de la vision. Quant aux muscles atrophiés, ils présentaient les caractères de la myosite diffuse, telle qu'on la rencontre dans la myélite aiguë et non ceux de l'atrophie musculaire progressive.

M. Hayem rapproche de ces faits anatomo-pathologiques ce qu'il a observé dans le bulbe à la suite d'une sclérose bilatérale amyotrophique. Dans ce cas,la sclérose se retrouvait sur les parties latérales et postérieures des pyramides et sur la partie antérieure des olives. La colonne des nerfs mixtes était aussi atteinte, mais dans une petite étendue, fait qui corrobore l'opinion d'après laquelle elle renfermerait à la fois des fibres de la motilité et de la sensibilité.

La société procède à l'élection d'un membre titulaire, notre excellent ami et collaborateur M. Duret est élu.

L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 avril 1876. — Présidence de M. Chatin.

M. Rufz de Lavison, qui a exercé la médecine dans des pays où la lèpre est à l'état endémique, n'a pas reconnu cette maladie dans le fait de M. Desprès. La lèpre a une marche particulière bien caractéristique : elle commence en général par la tête, où l'on voit la face se couvrir d'énormes bourgeons de couleur bronzée, le nez s'aplatir sous l'influence de la nécrose de la cloison médiane des fosses nasales, les oreilles prendre des proportions considérables, les cheveux et les cils tomber. Cet ensemble, qui constitue la lèpre léontine, précède toujours les gangrènes des extrémités. Dans le cas soumis à l'examen de l'Académie, si lèpre il y a, c'est une lèpre incomplète ou profondément modifiée. — La lèpre n'est pas une maladie dont la transmission soit fatale ; elle est rare par rapport au chiffre de la population, au sein de laquelle elle sévit, et enfin les personnes qui donnent leurs soins aux lépreux n'en sont pas plus atteintes que d'autres. — Quant à l'hérédité de la lèpre, il n'y a aucune certitude sur son existence, attendu qu'on ne connait pas de familles de lépreux comme ce devrait être si cette maladie était héréditaire. — Le climat n'a aucune influence sur son développement ; on la rencontre sous toutes les latitudes, à l'équateur comme près des pôles ; aux Antilles, elle sévit plus spécialement sur les terrains d'alluvions. En un mot, c'est une maladie de localité et non de climat.

— L'Académie procède à l'élection des différentes Commissions des prix. Pendant le scrutin, M. Lajoue donne lecture d'un travail sur l'appareil sommifère de l'homme et des animaux. L'inventeur de cette nouvelle théorie assure que le sommeil est dû à une différence de tension entre le liquide sanguin et le liquide lymphatique général. Quand la tension est plus considérable dans le système lymphatique l'homme dort ; au contraire, il veille si la tension est plus grande dans le système sanguin.

— M. J. Guérin revendique pour lui la première idée de l'application de l'ostéotomie et de l'ostéoclasie au redressement des courbures osseuses chez les rachitiques. Dès 1843, il a employé cette méthode que M. J. Bœckel, de Strasbourg, a présentée récemment à la Société de chirurgie comme une méthode nouvelle et d'origine allemande.

M. Personne lit une série de rapports au nom de la commission des remèdes secrets. — L'Académie se forme en comité secret à 4 heures 1/2.

M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances de décembre 1875. — Présidence de M. Charcot.

28. Cancer de l'estomac. — Généralisation dans les os et dans les lymphatiques de la peau. Lymphangite pulmonaire, par G. Maunoury, interne des hôpitaux.

Billon Alexandre, 41 ans, serrurier, entré le 5 octobre 1875 salle Saint-François, n° 25, hôpital Beaujon (service de M. Moutard-Martin). Ce malade fait remonter le début de sa maladie en 1871. Deux ou trois mois après le siége de Paris il commença à éprouver des douleurs vives en allant à la selle ; ces douleurs persistèrent deux mois et pendant ce temps les matières fécales étaient dures et mélangées d'un peu de sang ; des médecins songeant alors à une affection du rectum pratiquèrent le toucher, mais ils ne constatèrent aucune lésion. — Les douleurs cessèrent bientôt, et le malade ne se plaignait plus que d'une constipation assez opiniâtre, lorsqu'il y a deux ans il fut pris de vomissements glaireux, puis alimentaires, revenant tous les deux ou trois jours, le plus souvent cinq à six heures après le repas, et constitués par des aliments où l'on voyait çà et là quelques stries sanglantes ; ces vomissements ont d'ailleurs complètement cessé depuis deux à trois mois. — Il y a six mois, apparurent des douleurs dans la région inguinale, de chaque côté, avec fourmillement dans les membres inférieurs, surtout à gauche ; ces douleurs augmentent rapidement d'intensité, et elles sont tellement vives depuis quatre mois que le malade n'a pas quitté le lit depuis cette époque. — La santé générale s'est d'ailleurs assez bien conservée ; le malade n'a pas maigri.

Lors de l'entrée à l'hôpital, l'examen des appareils respiratoire et circulatoire ne montre rien d'anormal ; le palper abdominal et le toucher rectal sont aussi sans résultats. Le malade se plaint beaucoup de douleurs extrêmement vives qu'il ressent dans la région lombaire et le membre inférieur

du côté gauche; ces douleurs sont continues, avec exacerbations à certains moments; le choc complétement indolent sur toute la colonne vertébrale, réveille, au contraire, une vive douleur sur la crête de l'os iliaque gauche, sur l'articulation coxo-fémorale et sur la plante du pied de ce même côté. — Nulle part on ne constate d'anesthésie.

Le 28 octobre on constate l'existence dans le triangle sus-claviculaire du côté droit d'une plaque indurée, indolente, large comme une pièce cinq francs, à surface un peu bombée et irrégulière, faisant partie intégrante de la peau, qu'on ne peut plisser par dessus et qui, à ce niveau, est très-légèrement rosée; cette plaque se serait développée depuis trois jours, d'après le malade; plus bas ou sent sous la peau quelques ganglions indurés dont quelques-uns semblent descendre vers le thorax derrière le sterno-mastoïdien. En aucun point, autre que le triangle sus-claviculaire, on ne voit de ganglions malades.

Les jours suivants nous assistons à un développement extrêmement rapide de cette lésion; la plaque s'étend, puis (31 octobre) l'on en voit partir de petits cordons durs, noueux, qui vont les uns en arrière vers la nuque, d'autres en haut vers l'oreille, d'autres en bas vers l'angle externe du triangle sus-claviculaire; en même temps apparaît un œdème dur de la moitié droite du cou et de la face où le doigt laisse peu d'empreinte; en outre le malade ressent quelques étourdissements (1er novembre); puis la lésion faisant de nouveaux progrès, on constate bientôt un affaiblissement assez notable du membre supérieur du côté droit.

Pendant ce temps les douleurs lombaires deviennent intolérables, il semble au malade que « son thorax va s'enfoncer dans son abdomen; » ces douleurs s'irradient dans le membre inférieur gauche, dans lequel se produisent de temps en temps pendant la nuit des contractures brusques involontaires.

Le 6 novembre, le pouls présente une fréquence (130 à 160) qu'il va conserver jusqu'à la mort. Il existe un léger état fébrile; en même temps la tumeur du cou s'étend, elle remplit à présent tout le triangle sus-claviculaire, en outre elle devient tuméfiée, rougeâtre et moins mobile sur les parties profondes. Elle est d'ailleurs indolente et ne donne lieu qu'à une gène mécanique et à de l'engourdissement et du fourmillement dans le membre supérieur droit. — Le 10 novembre apparition d'une diarrhée rebelle. L'état fébrile persiste, le malade ne tousse pas; néanmoins l'examen de la poitrine montre qu'il existe en arrière, à droite, dans toute la hauteur des poumons, une submatité très-marquée, avec souffle tubaire et râles fins dans l'inspiration, surtout après la toux; le malade n'a jamais eu d'ailleurs, ni dyspnée, ni cyanose.

Mort le 22 novembre.

Autopsie. — La tumeur cervicale remplit tout le triangle sus-claviculaire droit qu'elle déborde de plusieurs côtés. A son niveau, la peau est intimement adhérente avec dépressions et bosselures. Quand on sectionne cette tumeur, on voit qu'elle est constituée par un tissu induré, blanc nacré, fibroïde, dans lequel on peut distinguer plusieurs couches; la plus superficielle, homogène, épaisse de 3 à 4 millimètres, est évidemment formée par un épaississement du derme; au-dessous, on en voit une seconde à peu près analogue, mais où çà et là au milieu du tissu fibroïde se trouvent des petits nodules de tissu adipeux de couleur jaune pâle, gros comme une tête d'épingle et semblant étranglés dans le tissu de nouvelle formation; enfin, au-dessous, on voit une masse épaisse de tissu analogue au milieu duquel se trouvent plusieurs ganglions de couleur blanchâtre et de consistance molle. — Le râclage de ces surfaces de section donne un suc abondant où l'on retrouve de nombreuses cellules cancéreuses à gros noyau. L'examen microscopique de la tumeur durcie dans l'acide picrique montre d'ailleurs très-nettement tous les caractères du carcinome; on voit presque partout des alvéoles remplis de cellules cancéreuses; quand on se rapproche de la surface de la peau, on voit les cellules cancéreuses non plus dans des alvéoles arrondis, mais infiltrées dans tous les interstices séparant les faisceaux de tissu conjonctif sous-cutané; on retrouve ces cellules cancéreuses infiltrées jusque dans les parties les plus superficielles du derme.

Thorax. — Les cavités pleurales ne renferment pas de liquide; les plèvres pariétales sont saines et en aucun point il n'y a d'adhérences. Les poumons pâles, gonflés d'air, crépitants en avant, offrent dans toute la moitié postérieure une coloration violacée sur laquelle se dessinent admirablement bien des réseaux de lymphatiques blancs opaques; ces réseaux siégent des deux côtés, mais ils sont beaucoup plus riches à droite qu'à gauche. Les vaisseaux qui les constituent sont de diamètre variable et peuvent atteindre une épaisseur de 1 millimètre; les uns sont réguliers, les autres formés de rétrécissements et de renflements alternatifs, là tuméfiés, saillants, opaques, là plus pâles, affaissés, demi-transparents; les réseaux qu'ils forment ont des mailles très-irrégulières ayant là un millimètre, là un centimètre, à bords droits ou courbes. Lorsque l'on vient à inciser ces vaisseaux, il en sort une substance jaunâtre, épaisse, ressemblant à du pus crémeux et constituée presque entièrement par de gros leucocytes granuleux avec granulations fines et granulations graisseuses; en outre, çà et là, on voit quelques cellules endothéliales.

Le tissu pulmonaire est rosé, crépitant, surnageant, et la pression en fait sortir de la sérosité rougeâtre, spumeuse; sur les surfaces de section la pression fait en outre sortir eu des points très-nombreux une gouttelette de pus; ces points sont beaucoup plus nombreux près de la surface du poumon là où se trouvent les riches réseaux de lymphangite superficielle; il est donc vraisemblable d'admettre qu'il y a là des lymphatiques profonds enflammés. — L'examen histologique montre une altération assez profonde des poumons; les gros lymphatiques superficiels ont une paroi très-épaisse; en outre plusieurs vaisseaux sanguins sont complétement oblitérés par une prolifération cellulaire, enfin les alvéoles pulmonaires renferment de nombreuses cellules endothéliales; en certains points, la prolifération a été si abondante que les alvéoles sont complétement remplis par ces cellules. — En aucun point du poumon, on ne trouve à l'œil nu de points hépatisés ou cancéreux. — Les ganglions trachéaux sont peu volumineux; ils ont conservé en somme leur aspect normal.

Abdomen. — L'estomac présente sur sa petite courbure, à deux ou trois centimètres au-dessus du pylore, une profonde excavation anfractueuse à bords abrupts, indurés, irréguliers, dominant l'ulcération; cette excavation pourrait contenir un œuf de poule, son fond est très-rapproché de la tunique péritonéale qui, à ce niveau, présente une épaisseur de trois à quatre millimètres; cette tumeur est constituée par un tissu blanchâtre induré, et, à l'œil nu, la nature cancéreuse de cette tumeur ne fait pas de doute; l'examen histologique montre, en effet, une structure alvéolaire très-nette, avec cellules contenues dans les alvéoles, mais les parois sont extrêmement épaisses, et il y a des points où la tumeur paraît presque entièrement constituée par du tissu fibreux. — Les ganglions qui se trouvent sur la petite courbure de l'estomac, dans l'épiploon gastro-hépatique sont volumineux, formés par un tissu d'un blanc mat, donnant au raclage du suc avec nombreuses cellules à gros noyaux.

Etat normal du péritoine, du foie, de la rate, des reins, de l'intestin grêle. — Le gros intestin offre, dans toute son étendue, de petites ulcérations avec ecchymoses, comme on en voit chez les individus ayant eu de la diarrhée chronique. — La moitié droite du diaphragme est seule examinée, elle est parfaitement saine, sans trace de vascularisation anormale.

Les corps vertébraux des vertèbres lombaires et des dernières dorsales offrent des masses diffuses, éburnées, qui sont sans doute dues à une ostéite condensante préparatoire du cancer. — L'os coxal et le fémur ne sont pas examinés.

29. Kyste hydatique du foie guéri; par Féré, externe à la Salpêtrière.

Ce foie provient d'une femme de 77 ans, morte dans le service de M. Charcot d'une dégénérescence graisseuse du cœur consécutive à une péricardite ancienne.

Toute la face convexe de l'organe adhérait intimement au diaphragme. Le lobe droit est à peu près normal de volume et d'aspect; mais le lobe gauche s'interrompt brusquement à 3 centimètres environ à gauche du sillon de la veine ombili-

cale et son extrémité est remplacée par une tumeur présentant la forme et le volume d'un œuf de dinde.

Cette tumeur est constituée par une coque fibro-calcaire, sol..., rugueuse et jaunâtre sur certains points; fibreuse, dépressible, lisse et d'un blanc nacré, sur d'autres. Elle renferme une sorte de bouillie dont la consistance et l'aspect varient aussi suivant les points où on la considère : ici elle est opaline, transparente et presque diffluente, là elle est composée de grumeaux brunâtres et presque solides. Dans les parties colorées et consistantes, le microscope montre surtout des cristaux d'hématoïdine et des granulations d'hématosine; tandis que dans les parties semi-liquides on trouve une grande quantité de cristaux de cholestérine et aussi un petit nombre de crochets d'échinocoques. C'est un kyste hydatique guéri; et cette guérison paraît spontanée, car on ne trouvait aucune cicatrice sur la paroi abdominale.

Si l'on en juge d'après ce que l'on voit à la Salpêtrière, la guérison spontanée des kystes hydatiques du foie est loin d'être exceptionnelle. Sur 160 autopsies faites dans cet hospice depuis le 1er janvier, nous avons trouvé 4 pièces de ce genre : les 3 autres tumeurs siégeaient à la face inférieure du foie, une sous le lobe gauche, deux sous le lobe droit; la plus grosse avait le volume du poing, la plus petite, celui d'un œuf de pigeon; toutes avaient déterminé des adhérences péritonéales plus ou moins étendues.

Ces chiffres, rapprochés du petit nombre de kystes hydatiques reconnus sur le vivant, permettent de penser que dans un certain nombre de cas, lorsqu'elles n'ont pas acquis un volume considérable, ces tumeurs peuvent passer inaperçues ou du moins ne déterminent que les symptômes propres à la périhépatite et sont alors confondues avec diverses affections douloureuses de la région.

M. Charcot insiste sur ce fait qu'il n'est pas rare de rencontrer à l'amphithéâtre de la Salpêtrière des kystes hydatiques du foie, qui n'ont jamais déterminé pendant la vie de phénomènes appréciables.

30. Mélanose de la face. — Un traumatisme accidentel, deux interventions chirurgicales, trois récidives avec extension sur place; par M. de Beurmann, interne.

Le nommé C... Charles, âgé de 52 ans, journalier, entre le 22 novembre 1875, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Cruveilhier.

L'affection qui l'amène à l'hôpital est une production mélanique occupant presque toute l'étendue de sa joue droite. Les antécédents ne présentent rien à noter; sa mère vit encore, son père est mort à 80 ans d'une affection thoracique aiguë; aucun de ses parents n'a jamais, à sa connaissance, eu de tumeurs, d'ulcères et d'affection analogue à la sienne.

C... est un homme vigoureux, il a un peu maigri depuis quelques mois, mais il n'est nullement cachectique. Il n'a jamais fait de maladie et on ne trouve chez lui aucune trace de syphilis ancienne ou récente. Il y a 3 ans, à la suite d'une attaque nocturne dans les rues de Paris, il est resté une heure environ sans connaissance et a eu plusieurs plaies à la tête, mais il s'est rétabli rapidement.

Janvier 1875.—Dans le courant du mois de janvier 1875, C... s'aperçut pour la première fois qu'il existait sur sa joue droite une petite verrue noirâtre, de la grosseur d'une lentille. Elle ne le faisait nullement souffrir et ne l'inquiétait en rien, quand vers la fin du même mois le barbier qui le rasait en trancha, par maladresse, la partie saillante. La douleur fut médiocre, mais il y eût un écoulement de sang assez abondant pour mouiller entièrement un mouchoir. Une croûte se forma sur la plaie et les jours suivants elle fut surélevée par une saillie noirâtre qui, peu à peu, atteignit le volume de l'extrémité du doigt.

Février 1875. — Dans le courant du mois de février, la tumeur étant à peu près dans cet état, C... va voir un médecin qui fait une cautérisation profonde avec le fer rouge. Au bout de quinze jours la cavité formée par le cautère se referme, mais après un mois (1er avril environ), une large plaque noire se forme au-dessus du point cautérisé et augmente peu à peu de volume.

Juillet 1875. — Vers le mois de juillet, C... qui est toujours dans un bon état de santé, et ne souffre presque pas, commence à s'inquiéter. Il s'adresse à un autre médecin qui applique pendant 6 semaines, tous les 2 ou 3 jours une pâte caustique sur toute l'étendue de la tumeur. Chaque application est suivie d'une douleur assez vive et à la fin il se détache de la joue une plaque mortifiée, de la grandeur de la moitié de la paume de la main à peu près.

La plaie ainsi produite est pansée tous les jours avec de la charpie et du vin aromatique. Elle se cicatrise rapidement; au bout de 2 semaines, elle a déjà diminué des 3/4 et le malade se sent guéri. Mais quelques jours après, plusieurs petites taches noires apparaissent tout autour de la plaie et la cicatrisation s'arrête. Le même pansement est continué.

Depuis ce moment, il n'y a eu aucune autre intervention médicale ni chirurgicale. Il est resté au centre de la joue une plaie profonde et les taches noires nouvellement développées autour de cette ulcération se sont graduellement étendues.

Vers le commencement de septembre, le malade s'est aperçu que la charpie de son pansement se mouillait au moment de chacun de ses repas et qu'il se produisait à ce moment, par la plaie, un écoulement de liquide blanc transparent, assez abondant.

22 octobre. — Le jour de son entrée nous constatons les faits suivants :

Au centre de la joue droite sur le milieu du trajet d'une ligne joignant le lobule de l'oreille à la commissure labiale existe une ulcération irrégulière, peu profonde à fond lisse, uni, rougeâtre avec quelques grosses bosselures noirâtres à la partie antérieure. Cette ulcération est baignée par un liquide clair, transparent, tout-à-fait analogue à de la salive; son diamètre est supérieur à celui d'une pièce de 5 fr., surtout dans le sens vertical.

Au-dessus, en avant et en bas, est disposé en demi-cercle autour de cette plaie une série de 12 ou 13 saillies d'un beau noir bleuâtre dont la grosseur varie de celle d'un gros pois à celle de l'extrémité du doigt. Des sillons de profondeur variable occupées par quelques poils de barbe et de petites croûtes séparent quelques-unes de ces tumeurs. La partie postérieure de la plaie est mal délimitée par un bord sinueux, à demi masqué par une ou deux saillies noires très-vaguement indiquées.

Autour de ce groupe principal sont rangées d'autres productions mélaniques offrant l'apparence générale de petits grains de raisin, mais dans leur partie saillante, bleuâtres à leur base qui se confond graduellement avec la peau saine; toutes ces tumeurs sont dures, de forme exactement arrondie et sont entièrement comprises dans l'épaisseur de la peau; les poils de la barbe n'existent plus à leur niveau; sauf celles qui entourent immédiatement l'ulcération centrale, aucune n'adhère aux tissus sous-jacents.

Le groupe le plus important occupe la région temporale; il se compose d'une grosse masse allongée horizontalement placée en arrière de la commissure palpébrale, elle est formée de 6 ou 7 bosselures réunies par leur base, au-dessus et en arrière de laquelle on trouve une quinzaine de petites saillies isolées. Le volume de celles-ci varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois.

En avant et envahissant en partie la paupière inférieure se trouvent 3 autres points situés au niveau du rebord orbitaire inférieur.

Au-dessus de l'aile du nez, touchant presque le groupe principal, sont 3 masses juxtaposées, du volume de l'extrémité du petit doigt; sur la partie latérale du nez on trouve 3 autres petites taches du volume d'une tête d'épingle.

Cinq ou six taches semblables se trouvent au niveau du sillon naso-génien. Deux ou trois autres à la partie inférieure de la joue au niveau du passage de l'artère faciale sur le maxillaire inférieur.

Enfin, en arrière de l'ulcération, au-devant et un peu au-dessus du lobule de l'oreille, existent encore sept ou huit taches noires disséminées sur la joue.

Il n'y a aucune altération de la peau dans le voisinage de ces productions, entre celles même qui sont très-rapprochées.

On ne trouve en aucun point ni œdème ni vascularisation anormale. La muqueuse buccale semble absolument saine et ne se distingue en rien de celle du côté opposé.

Quand le malade mange ou fait simplement des mouvements de mastication, il se produit un écoulement de salive assez abondant par la plaie qui intéresse évidemment, ainsi que l'indique son siége, le canal de Sténon.

Cet écoulement très-gênant pour le malade est à peu près nul en-dehors des mouvements de mastication ; il s'élève à 20 ou 25 grammes à peu près pour chaque repas ; néanmoins C. n'accuse aucune sécheresse de ce côté de la bouche.

L'examen du cœur et des poumons, la palpation abdominale ne révèlent rien d'anormal ; — sur aucun point du corps on ne trouve de tache pigmentaire ni de production analogue à celles qui occupent la face. — Pendant le séjour de C. à Saint-Louis, l'état général reste toujours satisfaisant. — Pansement au chlorate de potasse.

1er *novembre*. — On remarque que les différentes productions mélaniques occupant la région orbitaire et la commissure labiale tendent à augmenter de volume et qu'il se produit quelques nouveaux points noirs. — Les jours suivants les mouvements de la paupière sont un peu gênés et il se fait un peu d'œdème du côté de la partie inférieure de la joue.

6 *novembre*. — Gêne légère de la parole ; les mouvements des lèvres sont gênés du côté droit ; deux ou trois nouvelles taches noires.

10 *novembre*. — C. quitte l'hôpital le 10 novembre 1875 dans le même état (1).

31. Mélanose généralisée. — Tumeurs multiples du tissu cellulaire sous-cutané. — Disparition spontanée de deux de ces tumeurs; par DE BEURMANN, interne.

Le nommé Ba.., âgé de 21 ans, entra le 4 septembre 1875 à l'hôpital Saint-Louis (service de M. CRUVEILHIER).

Ba.. a toujours été d'une bonne santé, il n'a jamais fait de maladie grave ; son père et sa mère vivent encore et sont bien portants ; il a six frères, tous d'une excellente santé. Il y a dix-huit mois environ (août 74), Ba.. a vu se développer rapidement une grosseur très-douloureuse sur la partie latérale gauche de son cou ; cette tumeur s'est ouverte spontanément et il a subi une opération dans le service du professeur Dolbeau à Beaujon, où il était entré depuis quelque temps. Le malade ne donne sur cette première phase de sa maladie que des renseignements assez vagues, mais nous avons trouvé sur ce qui s'est passé à ce moment des détails très-précieux dans l'observation du même malade, publiée par M. Albert [illegible], qui avait pu le suivre à cette époque (*France méd.*, n° du 13 nov. 75).

Cette tumeur occupait le creux sus-claviculaire, où elle s'accompagna dès son apparition de douleurs violentes qui s'irradiaient en remontant vers la tête. Elle apparut dans la soirée du 15 août 1874, à onze heures. Son développement s'était toujours accru, elle avait atteint le volume du poing et en même temps les douleurs s'exaspéraient. Cette tumeur avait gardé une consistance dure, et à son niveau la peau n'était en aucune manière altérée. Des cataplasmes furent appliqués, et au bout de quinze jours, en un point très-limité, la peau s'étant ulcérée, il sortit par cette ouverture une matière noire-bleuâtre, a demi-solide, ressemblant parfaitement à de la poudre d'étrompée. A ce moment, les douleurs cessèrent, la tumeur s'affaissa ; mais huit jours après, l'orifice qui s'était formé spontanément et avait laissé sourdre cette matière se referma, et bientôt la tumeur se reforma, redevint de la grosseur d'une noix et aussi dure qu'elle était au début.

Pendant deux mois elle demeura stationnaire pour reprendre une marche progressive, de sorte qu'au mois de janvier 1875, elle avait atteint le volume des deux poings à peu près. A cette époque, le malade habitait encore un petit village du département du Cher, et le médecin de la localité, après avoir passé un tube à drainage à travers la tumeur et voyant que rien ne sortait, se décida à la fendre largement. Comme la première fois, elle était formée par une masse noire-bleuâtre agglomérée.

« La plaie se ferma rapidement, mais rapidement aussi une nouvelle tumeur se forma au même point, et presque en même temps une tumeur apparut à la région pectorale droite un peu au-dessus et en dehors du sein, puis deux autres se formèrent au niveau des fausses côtes, disposées presque symétriquement de chaque côté de l'appendice xiphoïde et distantes de lui de cinq a six centimètres.

En même temps, il en apparut une au niveau du deltoïde sur le moignon de l'épaule droite, une autre au-devant du biceps et une dernière en arrière au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate du même côté.

« Cette fois les tumeurs ne s'accompagnaient d'aucune douleur. Mais celle qui s'était formée la première et occupait le creux sus-claviculaire grossissait sans cesse et les douleurs qui accompagnaient ce développement rapide devinrent à ce point insupportables que le 11 mars 1875 M. le professeur Dolbeau dans le service duquel le malade, à cette époque à Paris, était entré, se décida à en pratiquer l'ablation ; l'opération se fit régulièrement. » A l'époque de son entrée à Saint-Louis B. est un peu amaigri ; ses muqueuses sont notablement décolorées, mais il est cependant encore assez vigoureux.

Il présente à la partie inférieure et antérieure du cou, le long du sterno-mastoïdien, une longue cicatrice à peu près verticale, se prolongeant jusqu'à la région sus-claviculaire ; cette cicatrice adhérente aux tissus sous-jacents, légèrement plissée sur les bords, surtout à la partie inférieure, indique l'emplacement de la première tumeur enlevée par M. Dolbeau. On ne trouve autour d'elle aucune saillie anormale ; aucun ganglion induré ou tuméfié ; mais elle offre un aspect tout particulier. Elle a la forme d'une bande violacée, saillante, de la largeur du petit doigt et épaisse au moins de 2 à 3 millimètres ; cet aspect est dû évidemment à une hypertrophie du tissu cicatriciel.

Au niveau du sein droit, un peu en dehors, on trouve une saillie volumineuse formée par une tumeur sous-cutanée de forme ovoïde, à grand axe vertical. Cette tumeur dure, résistante, indolente à la pression, est irrégulièrement bosselée ; sa partie supérieure est nettement fluctuante dans une petite étendue, son sommet adhère à la peau au voisinage du sein ; en ce point il existe une bosselure tout-à-fait superficielle au niveau de laquelle les téguments sont d'une teinte violacée. Elle est mobile sur le plan du grand pectoral cependant on lui imprime quelques mouvements en mettant le bras du malade dans l'abduction complète et on sent quelque résistance à la faire mouvoir en travers.

Dans la région cervicale droite, au niveau du bord antérieur du trapèze, existe une 2e tumeur, du volume d'une grosse amande, dure, lisse, bien isolée, non adhérente à la peau qui ne présente en ce point aucune coloration anormale.

Dans la région dorsale du même côté, vers la pointe de l'omoplate, se trouve une 3e tumeur un peu plus volumineuse que la précédente et un peu adhérente à la peau.

Sur la poitrine, deux autres tumeurs semblables occupent l'une la ligne médiane au niveau de l'appendice xiphoïde auquel elle paraît adhérente ; l'autre, la partie latérale gauche du thorax au-dessus du mamelon et sur la même ligne horizontale que la première. Celle-ci est tout-à-fait mobile et toutes deux ont à peu près la grosseur d'une noix et sont exactement arrondies.

Enfin, à la partie supérieure et externe de la cuisse, au niveau du bord antérieur du fascia lata, existe une sixième tumeur de même volume que les précédentes, mais comprise dans l'épaisseur de la peau qui est violacée et amincie à ce niveau.

Les ganglions sont partout normaux sauf peut-être au sommet de l'aisselle gauche où l'on voit encore une grosseur du volume d'une noisette, dure, mobile qui paraît être un ganglion induré.

A la face, sur le côté gauche du menton, existe une tache bleuâtre, à bords diffus, de la longueur d'une pièce de 20 c. sans aucune saillie.

Il existe sûr le front, le nez, la paupière inférieure de nombreuses taches de rousseur, de coloration ordinaire.

(1) Le moulage du côté de la face fait au moment de l'entrée, est déposé au Musée pathologique de l'hôpital Saint-Louis.

L'état général est bon. B... mange bien. On ne trouve rien à noter par l'auscultation du cœur et de la poitrine, ni par la palpation abdominale. Enfin le malade dit avoir eu deux tumeurs semblables à celles qui existent à présent, l'une sur le bras droit, l'autre sur l'épaule du même côté; nous avons trouvé ces tumeurs mentionnées dans l'observation citée de M. A. Bergeron; elles ont disparu, dit-il, peu à peu et spontanément; quoiqu'il en soit, nous n'en trouvons aucune trace.

En présence des renseignements incomplets donnés par le malade sur le début de sa maladie et de la disparition spontanée de deux des tumeurs qu'il portait, le diagnostic fut: sarcome probable du tissu cellulaire. et l'ablation de la principale tumeur gênante par son volume fut décidée.

15 *septembre* 1875. — Le malade est dans le même état que le jour de son entrée. L'ablation de la tumeur qui occupe le sein droit est faite. La peau est sectionnée suivant une ligne elliptique qui entoure la tumeur; celle-ci est facilement disséquée avec une partie du tissu cellulaire qui l'entoure; à la partie profonde, elle adhère dans une étendue de quelques centimètres à l'aponévrose du grand pectoral qui est ouverte, de sorte que les fibres musculaires sont mises à nu.

La petite tumeur, adhérente à la peau de la cuisse droite, est également enlevée avec toute la peau qui la recouvre.

La tumeur principale, examinée immédiatement après l'opération, présente à sa partie supérieure un kyste cloisonné contenant une vingtaine de grammes d'un liquide séreux, couleur de café noir. Tout le reste de la masse est formé d'une matière homogène, friable à la périphérie, ramollie au centre, et parfaitement noire dans toute son étendue. Elle est entourée d'une coque de tissu cellulaire refoulée entre les lames duquel on trouve de petites infiltrations noires. La petite tumeur est composée, dans toute son étendue, d'une substance semblable. — L'examen microscopique de ces pièces a montré que c'étaient les types de mélano-sarcome. La plaie résultant de l'opération est pansée à la glycérine.

18 *septembre*. — Pas de réaction inflammatoire, température normale, même pansement.

19 *septembre*. — Même température, la suffocation commence à s'établir.

22. — La surface de la plaie, qui a la largeur de la main entière à peu près, est totalement recouverte de bourgeons charnus, rouges, du meilleur aspect. — Suffocation modérée, état général excellent.

25. — La plaie a toujours bon aspect, la cicatrisation commence sur les bords et marche rapidement. B... se plaint d'une douleur très-vive et continue du côté droit de la face, surtout au niveau du maxillaire supérieur. Ses dents, examinées, sont bonnes; il n'y a ni rougeur ni gonflement.

30. — La douleur se localise à la partie inférieure de l'orbite. En explorant profondément cette région avec l'extrémité du doigt, on sent une petite grosseur mobile placée au-dessous de l'œil.

1er *octobre*. — La peau rougit, la paupière se tuméfie légèrement. On sent à la partie inférieure de l'orbite une tumeur de plus en plus manifeste, mobile, et indépendante du globe oculaire. La petite plaie de la cuisse est fermée, celle de la poitrine a toujours bonne mine et se cicatrise peu à peu sur les bords. — Etat général moins bon, pas de fièvre, mais faiblesse assez marquée.

20 *octobre*. — Le malade inquiet, agité, veut quitter l'hôpital. La plaie de la poitrine a la largeur de la paume de la main à peu près, elle est couverte de bourgeons charnus, rouges; la suppuration est très-modérée.

Les différentes tumeurs régulières, notées au moment de l'entrée, sont à peu près dans le même état; cependant l'adhérence à la peau de celle qui occupe la pointe de l'omoplate droite a notablement augmenté. De plus, celle qui est placée au-dessus du sein gauche est devenue adhérente à la peau qui a pris une teinte violacée très-marquée. Leur volume ne semble pas avoir varié. La tumeur récemment développée à la partie inférieure de l'orbite a maintenant le volume de l'extrémité du doigt; elle soulève la peau de la paupière qui est rouge et un peu œdématiée et referme l'œil en haut. Le malade accuse à ce niveau des douleurs très-vives, continues, avec irradiations vers la tempe et le maxillaire supérieur. La vision est seulement un peu gênée par la tuméfaction de la paupière inférieure (1).

M. DESPRÉS et M. GIRALDÈS s'accordent à regarder la généralisation des tumeurs mélaniques comme un fait fréquent.

M. COYNE, Il importe de distinguer au point de vue de la malignité des tumeurs mélaniques, le cancer mélanique et le sarcome mélanique. Le premier se généralise; le second se propage seulement aux ganglions.

M. DESPRÉS. La propagation aux ganglions se fait pour ainsi dire fatalement, lorsqu'on opère, même de bonne heure, les sarcomes mélaniques. Il est de règle de ne jamais y toucher.

M. PEYROT. M. Dolbeau ne s'est décidé à enlever les ganglions que parce que la peau était enflammée à leur niveau et allait s'ulcérer.

M. POZZI. Si l'on opère, il faut faire une ablation complète de la tumeur primitive. Une opération incomplète est toujours suivie de récidive et de propagation ganglionnaire.

32. Hydrocèle.—Vaginalite tuberculeuse; par A. BULTEAU, interne.

Le 2 novembre 1875, entrait dans le service de M. CADET DE GASSICOURT, à l'hôpital Sainte-Eugénie, un petit malade, âgé de 8 ans, présentant tous les symptômes caractéristiques de la granulie aiguë généralisée à laquelle il ne tarda pas à succomber le 20 du même mois. Il était, en outre, porteur d'une hydrocèle peu volumineuse située du côté gauche; la tumeur était allongée, pyriforme, et contenait un liquide d'une transparence parfaite. A l'AUTOPSIE, on trouva le poumon, le foie, la rate complétement farcis de granulations miliaires. Les méninges sont également le siége de quelques granulations, ce qui rend compte des accidents méningitiques qu'a présentés l'enfant dans les derniers jours qui ont précédé sa mort. La cavité de la vaginale du côté gauche contient environ 100 grammes d'un liquide citrin albumineux. Les parois du feuillet pariétal de la séreuse sont manifestement injectées, les vaisseaux, principalement en un point assez limité, sont dilatés au milieu des arborisations rougeâtres et multiples qu'ils décrivent, il est facile d'apercevoir de petites granulations blanchâtres faisant saillie sous le doigt, et tout-à-fait analogues aux granulations tuberculeuses que l'on rencontre si souvent à la surface du péritoine et de la plèvre. Tout le feuillet pariétal de la vaginale présente également, disséminées çà et là, quelques granulations transparentes, mais beaucoup moins nombreuses que sur le point précédemment signalé. — Rien sur le feuillet viscéral. Le testicule est un peu aplati, sans atrophie bien marquée. La vaginale du côté droit est tout-à-fait saine. — L'examen histologique nous a fait reconnaître dans ces granulations les éléments caractéristiques de la granulation tuberculeuse.

RÉFLEXIONS. Cette hydrocèle présente un intérêt tout particulier au point de vue de la cause qui lui a donné naissance; nous devons, en effet, rapporter la production de liquide dans l'intérieur de la vaginale à la présence des granulations miliaires que nous avons rencontrées disséminées à sa surface. La tuberculose de la vaginale est un fait extrêmement rare, mais qui ne doit nullement étonner dans le cas présent, si l'on se rend compte des circonstances dans lesquelles elle s'est produite. La plèvre, les méninges sont parsemées de granulations miliaires tuberculeuses; les principaux viscères de l'économie en sont également infiltrés.

Nous avons donc eu affaire ici à une véritable vaginalite tuberculeuse, tout-à-fait analogue, quant à son origine et à son mode de production, à la méningite, à la péritonite de nature tuberculeuse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 *avril* 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. GUÉNIOT lit un rapport sur un travail adressé à la Société

(1) Le moulage de la poitrine du malade fait au moment de l'entrée est déposé au Musée pathologique de St-Louis.

par M. JUDE HUE (de Rouen), ayant pour titre : *Sur un cas de périnéorrhaphie à la suite de déchirure complète du périnée.* Après un exposé historique, correctement tracé, l'auteur entre dans les plus grands détails sur le manuel opératoire. Il se montre fort enthousiaste de la méthode américaine et fait grand éloge de la suture métallique qui est, à son dire, la plus grande découverte chirurgicale du XIXe siècle. Le rapporteur n'est pas, sur ce point, complétement de son avis. M. Hue se préoccupe beaucoup de l'état du sphincter anal après la guérison ; il arrive plusieurs fois, en effet, dit il, que les femmes opérées laissent échapper involontairement les matières liquides et les gaz. C'est pour obvier à cet inconvénient qu'il a porté sa suture postérieure en arrière, sur l'anus lui-même, afin de réunir les fibres du sphincter anal déchiré. M. Guéniot fait observer que M. Verneuil, sur cinq cas de périnéorrhaphie, a obtenu quatre guérisons et que pareil accident n'est nullement survenu ; cependant la précaution indiquée par M. Hue n'a pas été prise. L'auteur n'indique pas à quelle époque on doit pratiquer cette opération ; d'ailleurs, il n'y a rien de fixe à ce sujet. M. Hue a opéré par la méthode américaine une femme atteinte de déchirure complète du périnée avec une excision de la cloison recto-vaginale de l'éteudue de un centimètre. Trois semaines après, le périnée était refait, le sphincter et l'orifice vaginal parfaitement reconstitués.

M. VERNEUIL a obtenu quatre succès complets sur cinq opérations de ce genre : pas de fistule recto-vaginale ni d'incontinence des matières liquides ou des gaz. Mais il a eu récemment l'occasion d'opérer une déchirure du périnée, où un petit vice opératoire lui a démontré combien la recommandation de M. Hue (de réunir les fibres du sphincter) est mauvaise. En faisant l'avivement triangulaire, il a été trop en arrière, et quand la suture a été faite, il en est résulté une sorte d'épichantis anal recouvrant la moitié antérieure de l'orifice, tellement que le doigt pouvait à peine y être introduit. Il est survenu une fistule recto-vaginale. Il se gardera bien à l'avenir de porter ses sutures aussi en arrière. M. Labbé lui a montré une malade qu'il a opérée par une méthode qui est, pour ainsi dire, la contre-partie de celle que préconise M. Hue. Il s'est contenté de suturer la paroi vaginale et la partie antérieure du périnée, laissant à la rétractation du tissu cicatriciel le soin de rétablir le sphincter. Le succès a été complet. M. Verneuil pense qu'il faut, à l'exemple de Mercier, débrider le sphincter pour empêcher le rétrécissement de l'anus, car un des plus grands obstacles à la réunion de la plaie dans la périnéorrhaphie est la pression exercée sur les sutures par les matières fécales, pression qui sera d'autant plus forte que l'orifice de la sortie sera plus étroit. Il est d'avis de n'opérer ces déchirures du périnée que 5 à 6 mois après l'accouchement.

M. BLOT, dans un cas de déchirure complète du périnée, survenue chez une jeune primipare, réunit par une forte serrefine les deux lèvres de la plaie immédiatement après l'accouchement. Tout fut cicatrisé en dix-huit jours. Il lui est arrivé plusieurs fois d'obtenir ainsi la guérison de déchirures incomplètes. Il est entièrement de l'avis de M. Verneuil sur la *suture des fibres du sphincter*, opération qu'il trouve fort difficile, sinon impossible. Mais une chose l'a vivement frappé dans la communication de M. Hue : c'est la constipation qui doit, dit l'auteur, être maintenue au moins deux semaines. M. Blot se demande s'il n'y a pas à cela inconvénient pour la santé de la malade ; et quand la débâcle surviendra, n'y a-t-il pas beaucoup de chances pour que le résultat de l'opération soit compromis.

M. GUYON parle dans le même sens que M. Verneuil : on doit laisser l'anus le plus large possible. Chez une femme qu'il opéra avec Nélaton, il a vu le périnée se rompre le dixième jour après l'opération, à la première garde-robe, parce que l'orifice anal était trop étroit. Il a vu une fois persister l'incontinence des matières liquides et des gaz : quelques cautérisations à l'anus en vinrent promptement à bout. M. Guyon ne prolonge pas la constipation pendant plus de 6 à 7 jours, puis il administre des laxatifs avant d'enlever les fils à suture. Il est très-partisan de l'application des serres-fines immédiatement après la déchirure ; cette opération lui a fourni d'excellents résultats.

M. DÉSORMEAUX a employé nombre de fois les serres-fines à la Maternité et très-souvent avec succès, même lorsque le sphincter était rompu. Au lieu de provoquer la constipation, il préfère administrer des laxatifs immédiatement après l'opération afin que les fèces puissent s'écouler facilement, sans danger pour les sutures.

M. TRÉLAT a pu, dans un cas, décoller les deux plans de la cloison recto-vaginale et attirer en avant la muqueuse rectale de telle façon que la portion déchirée du plan vaginal se trouvait par le fait en contact avec une cloison intacte. C'était le meilleur moyen de se mettre à l'abri de l'invasion des matières fécales. Il se contentait, après avoir fixé la muqueuse anale, de suturer la déchirure vaginale. Mais il ne veut pas ériger en précepte ce procédé opératoire qui n'est pas d'ailleurs toujours applicable. M. Trélat n'opère les déchirures périnéales que 3 ou 4 mois après l'accouchement, lorsque les parties ont repris leur aspect ordinaire. Il est d'avis d'employer les serres-fines qui, cependant ne lui ont pas toujours réussi. Avant l'opération, il vide l'intestin, puis il alimente sa malade d'une façon particulière pour amener la constipation. Il lui donne du vin, peu de pain et de la viande crue ; il fait prendre aussi l'extrait thébaïque en quantité suffisante. S'il se produit des gaz en quantité telle que la malade en soit incommodée, on introduit pendant quelques instants une grosse sonde de gomme dans le rectum et les gaz s'échappent.

M. POLAILLON est partisan aussi de serres-fines, malheureusement beaucoup de femmes ne peuvent supporter cette sensation de pincement continu qu'elles provoquent, et on doit les enlever. Dans ce cas, il faut recourir à d'autres moyens de rapprochement de la plaie. M. Polaillon n'est pas d'avis de pratiquer la périnéorrhaphie avant le quatrième mois qui suit l'accouchement, l'état puerpéral ne disparaissant qu'à cette époque.

M. GUÉNIOT tire de la discussion, cette conclusion générale qu'il ne faut pas faire un usage exclusif d'un procédé; il faut savoir le modifier suivant les circonstances. Il ne saurait rejeter aussi catégoriquement qu'on l'a fait, la manœuvre de M. Hue, la suture empiétant sur le rectum. Sans en être partisan, il la croit cependant utile dans certains cas. I. D.

REVUE D'HYDROLOGIE

I. **Clinique thermo-minérale de Néris**, par M. DE RANSE.

II. **Clinique de Plombières. — Du rhumatisme, manifestations diathésiques traitées par les eaux de Plombières**, par M. LECLÈRE.

III. **Aperçu clinique sur les eaux d'Aix et Marlioz**, par le Dr BRACHET.

IV. **Etudes nouvelles sur les eaux de Cauterets et en particulier sur l'eau de Mauhourad**, par MM. Henri et Louis BYASSON.

V. **Cauterets, ses environs, etc.**, par M. SENAC-LAGRANGE.

VI. **Etude sur la phthisie pulmonaire au point de vue du traitement**, par M. LASSALLAS.

I. Il est certain que les manifestations variées de la diathèse rhumatismale, sont le plus souvent traitées avec succès par les eaux minérales à thermalité élevée et à minéralisation faible. Le calorique joue donc un rôle prépondérant.

Les eaux chaudes ne manquent pas en France ; citons au hasard Aix, Plombières, Néris, Chateauneuf, où chaque année des milliers de malades vont demander du soulagement à leurs souffrances. A Néris, la plupart des formes de la diathèse rhumatismale sont traitées avec succès; c'est du moins ce qui semble ressortir de la brochure de M. le dr de Ranse. Dans le torticolis, le lumbago, une cure de quelques jours suffit ordinairement pour déterminer une guérison complète ; il en est de même du rhumatisme articulaire, lorsque la période aiguë est passée et que le malade est en pleine convalescence. Mais, par contre, le rhumatisme noueux résiste aux eaux de Néris, comme à toutes les eaux minérales. On peut, il est vrai, obtenir une amélioration passagère à l'aide d'un traitement approprié, il est impossible d'enrayer la marche de cette terrible affection.

Sans contredit, ce sont les névralgies *a frigore* qui retirent le plus de bénéfice des eaux de Néris; parmi elles, nous citerons la sciatique, la névralgie intercostale qui cèdent rapidement aux bains de piscine et aussi aux douches de vapeur dont l'établissement est si richement pourvu.

De toutes les affections nerveuses, c'est incontestablement à l'hystérie que convient le mieux le traitement thermal de Néris. Certaines manifestations de cette névrose, telles que les paralysies et les contractures sembleraient même y guérir promptement. Ces guérisons doivent-elles être imputées aux eaux de Néris? Il est permis d'émettre un doute quand on voit souvent la contracture et la paralysie hystérique cesser sans aucune espèce de médication et quand on sait que la plupart des miracles des siècles passés sont dus à la disparition brusque de ces deux dernières maladies (1).

Le mérite capital de la brochure de M. de Ranse est la netteté dans l'exposition: cet ouvrage contient en outre 32 observations parfaitement recueillies et du plus haut intérêt.

II. Nous n'avons pas besoin de faire l'éloge des eaux de Plombières au point de vue de la guérison d'un grand nombre de manifestations rhumatismales. Cette station thermale est connue depuis de longues années; et les milliers de malades, qui la fréquentent chaque été, sont la meilleure preuve de son efficacité dans le rhumatisme, mais ce serait une erreur de croire qu'on peut y traiter avec succès toutes les formes de cette diathèse.

La brochure de M. Leclère que nous avons sous les yeux met pleinement en lumière cette vérité. — La médication hydro-thermale de Plombières convient, dit-il, tout particulièrement à la forme névropathique du rhumatisme. C'est à l'élément douleur, plutôt qu'à l'altération propre des tissus qu'elle s'adresse de préférence, aussi ces eaux conviennent-elles à merveille aux personnes irritables et à tempérament nerveux.

III. Aix et Marlioz ont entr'elles beaucoup d'analogie au point de vue de la composition chimique de leurs eaux minérales qui sont les unes et les autres sulfureuses, excitantes au début du traitement et sédatives ensuite. La station d'Aix plus connue que sa voisine, se différencie de celles des Pyrénées par la proportion notable de gaz carbonique que ces sources renferment.

Nous ne suivrons pas M. le Dr Brachet dans son étude si complète sur Aix et Marlioz; ce travail nous entraînerait trop loin, nous établirons seulement que les manifestations cutanées et articulaires du rhumatisme s'améliorent et guérissent même par la médication hydriatique de ces stations thermales. Les névralgies *a frigore*, sciatique, intercostales, brachiales, ou autres, cèdent rapidement, et on peut dire que dans le traitement de ces maladies, Aix est au moins l'égal de Néris et de Plombières. Sans doute les principes sulfureux de ses sources ne sont pas étrangers à ces heureux résultats, mais la manière dont l'eau est administrée à l'extérieur joue aussi un très-grand rôle. Ajoutons que le massage qu'on y pratique avec habileté suffit le plus souvent à déterminer la résorption d'engorgements articulaires anciens.

Les manifestations de la scrofule cèdent, comme celles de la diathèse rhumatismale, au traitement hydriatique d'Aix. Nous en avons vu un exemple dans notre pratique : un jeune homme de 25 ans, lymphatique, affecté d'une hydarthrose du genou gauche contre laquelle la médecine ordinaire avait été impuissante, fut envoyé à Aix; quelques douches combinées au massage suffirent pour lui permettre l'usage complet de son membre.

A la fin de son travail, M. Brachet signale les heureux effets des eaux d'Aix dans les blessures; dans certains cas les résultats sont remarquables. En voici un exemple. Un de nos collègues et ami eut à la suite d'un vaste anthrax du dos, une série d'abcès profonds très-étendus qui laissèrent après eux des engorgements inflammatoires durs et douloureux. Il était obligé de garder la chambre : les douches d'Aix et le massage réunis firent rapidement disparaître ces engorgements et permirent à notre collègue de se livrer activement aux devoirs de sa profession.

IV. Parmi les eaux de Cauterets, il en est une, celle de Manhourat, qui se différencie par sa composition chimique des autres sources des Pyrénées. Les Drs Byasson la rangent dans les silicatées sodiques et lithiniques, ils la prescrivent avec avantage dans la chlorose et l'anémie. — Mais où elle est surtout efficace c'est dans les formes de dyspepsie qui résistent à l'eau de Vichy; elle est par contre sans utilité dans la phthisie au début. Il n'en est pas de même lorsque des cavernes sont formées, M. Gigot-Suard la prescrit avec fruit dans ces cas spéciaux. — Mais l'eau de Manhourat agit-elle comme il le prétend en contenant des propriétés anti-fermentescibles qui exagèreraient l'action catalytique du pus, et des productions phymatiques? Les Drs Byasson n'admettent pas cette opinion ils pensent, au contraire, que l'action de l'eau de Manhourat dans les phthisies avancées est due à ce qu'elle est digestive et reconstituante. Nous sommes de cet avis.

V. Nous arrivons maintenant à l'analyse d'un gros volume dû à la plume de M. Senac-Lagrange, médecin à Cauterets. Il comprend pour ainsi dire tout ce qui touche à cette station thermale. La première partie de ce travail est consacrée à la description des montagnes, des environs, des sources, c'est la plus considérable; l'autre comprend la description des maladies qui sont du ressort de cette station thermale. Nous ne parlerons que de cette dernière partie, celle qui soit vraiment médicale.

L'action des eaux de Cauterets est celle des eaux sulfureuses en général; nous n'insisterons pas davantage tout en rappelant qu'elles ont une efficacité incontestable dans toutes les maladies diathésiques qui ont besoin de suractivité circulatoire, telles que la scrofule, la phthisie pulmonaire. Il existe cependant quelques contr'indications à l'emploi de ces eaux; les plus importantes sont sans contredit les complications cardiaques. — Cette propriété congestive des eaux de Cauterets est absolument nuisible chez les phthisiques sujets aux hémoptysies, aux congestions viscérales en général. Il en est du reste de même des autres stations sulfureuses des Pyrénées. Où leur efficacité est grande, c'est lorsque la tuberculisation pulmonaire s'accompagne de bronchite intense et que le mal est à la première période de son évolution, mais lorsque des cavernes sont formées il y a peu à espérer de l'emploi de ces eaux. M. Senac-Lagrange fait ressortir avec habileté toutes ces particularités.

VI. Le traitement hydro-minéral de la phthisie pulmonaire est très-complexe et très-délicat, aussi lorsque nous rencontrons un ouvrage renfermant des indications précises sur cette question nous nous plaisons à le signaler à l'attention de nos lecteurs. C'est ce que nous faisons à propos de la brochure de M. Lassallas, médecin au Mont-Dore. Cet ouvrage comprend deux parties: l'une consacrée à la pathogénie de cette affection diathésique, l'autre plus étendue comprend le traitement auquel sont soumis les phthisiques qui sont envoyés au Mont-Dore.

Les eaux de cette station thermale ont, contrairement aux sulfureuses, la propriété d'amener une diminution dans la congestion pulmonaire et d'éloigner les hémoptysies. — Citons les principales conclusions de l'auteur: Le traitement minéral du Mont-Dore ne provoque pas l'hémoptysie et empêche cet accident de se produire. Les eaux de cette station sont sédatives de la circulation, par l'excitation des capillaires, mais ne doivent pas être considérées comme un médicament hyposthénisant; sous leur influence, les fonctions digestives sont stimulées, les phénomènes de nutrition deviennent plus actifs, et toute l'économie se remonte.

Maintes fois, il nous a été donné de remarquer la justesse de ces observations chez des phthisiques au début que nous avions adressés au Mont-Dore. Les hémoptysies cessèrent, les fonctions digestives s'améliorèrent, et la maladie sembla ainsi subir un temps d'arrêt. J. CORNILLON.

(1) Consulter sur ce sujet : Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, 2e édition, p. 357, etc. ; — Bourneville, *De la contracture hystérique permanente*, ou *appréciation scientifique des miracles de Saint-Louis et de Saint-Médard*; — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie*.

EXCURSION GÉOLOGIQUE : M. Ch. Velain, répétiteur, fera, à la place de M. Hébert, du jeudi 13 au mardi 18 avril, une excursion à Neuvy-sur-Loire, Cosne, Pougues-les-Eaux, Nevers. Rendez-vous à la gare de Lyon, le jeudi à 7 h. 1/2 du matin.

BIBLIOGRAPHIE

De l'arthrite tuberculeuse. — Démonstration de l'existence de cette affection par inoculation de produits synoviaux; par M. le Dr J. Roux, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

M. J. Roux se propose, comme but de son intéressant travail, la démonstration de ces deux propositions : « 1° Il existe une arthrite véritablement tuberculeuse ; son existence repose sur la double démonstration de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation ; — 2° L'arthrite tuberculeuse suscite en chirurgie des indications particulières. »

Bonnet décrivit, le premier, l'arthrite tuberculeuse et lui reconnut trois variétés: l'une, dans laquelle le tubercule n'existe que dans les épiphyses (décrite par Nichet et par Nélaton) ; la deuxième, dans laquelle le tubercule respecte les os et envahit les parties molles ; la 3e enfin, et la plus fréquente, dans laquelle la synoviale et les extrémités articulaires sont simultanément atteintes. Toutefois, la description de Bonnet n'est pas à l'abri de diverses objections, dont l'une des plus importantes est l'absence de constatation de la granulation grise.

L'analogie permettait d'admettre que les synoviales, aussi bien que les autres séreuses, pouvaient devenir le siége de tubercules. Virchow, Koster et Ranvier ont observé anatomiquement un certain nombre de synovites tuberculeuses. D'après la description de M. Ranvier, « l'arthrite tuberculeuse se distinguerait de la tumeur blanche par un double caractère: le début de l'affection par la synoviale, et l'absence des fongosités. » M. Roux discute successivement ces deux points. Il repousse l'opinion de M. Ranvier, qui fait débuter la tumeur blanche par les os et le cartilage et considère la synovite comme consécutive à ces premières lésions ; au contraire, l'examen de nombreuses pièces, provenant de résection du coude, le conduit à considérer, dans la tumeur blanche, la synovite comme primitive et l'ostéo-chondrite comme secondaire. Il rejette également l'absence de fongosités comme caractéristique de l'arthrite tuberculeuse. En conséquence, il admet deux formes d'arthrite tuberculeuse :

1° La forme fongueuse, présentant les caractères de la tumeur blanche ordinaire, mais dans laquelle les fongosités sont infiltrées de produits caséeux inoculables ;

2° La forme simple, décrite par M. Ranvier : la synoviale est transformée en une membrane pyogénique infiltrée de tubercules ; les os sont intacts ou ne sont envahis que dans les derniers temps de la maladie, et d'une façon peu grave.

L'inoculation, sur une vache, du liquide résultant du broiement des fongosités d'une arthrite tuberculeuse, a produit au bout de 10 jours une tumeur considérée comme tuberculeuse ; mais l'auteur fait remarquer que cette démonstration expérimentale de la nature tuberculeuse de l'arthrite à forme fongueuse, ne s'adresse qu'à ceux qui, comme lui, admettent l'inoculabilité de la tuberculose.

L'*étiologie* de l'arthrite tuberculeuse est la même, d'une façon générale, que celle du tubercule pulmonaire.

Les malades atteints simultanément d'arthrite chronique et de phthisie pulmonaire peuvent être rangés en deux catégories : 1° Ceux chez lesquels la phthisie est primitive et l'arthrite secondaire ; 2° Ceux chez lesquels, au contraire, l'arthrite est primitive et la phthisie secondaire.

« Il est vraisemblable que, dans la plupart des cas de la 1re catégorie, il s'agit d'arthrites véritablement tuberculeuses. » L'interprétation des cas de la seconde catégorie est beaucoup plus compliquée : il peut y avoir arthrite chronique simple et phthisie, ou arthrite tuberculeuse, ou bien arthrite simple devenant ultérieurement tuberculeuse : l'auteur examine successivement ces trois éventualités.

La *symptomatologie* et le *diagnostic* sont traités brièvement, l'auteur n'ayant pas dirigé spécialement ses recherches de ce côté. Il discute les symptômes signalés par Bonnet, montre les difficultés du diagnostic, et essaie d'indiquer les caractères dont la réunion permettra de distinguer l'arthrite tuberculeuse de la tumeur blanche.

L'arthrite tuberculeuse est d'origine spontanée ; elle s'attaque surtout aux sujets de 20 à 30 ans, ayant des antécédents héréditaires de tuberculose, ou déjà atteints de phthisie pulmonaire. Elle ne s'accompagne pas de symptômes aussi accusés que la tumeur blanche : peu de gonflement des parties molles, pas de noyaux indurés ou de grandes masses fongueuses ; des altérations osseuses et cartilagineuses tardives, peu avancées, et, par conséquent, peu accessibles à l'exploration. Toutes celles qu'on a observées jusqu'à présent siégeaient au genou.

Quant aux arthrites tuberculeuses secondaires, dont l'existence n'est pas démontrée absolument, leur symptomatologie est obscure. L'articulation, atteinte depuis quelque temps d'une arthrite fongueuse, devient le siége d'une poussée de gonflement et de douleur, tandis que la tuberculisation pulmonaire se manifeste par de la toux, de l'hémoptysie et de l'amaigrissement.

Le *pronostic* est toujours grave. — Dans l'arthrite tuberculeuse de la 1re catégorie (arthrite secondaire, phthisie primitive), il y a peu à attendre de la nature pour la guérison, et peu à espérer de l'intervention chirurgicale ; l'affection pulmonaire prime la maladie articulaire. — Les arthrites de la 2me catégorie (arthrite primitive, phthisie secondaire) sont d'un pronostic moins sévère, pourvu toutefois qu'on pratique l'amputation ou la résection dès l'apparition des premiers symptômes de la complication pulmonaire ; deux observations rapportées dans le cours du travail viennent à l'appui de cette question.

Le *traitement* varie suivant les cas, et « c'est ici, dit l'auteur, qu'il importe de faire avec soin la distinction, sur laquelle nous avons tant de fois insisté, entre l'arthrite tuberculeuse primitive et l'arthrite secondairement tuberculeuse. »

1° Arthrites primitivement tuberculeuses. Les malades doivent être ranges en deux catégories. — Les uns sont atteints d'une phthisie pulmonaire avancée et sont pris d'une arthrite de même nature : ici, la lésion pulmonaire prime l'affection articulaire, et le rôle du médecin se réduit à combattre la douleur et à ralentir autant que possible les progrès de l'arthrite. — Dans la 2me catégorie, M. Roux range les malades atteints d'arthrite d'emblée tuberculeuse, et qui n'ont pas encore de lésions pulmonaires quand ils viennent consulter, Le diagnostic est très-difficile dans l'état actuel de la science, mais si on le suppose fait, la question du traitement est la même que dans les cas d'arthrite secondairement tuberculeuse.

2° Arthrites secondairement tuberculeuses. L'auteur pose ce problème dans les termes suivants : « Un malade, porteur depuis un certain temps d'une arthrite fongueuse, voit à un moment donné son affection articulaire s'aggraver, en même temps que se déclarent des phénomènes généraux : faiblesse, amaigrissement, et des symptômes pulmonaires suspects. Cet état se prolonge, et dure depuis quelques semaines ou même quelques mois, au moment où le chirurgien est consulté ; que doit faire celui-ci ? » Faut-il se borner à un traitement palliatif, ou intervenir par une opération sanglante ? Après avoir discuté ces deux manières d'agir, l'auteur arrive à cette conclusion : « La complication tuberculeuse récente, dans une tumeur blanche, est une indication d'intervention active. » Les cautérisations, même intra-articulaires, sont insuffisantes dans l'arthrite tuberculeuse ; il faut donc choisir entre l'amputation et la résection. M. Ollier attache une grande importance à la question de membre pour fixer le choix entre ces deux opérations : il résèque presque toujours au membre supérieur, jamais à la hanche et au genou ; la résection peut être pratiquée quelquefois au pied. Pour le genou, il faut se résoudre à l'amputation ; pour la hanche, qui d'ailleurs est moins souvent atteinte d'arthrite tuberculeuse, on obtient ordinairement des résultats satisfaisants d'une immobilisation prolongée.

La pratique de la résection ne s'écarte pas dans ces cas des règles habituelles ; M. Ollier excise toutes les fongosités de la synoviale et éteint plusieurs fers rouges sur les parties molles ; les soins consécutifs sont les mêmes que pour une résection quelconque. On aide au succès du traitement par une médication générale appropriée, et surtout par le séjour à la campagne.

M. Roux conclut de son travail : qu'il existe une arthrite tuberculeuse qui doit être distinguée des autres tumeurs blanches, et dont l'existence est démontrée par l'anatomie pathologique et l'expérimentation. Les rapports étiologiques entre cette arthrite et le tuberculose pulmonaire, connus d'une manière générale, ne sont pas encore précisés dans leur détail,

la symptomatologie est encore obscure, et le diagnostic n'arrive le plus souvent qu'à une probabilité. Enfin, au point de vue du traitement, une arthrite tuberculeuse, ou tout au moins phthisiogène, réclame le plus souvent une intervention active, amputation ou résection. Ch. H. PETIT.

VARIA

Congrès international de médecine de Philadelphie.

(Du 4 au 9 septembre 1876.)

Le congrès international de Médecins s'ouvrira le lundi 4 septembre, à midi, à l'Université de Philadelphie. Les lectures suivantes seront faites devant le congrès réuni eu assemblée générale. — *Lectures sur la médecine*, par Austin Flint, M. D , professeur de médecine pratique à Bellevue hospital medical College, New-York. — *Lecture sur l'hygiène et la médecine préventive*, par Henry Bowditch. M. D., président du conseil de santé de Massachusetos. — *Lecture sur la chirurgie*, par Paul F. Eve, professeur de chirurgie clinique et opératoire à l'université de Nashville. — *Lecture sur l'obstétrique*, par Théophilus Parvin, professeur. — *Lecture sur la chimie médicale et la toxicologie*, par Théodore Wormley, professeur de chimie. — *Lecture sur la biographie médicale*, par J. M. Toner, de Washington. — Lecture par le d[r] Hermann Lebert, professeur de médecine clinique à l'Université de Breslau. — *Lecture sur l'éducation et sur les institutions médicales*, par Nathan S. Davis, professeur de médecine théorique et pratique à l'école de médecine de Chicago. — *Lecture sur la littérature médicale*, par Lunsford Yandell, ancien professeur de physiologie à l'Université de Louisville. — *Lecture sur l'hygiène mentale*, par John Gray, surintendant et médecin de New-York State Lunatic Asylum, Utica, New-York. — *Lecture sur la jurisprudence médicale*, par Stanford E. Chaillé, professeur de physiologie et d'anatomie pathologique à l'Université de Louisiana.

Un médecin dans l'Archipel indien.

Une bonne occasion se présente pour un jeune médecin, indépendant, curieux de science et pressé de se créer une position. Une société française d'exploration et de colonisation vient de se constituer avec l'appui de la Commission de géographie commerciale et de nombreuses sympathies dans le monde savant et industriel. Elle va fonder un premier établissement dans l'Archipel indien et désire *s'associer* un jeune médecin offrant des titres sérieux, chargé de diriger tout ce qui concerne l'hygièue et la santé de la nouvelle colonie.

Un ancien iuterne des hôpitaux de Paris surtout, ou un médecin de marine seraient sûrs de trouver bon accueil auprès de M. Brau de Saint-Pol-Lias, directeur-fondateur de la Société des Colons-Explorateurs (129 rue de Rennes) ou de M. Rouray, organisateur du personnel de la Société (1, boulevard Arago, Paris).

Organisation des services hospitaliers de l'armée.

La commission de la Chambre des Députés, nommée pour examiner le projet de loi relatif à l'organisation des services hospitaliers de l'armée dans les hôpitaux militaires et civils a choisi pour *Président*, M. le d[r] *Laussédat*, ancien membre de l'assemblée constituante et médecin d'hôpital ; pour *Secrétaire* : M. le d[r] *Liouville*, médecin des hôpitaux de Paris, chef du laboratoire de l'Hôtel-Dieu. La commission a déjà eu deux séances. Elle réunit tous les documents relatifs à cette importante question qui touche à la fois aux intérêts civils et aux nécessités militaires. Elle fait appel à tous ceux qui voudront bien lui fournir les renseignements qui leur paraîtraient pouvoir être pratiquement utilisés au point de vue de l'intérêt général.

— Nous venons de recevoir une lettre sur les projets actuellement en discussion ; nous l'insérerons dans le prochain numéro.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Guéniot, agrégé, est chargé du cours clinique des élèves sages-femmes pendant l'année scolaire 1875-1876.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Programme des cours de la saison d'été. Année 1876. — 1° *Cours de médecine opératoire*. MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, directeur des travaux anatomiques, commencera ce cours le lundi 24 avril 1876, à deux heures. — M. le docteur Tillaux traitera des ligatures d'artères. — M. le docteur Marchand, premier prosecteur, traitera des amputations —M. le docteur Terrillon, deuxième prosecteur, traitera des résections et des opérations spéciales. — Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs.

2° *Conférence d'histologie*. — Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Grancher, médecin du bureau central, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

NOTA. Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'assistance publique. Les séries devant être reformées pour la médecine opératoire. MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 12 avril.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours libres à l'école pratique autorisés pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1875-1876.*

Par arrêté de M. le Ministre de l'instruction publique, en date du 25 mars 1876, et sur l'avis conforme de la Faculté, MM. les docteurs dont les noms suivent, ont été autorisés à faire, à l'école pratique de la Faculté de Médecine, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1875-1876, des cours sur les matières ci-après indiquées, savoir: M. le docteur Dareste : Conférences d'embryogénie, au laboratoire d'embryogénie (deuxième étage du musée Dupuytren). — M. le docteur Mallez : Cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire. Amphithéâtre n° 3, mardis et jeudis, de quatre à cinq heures du soir. — M. le docteur Laurent Préfontaine : Maladies des voies urinaires. Amphitéâtre n° 1, mardis et samedis, de trois à quatre heures du soir. — M. le docteur Reliquet : Maladies des voies urinaires. Amphithéâtre n° 2, lundis, mercredis et vendredis, de cinq à six heures du soir. — M. le docteur Galezowski : Maladies internes des yeux. Amphithéâtre n° 1, mardis, jeudis, de huit à neuf heures du soir. — M. le docteur Sichel : Pathologie oculaire. Amphitéâtre n° 3. lundis, mercredis et vendredis de huit à neuf heures du soir. — M. le docteur Dubrisay : Pathologie interne (maladies des enfants). Amphithéâtre n° 3, jeudis à cinq heures. — M. le docteur Joffroy : Cours complet de pathologie interne. Amphithéâtre n° 1, lundis, vendredis, de quatre à cinq heures du soir.— M. le docteur Straus : Cours complet de pathologie interne. Amphithéâtre n° 1, mardis, jeudis. samedis, de cinq à six heures du soir. — M. le docteur Laskowski : Médecine opératoire. Pavillon n° 7, tous les jours à une heure. — M. le docteur Migon : Accouchements, opérations obstétricales. Amphithéâtre n° 3, mardis et samedis, de huit à neuf heures du soir.

HOPITAUX. — Concours pour 2 places de médecin du Bureau central. — *Jury* : MM. Béhier, Blachez, Mauriac, Moutard-Martin, Chauffard, Labbée, Voillemier. — *Juges suppléants* : MM. Laboulbène, Luys, Bouchut, Barth, Mesnet, Peter, Marc Sée, Richet, Dolbeau, Duplay, L. Labbé. — *Candidats*: MM. Carrière, Chouppe, Danlos, Debove, Dieulafoy, Gingeot, Gouguenheim, Gouraud, Hallopeau, Hirtz, Homolle, Huchard, Labarraque, Lacombe, Labadie-Lagrave, Landrieux, Legroux, Lorey, Percheron, Quinquaud, Rathéry, A. Renault, J. Renaut, Rendu, Ruck, Sanné, Schweich, Sevestre, Straus, Tenneson.

Les *Vacances de Pâques* commencent le 16 avril et finissent le 23. Les cours n'auront pas lieu le 14 et le 15 avril. — La bibliothèque et les musées seront ouverts à partir du 19.

CONSEILS GÉNÉRAUX. — M. ROZOUET, docteur en médecine, maire de Montreuil, vient d'être élu conseiller général du département de l'Ain.

EXPOSITION UNIVERSELLE DE PARIS EN 1878. — Une exposition universelle des produits agricoles et industriels, s'ouvrira à Paris, le 1[er] mai 1878, et sera close le 31 octobre suivant.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Cochin. — *Médecine*. Service de M. BUCQUOY. Cliniques les mardi et vendredi, à 9 h. 1/2. Salle Saint-Jean (H.) : 3, insuffisance mitrale; 4, rhumatisme articulaire; 5, emphysème avec catarrhe pulmonaire; 7, pneumonie; 9, ramollissement cérébral; 14, cirrhose; 19, cancer abdominal; 21, 25, chorée; 22, saturnisme. — Salle Saint-Philippe (F.) : 1, fièvre rhumatismale, 4, pneumonie; 7, érysipèle; 14, thyroïdite; 22, tremblement hystérique.

Chirurgie. Service de M. DESPRÉS. Cliniques les mercredi et samedi, à 9 h. 1/2. Baraque II (H.) : 7, kyste de l'épididyme avec spermatozoïdes; 8, adénite de la fosse iliaque; 12, épithélioma du nez; 25, contusion de la hanche; 27, hémo-hydarthrose; 33, arthrite sèche, hydarthrose. — Baraque III (H.) : 1, arrachement d'un doigt; 2, adéno-phlegmon du cou; 3, éléphantiasis; 8, abcès par congestion de l'os coxal. — Salle Cochin (H.) : 1, fistule à l'anus; 3, fracture des côtes avec enfoncement de la paroi thoracique; 5, fracture du péroné; 8, épistaxis; entérorrhagie, purpura hæmorrhagica; 15, fracture bi-malléolaire; 16, kératite vasculaire. — Salle Saint-Jacques (F.) : 11, fibrome du doigt (opéré); 12, hématocèle rétro-utérine; 10, hématurie.

Hôpital temporaire. — *Médecine*. Service de M. d'HEILLY. Salle Saint-François (F.) : hématocèle rétro-utérine; 9, rétrécissement mitral; 21, cancer du péritoine; 25, hémianesthésie hystérique; 26, intoxication mercurielle; 3, 18, 32, lésion mitrale. — Salle Sainte-Anne (H.): 13, anévrysme de la crosse de l'aorte; 14, atrophie musculaire progressive; 21, granulie; 19, intoxication saturnine, hémianesthésie et hémiplégie.

Service de M. HAYEM. Salle Sainte-Hélène (H.) : 25, néphrite à frigore; 28, péritonite tuberculeuse. — Salle Saint-Jean (F.): 1, hémiplégie syphilitique; 25, cancer de l'ovaire. — Salle Saint-Louis (F.): 13, syphilis hépatique; 26, hémianesthésie hystérique, 30, bronchite fétide; 3, pneumothorax.

Chirurgie. Service de M. GILLETTE. Salle Saint-André (H.) : 5, phlegmon iliaque; 6, lymphosarcome du cou; 15, phlébite avec purpura hémorrhagica; 25, épithélioma du rectum; 26, fracture ancienne de l'avant-bras, pseudarthrose; 35, corps étranger de l'articulation coxo-fémorale.

Hôpital de la Charité. Service de M. G. SÉE. Salle Saint-Charles : 4, 9, 10, 14, 21, 23, affection cardiaque; 12, 24, maladie de Bright; 7, tuberculose pulmonaire, hémiplégie droite (tumeur cérébrale ?). — Salle Sainte-Anne : 1, 3, 13, affection cardiaque; 12, maladie de Bright aiguë; 17, vertige comitial; 10, 25, hémoptysie.

Service de M. BERNUTZ. Salle Saint-Joseph : 1, chorée hystérique; 3, ulcère de l'estomac; 12, pelvi-péritonite; 13, 25, hystérie; 14, chorée; 19,

kyste facial suppuré. — Salle Saint-Ferdinand : 2, hémiplégie syphilitique; 7, tumeur du foie et ictère chronique; 10, fièvre typhoïde; 22, pleuro-pneumonie; 9, intoxication saturnine, compliquée de goutte.

Hôpital Saint-Louis. M. le Dr Ernest Besnier : Conférences cliniques sur les affections de la peau (clinique et thérapeutique appliquée), tous les *mercredis*, à 8 heures et demie, salles Saint-Léon et Saint-Thomas.

M. le docteur E. Vidal, a commencé le mardi 4 avril, ses conférences cliniques et les continura les mardis et vendredis suivants. Le mardi, à neuf heures et demie, leçon sur les caractères extérieurs et l'anatomie pathologique des affections de la peau. Le vendredi, à huit heures et demie, visite des malades et conférence clinique.

Hôpital des Cliniques. Service de M. Broca (H.) : 13, fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus; 16, luxation de l'extrémité externe de la clavicule; 23, fracture de l'humérus au tiers supérieur; 30, tarsalgie.— (F.) : 1, hystérie ovarienne; 3, luxation du coude en arrière avec fracture ancienne de l'humérus; 5, hystérie, hémianesthésie, ischurie; 44, adénome du sein; 16, fracture du fémur avec plaie; 19, fracture du fémur avec plaie; 19, phlegmon du pli de l'aine; 20, tumeurs mélaniques de l'aisselle.

Hôpital de la Pitié. Service de M. Dumontpallier. Salle Sainte-Eugénie : 1, corps fibreux sous-péritonéal; 2, métrite et périmétrite; 4, colique hépatique; 5, fongosités utérines, phthisie pulmonaire; 6, phlegmatia alba dolens, engorgement ganglionnaire; 10, broncho-pneumonie, 13, hémorrhagie cérébrale, corps fibreux utérin; 18, hydative du foie et du poumon; 19, ataxie locomotrice progressive; 22, hématocèle; 30; pneumonie gauche; 33, carcinôme? stomacal; 36, cirrhose hypertrophique du foie sans ictère; 87, hématocèle rétro-utérine; 40, corps fibreux utérin; 41, polype utérin intermittent; 15, rétrécissement et insuffisance mitrate, albuminurie, pleurésie droite; 46, tumeur fibro-plastique du petit bassin; 48, métrite chronique avec métrorrhagie. — Salle Saint-Raphaël : 1, ataxie locomotrice; 2; id.; 4, dysenterie chronique; 7, ataxie locomotrice; 10, rétrécissement de l'œsophage; 41, ataxie à forme gastralgiques; 14, ataxie, phénomènes bulbaires; 17, érythème arthritique; 22, carcinôme stomacal; 24, mal de Pott; 25, alcoolisme; 29, affection mitrale; 32, gangrène sénile du pied; 37, intoxication paludéenne, cotite ulcéreuse chronique.

Service de M. Desnos. Salle Sainte-Marthe : 2, broncho-pneumonie; 11, Pneumonie double; 8, pleurésie sèche; 12, ataxie locomotrice; 15, rétrécissement mitral. — Salle Geneviève : 37, phlegmon péri-utérin; 10, plenrésie.

Service de M. Verneuil. (Clinique chirurgicale les luudi, mercredi et vendredi. Salle Saint-Angustin : 1, pied-bot varus équin ; 4, abcès de la fosse iliaque ; 8, épitélioma de la veine : 8, périostite phlegmoneuse diffuse chez une femme de 54 ans ; 12, kyste hydatique du foie ; 16, anus contre nature vaginal ; 18, tumeur de la tête; 23, kystes du creux poplité; 25, staphylome cornéen. — Salle Saint-Louis : 2, étropien double ; 6, coxalgie ; 8, fracture de jambe (pointe de malgaique) ; 10, adénite suppurée ; 16, mal de Pott ; 18, papillome de l'anus ; 21, épithéliome de la lèvre inférieur ; 30, rétention d'urine.

4e ANNÉE.— N° 16 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 15 AVRIL 1876.

Le Progrès Médical

MALADIES DES YEUX

ECOLE PRATIQUE. — COURS DE M. LE Dr **E. LANDOLT.**

Du diagnostic des maladies des yeux.

IIIe LEÇON. — **Mouvements des yeux** (1).

Leçon recueillie par M. A. CHARPENTIER.

Messieurs,

Après nous être suffisamment renseignés sur la POSITION des yeux, nous devons maintenant nous occuper de leur DIRECTION.

Le temps nous manque malheureusement pour étudier d'une manière approfondie la physiologie des mouvements des yeux. Quelques mots sont pourtant nécessaires pour aborder d'une manière fructueuse l'étude pathologique de ces mouvements.

Vous savez, Messieurs, que six muscles à fibres striées contribuent à mouvoir le globe oculaire. Tous ces muscles, après s'être insérés pour le plus grand nombre à l'anneau tendineux du trou optique, se rendent au globe oculaire, les uns directement, les autres après réflexion, et s'épanouissent chacun en un large tendon qui se confond avec la sclérotique.

Quatre de ces muscles, qui se rendent directement de l'anneau du trou optique au globe oculaire, ont reçu le nom de muscles droits : on les distingue, d'après leur position, en *droit interne*, *droit externe*, *droit supérieur* et *droit inférieur*.

Un cinquième, le muscle *oblique supérieur*, nait, comme les précédents, de l'anneau du trou optique, mais, après s'être dirigé d'abord en avant, le long de la partie interne de la paroi supérieure de l'orbite, il se réfléchit sur une petite anse fibreuse fixée au bord supérieur et antérieur de cette cavité, et s'insère définitivement à la partie supérieure et externe du globe oculaire.

Le sixième de ces muscles, l'*oblique inférieur*, prend son insertion fixe sur la partie antérieure et interne de la paroi inférieure de l'orbite; il contourne ensuite, dans la direction de la tempe, le globe oculaire, à la partie postérieure et externe duquel il va se fixer.

Les muscles *droit interne*, *droit supérieur*, *droit inférieur*, *petit oblique* ou *oblique inférieur*, sont innervés à la fois par le *moteur oculaire commun* (3e paire nerveuse crânienne) ; quant à l'*oblique supérieur* et au *droit externe*, ils reçoivent chacun un nerf spécial, le premier reçoit le *nerf pathétique* (4e paire), le second le nerf *moteur oculaire externe* (6e paire).

Tous ces muscles ont pour effet de faire tourner l'œil autour d'un point unique, qu'on appelle le *centre de rotation*, point situé sur l'axe antéro-postérieur du globe, à 14 millimètres environ derrière la cornée, et à 10 millimètres devant la face postérieure de la sclérotique dans l'œil emmétrope.

Il est facile déjà de voir d'après leur insertion, que les six muscles de l'œil forment trois paires de *muscles antagonistes*, dont chacune est composée de deux muscles faisant tourner l'œil autour du même axe, mais en sens contraire. Ainsi, le *droit interne* et le *droit externe* font tourner l'œil autour d'un axe vertical.

L'axe de rotation des muscles *droit supérieur* et *droit inférieur* est situé dans le plan horizontal ; il n'est pas tout à fait transversal, mais forme avec la ligne du regard un angle d'environ 67 degrés ; son extrémité nasale est la plus antérieure. Aussi ces deux muscles, outre leur action principale qui est d'élever ou d'abaisser la cornée, ont-ils en outre pour effet de l'incliner légèrement en dedans.

L'axe de rotation des muscles *obliques supérieur et inférieur* est, lui aussi, dans le plan horizontal, mais sa direction est beaucoup plus oblique que celle du précédent, car elle fait avec la ligne du regard un angle de 38 degrés, son extrémité externe ou temporale étant la plus antérieure. Aussi ces deux muscles inclinent-ils la cornée en dehors à un assez haut degré, en même temps qu'ils la dirigent, le premier en haut, le second en bas.

A l'état normal, sauf pour le *droit interne* et le *droit externe*, ces muscles ne se contractent pas isolément, mais sont accouplés diversement pour les différentes directions du regard.

Ainsi, pour le regard direct en haut, le *droit supérieur* et l'*oblique inférieur* unissent leur action ; le regard en bas, au contraire, est produit par la contraction simultanée du *droit inférieur* et de l'*oblique supérieur*. De cette façon, la déviation en dedans que les muscles *droits supérieur* et *inférieur* imprimeraient à l'œil en se contractant isolément, est corrigée par l'action en sens contraire des *muscles obliques*. Mais, quand même un seul muscle suffirait pour chaque direction du regard, il n'y en aurait pas moins une contraction simultanée de tous les autres muscles pour maintenir l'œil dans la position qu'il occupe. Cette tension des muscles de l'œil est, du reste, permanente, car il suffit de les couper pour voir le globe oculaire avancer de quelques millimètres. Dans tous les cas, chaque mouvement d'un œil est normalement accompagné d'un mouvement de l'autre œil.

Complétons ce court préambule, en ajoutant que, dans l'exploration des mouvements oculaires, on a choisi, comme point de départ normal, une position des yeux qui correspond à l'*innervation minimum* de leurs muscles. Dans cette position, que l'on nomme *position primaire*, les lignes visuelles sont dirigées directement en avant, parallèlement l'une à l'autre, et dans un même plan horizontal.

La tâche des muscles de l'œil est de *diriger toujours les deux yeux sur le point de fixation*, en d'autres termes, *de procurer la vision simple avec les deux yeux*. Tout écart à cette règle indique un trouble dans le fonctionnement des muscles de l'œil.

Aussi, toute perturbation des mouvements oculaires se traduit en définitive par l'*impossibilité de diriger les deux yeux ensemble sur le point de fixation*. L'expression de ce fait consiste, pour le malade, dans l'*impossibilité de la vision binoculaire simple*, d'où des symptômes subjectifs tels que l'*asthénopie* et la *diplopie*, pour le médecin, dans la *déviation des yeux* du sujet.

Lors donc qu'un malade se présentera en ayant ses yeux déviés de leur position normale, c'est-à-dire non dirigés ensemble sur l'objet fixé, nous aurons à nous poser les questions suivantes, qui renferment tout le diagnostic :

1° Quel est le sens de la déviation ?
2° Quel est l'œil dévié ?
3° De combien de degrés cet œil est-il dévié ?
4° A quelle cause faut-il attribuer la déviation ?

Pour simplifier l'étude successive de ces différentes questions, en même temps que pour faire saisir toute leur portée, nous allons choisir un exemple.

Un malade vient vous trouver, et vous constatez que les deux yeux ne fixent pas ensemble le même point. Vous devez vous demander tout d'abord quel est le sens de la déviation, en d'autres termes, y a-t-il excès de convergence ou de divergence ? Il y a convergence, quand les lignes visuelles se croisent en avant du point de fixation ; il y a divergence, quand elles se croisent derrière lui.

Ce premier point est facile à déterminer : en faisant re-

(1) Voir les nos 8, 9 et 10.

garder par le malade un objet quelconque, l'extrémité du doigt, par exemple, on voit de suite si les yeux convergent trop ou trop peu. Dans l'exemple que nous avons choisi, nous supposerons que les lignes visuelles s'entrecroisent en avant de l'objet fixé ; le strabisme est convergent. Nous devons maintenant examiner quel est l'œil dévié. En d'autres termes : un excès de convergence étant constaté, à quoi tient-il ? Plusieurs cas peuvent se présenter.

En premier lieu, la convergence peut être produite ou par la paralysie d'un muscle droit externe ou par le spasme d'un droit interne (ce dernier cas est excessivement rare).

Ou bien, sans perte de motilité d'aucun muscle, il peut exister un trouble *dans les mouvements relatifs*, trouble tel, que les yeux n'arrivent jamais à diriger leurs lignes visuelles sur le même point, mais que ces lignes se croisent toujours devant l'objet, quel que soit l'œil qui fixe ce dernier. On a affaire alors à un *strabisme concomitant*. Dans ce cas, le champ d'excursion de chaque œil n'est pas diminué, mais seulement déplacé d'un certain nombre de degrés, plus étendu en dedans, par exemple, et plus restreint en dehors de la même quantité.

Enfin, le strabisme peut être seulement *apparent*. Je veux dire que les centres des cornées, qui nous servent à nous orienter, ou plutôt que les axes cornéens peuvent converger ou diverger sans que pour cela les lignes visuelles cessent de se croiser au point de fixation. Voici pourquoi ce fait est possible : dans l'œil le plus normal, les lignes visuelles ne coïncident généralement pas avec les axes des cornées, mais forment avec ceux-ci un angle qu'on appelle *l'angle α*; or, vous concevez que cet angle puisse être plus ou moins grand suivant les sujets.

Permettez-moi ici d'ouvrir une parenthèse pour vous dire quelques mots de l'angle α, dont vous entendrez parler trop souvent en ophthalmologie pour ne pas vous fixer définitivement à son sujet.

L'*angle* α, avons-nous dit, est l'*angle formé par l'axe optique et la figure visuelle de l'œil*. (*Fig. 51*.)

On appelle *axe optique*, dans un système dioptique centré, la ligne *aa* qui passe par les centres optiques de ce système et qui est perpendiculaire à ses surfaces. Sur l'axe optique sont situés les points cardinaux, entre autres les *points nodaux*, ou le point nodal commun, qui est le centre de similitude du système.

Dans l'œil, ce centre de similitude se trouve dans la partie postérieure du cristallin, en *K*. La *ligne visuelle* est la ligne qui réunit le point fixé (V) et la *macula* (*m*). Cette ligne traverse nécessairement aussi le point nodal, et si la tache jaune était bien centrée, si elle se trouvait sur l'axe optique, la ligne visuelle et l'axe optique coïncideraient. Tout objet fixé serait également sur l'axe optique. Il n'y aurait pas d'angle α. Mais la macula ne se trouve généralement pas sur l'axe optique ; par conséquent ce dernier ne coïncide avec la ligne visuelle qu'au point nodal, et forme avec elle l'angle α dont le point nodal est le sommet.

Dans la grande majorité des cas, la tache jaune est située en dehors de l'axe optique ; l'extrémité antérieure de la ligne visuelle est alors située en dedans, l'axe optique en dehors. Dans ce cas, on donne le signe + à l'angle α, et on dit qu'il est *positif*.

Fig. 51.

Le déplacement de la macula peut être assez considérable pour produire dans certains cas un angle α de 7° et plus. Cela s'observe surtout dans l'*hypermétropie*. Chez les *emmétropes*, l'angle α est moins grand, il est de 3° ou 4° environ.

Les yeux *myopes* ont un angle α encore plus petit, et dans les degrés élevés de myopie, la tache jaune se rapproche tellement du nerf optique, qu'elle arrive quelquefois à le dépasser et se trouve alors à son côté interne. Dans ce dernier cas, l'extrémité antérieure de la ligne visuelle est située en dehors de l'axe optique, et l'angle α est négatif ; on lui donne le signe —.

Ces faits, étudiés par HELMHOLTZ, KNAPP, DONDERS, DOIJER, et constatés par tous ceux qui se sont occupés d'ophthalmométrie, coïncident parfaitement avec des faits analogues que j'ai observés moi-même dans nos mensurations de la distance qui existe entre la papille et la macula. J'ai déterminé cette distance sur 100 yeux pendant la vie, et j'ai trouvé en moyenne 3,9 millimètres pour l'œil emmétrope, et une distance plus grande pour l'œil hypermétrope, plus petite pour l'œil myope (1). DOBROWOLSKY a obtenu des résultats semblables.

Vous comprenez maintenant comment il se fait, que, dans le cas d'un angle α positif, les yeux paraissent diverger, tandis qu'ils semblent converger dans le cas contraire, malgré la bonne direction des lignes visuelles ; l'observateur s'oriente, en effet, sur le centre de la cornée ou de la pupille, par lequel passe ou à peu près, l'axe optique.

Pour déterminer l'angle α, on se sert généralement de l'ophthalmomètre, qui s'y prête très-facilement et très-exactement. Mais comme l'instrument n'est pas à la portée de tout le monde, il me suffira de vous indiquer une méthode moins rigoureuse, mais beaucoup plus simple, que nous devons à M. JAVAL. (*Fig. 52*.)

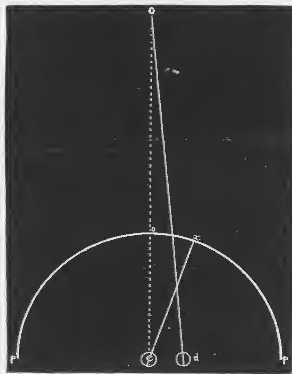


Fig. 52.

On place l'œil à examiner au centre d'un arc gradué, comme dans le périmètre. On lui fait fixer un point (o) qui correspond au sommet de l'arc, et pendant ce temps, on promène le long de l'arc une petite flamme dont on observe le reflet sur la cornée de l'œil examiné. A un certain degré de l'arc, la flamme a son reflet situé juste au milieu de la cornée ; on trouve ce point en suivant du regard la marche de la flamme, de manière à ce que l'œil de l'observateur se trouve toujours placé verticalement au dessous de la lumière. Une fois ce point trouvé, on sait qu'il est situé sur l'axe optique, puisque la flamme est alors en face du centre de la cornée. D'autre part, la ligne visuelle de l'œil observé passe par le point o, que cet œil fixe. L'œil observé étant au centre de l'arc, le degré de celui-ci où se trouve la flamme mesure exactement l'angle α. (*A suivre.*)

(1) Annal d'ottalmologia del prof. Quaglino 1872. I.

CLINIQUE MÉDICALE

Le rhumatisme noueux chez l'enfant.

Par le Dr STOICESCO.

Il y a peu de questions en médecine qui aient soulevé autant de discussions que le groupe des maladies rhumatismales, et quoique pendant longtemps le rhumatisme ait été regardé comme une affection n'atteignant que très-exceptionnellement l'enfant, aujourd'hui, grâce à plusieurs travaux faits soit en France, soit à l'étranger, et notamment en Angleterre, le rhumatisme articulaire aigu est bien étudié, sa place est déjà conquise dans la pathologie infantile. Une autre variété, une autre forme de rhumatisme, celui qu'on désigne sous le nom de *noueux*, est à peu près laissé de côté ; bien qu'elle soit de beaucoup plus fréquente chez les individus âgés que chez l'enfant, son existence pourtant est incontestable.

Pendant notre internat à l'Hôpital des Enfants, dans le service de M. le Dr Bouchut, nous avons eu l'occasion d'en observer trois cas : un que nous avons gardé dans le service pendant plusieurs mois, et dont nous donnerons l'observation en détail, un autre que nous avons vu à la consultation et enfin un troisième malade observé dans le service des chroniques, qui appartenait à cette époque à M. le Dr Archambault.

Une phrase d'un auteur classique, contenue il est vrai, dans un traité de pathologie non spéciale aux maladies des enfants, nous a frappé surtout. En parlant du rhumatisme noueux, l'auteur dit qu'il est inconnu chez l'enfant (1). Quelques recherches faites soit dans des traités spéciaux, soit ailleurs, nous expliquent le peu d'importance qu'on attache à cette maladie pendant l'enfance.

A peine avons-nous trouvé quelques observations, quelques mentions dans les livres français ; les auteurs d'Outre-Manche, Garrod et Fuller entre autres, insistent davantage ; il semble que l'affection soit plus fréquente en Angleterre qu'en France.

Barthez et Rillet, dans leur livre, lui consacrent trois lignes, pas plus, et cela pour le rayer complètement du cadre des maladies : « le rhumatisme goutteux et chronique, disent-ils , étant tellement exceptionnel dans l'enfance qu'on peut sans inconvénients le passer sous silence. » (*Traité sur les maladies des enfants*, par Rillet et Barthez, T. II, p. 114, édit. 1866).— Ces auteurs ont-ils confondu le rhumatisme noueux avec la goutte ? Il nous est difficile de le dire. M. Charcot, dans ses Leçons cliniques sur les maladies des vieillards, nous apprend que l'affection en question a été souvent confondue avec la goutte : « il a quelquefois été désigné sous le nom de rhumatisme goutteux (p. 198). »

Mon maître, M. Bouchut, dans une leçon, publiée par l'*Union médicale* du 22 août 1865, fait ressortir la fréquence des affections rhumatismales chez les enfants; il insiste sur la forme chronique, noueuse, qui peut quelquefois succéder directement à la forme aiguë. Dans son *Traité des maladies des enfants* sur une statistique de cinquante-neuf observations, qu'il a recueillies pendant quelques années, il a deux cas de rhumatisme noueux.

Trois thèses inaugurales remarquables, faites sur le même sujet (Charcot, Trastour 1853 et Plaisance 1858), ne nous fournissent presque aucun renseignement ; dans celle de M. le professeur Charcot, nous trouvons mentionnés quatre malades avant l'âge de vingt ans, sur une statistique de quarante et un cas; bien entendu ces faits ont une très-grande importance, mais réellement, il nous est difficile de répondre d'une façon affirmative si les quatre malades de la statistique de M. Charcot étaient ou non des enfants.

Bouquerel, ancien élève de M. Barthez, dans sa thèse soutenue en 1866 (Quelques réflexions sur certaines formes de rhumatisme dans l'enfance), donne une très-bonne description de toutes les formes de rhumatisme aigu, sans cependant faire une simple mention de la forme noueuse.

(1) *Pathologie interne* de Jaccoud. T. 2. p. 558.

Notre ancien collègue, le Dr Picot (de Genève), signale un cas de rhumatisme noueux chez un garçon âgé de 7 ans, qu'il avait observé pendant son internat, dans le service de M. le Dr Henri Roger. (Thèse de Paris, 1872, p. 7.)

Dans ses remarquables leçons sur les maladies des vieillards, M. Charcot rapporte quatre cas de rhumatisme noueux chez l'enfant. Deux lui sont propres. Dans l'un, il s'agit d'une infirme de la Salpêtrière, qui avait été élevée dans une habitation humide et frappée à l'âge de dix ans ; dans l'autre, c'est une infirme aussi, du même hospice, qui avait vécu pendant son enfance dans une loge humide, et fut prise de rhumatisme noueux à l'âge de seize ans. Le troisième cas, appartient à M. le Dr Laborde : il s'agit d'un garçon, âgé de 8 ans, présentant toutes les déformations caractéristiques de cette variété de rhumatisme et qui fut présenté à la Société de biologie (p. 224). — Enfin le quatrième, c'est une observation recueillie par M. Martel, à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Barthez. L'enfant, âgé de dix ans, fut atteint en plus, pendant son rhumatisme chronique, d'une péricardite, qui, du reste, ne persista pas longtemps. Voilà donc, dans ce petit aperçu, sept cas incontestables de rhumatisme noueux chez l'enfant.

Les trois malades que nous avons observés, étaient des petites filles : Celle que nous avons examinée à la consultation, âgée de huit ans environ, avait depuis deux ans presque toutes les jointures des membres supérieurs atteintes; nous l'avons engagée à entrer à l'hôpital ; après promesse faite, elle est partie et n'est pas revenue.

La malade, qui se trouvait dans le service de M. Archambault pour une coxalgie suppurée, était atteinte de son rhumatisme noueux depuis l'âge de quatre ans. La maladie avait débuté par les poignets; quelque temps après les articulations des phalanges se sont prises; l'enfant accusait des douleurs de temps à autre (renseignements donnés par sa grande-mère). — Un fait sur lequel nous voulons beaucoup attirer l'attention, c'est que la petite malade est atteinte, en outre, d'une affection cardiaque des plus manifeste. Cette coïncidence d'une arthrite noueuse avec une lésion cardiaque est un fait exceptionnel; Beau, dans une leçon faite à l'hôpital de la Charité, publiée par la *Gazette des Hôpitaux*, le 19 juillet 1874, presque à la fin de sa carrière pour ainsi dire, raconte n'avoir vu qu'un seul cas de rhumatisme noueux accompagné de lésions cardiaques.

Les quelques renseignements que nous venons de donner sur ces deux malades sont réellement insuffisants ; les détails manquent, mais la chose principale y est : — nous avons constaté la maladie.

L'observation suivante est plus complète ; pour être certain de l'exactitude des faits, nous avons pris des renseignements près de la mère et du père de l'enfant.

Marie-Lucie Moreau, âgée de six ans et demie, est reçue le 26 févrie 1874 à la salle Sainte-Catherine, n° 32, service de M. le Dr Bouchut. Sa maladie a débuté il y a plus de deux ans; pendant le siége, se trouvant à Bruxelles, elle coucha plusieurs mois dans un sous-sol très-humide ; de retour à Paris, trois ou quatre mois après, l'enfant est prise dans les deux genoux à la fois de douleurs soit spontanées, soit provoquées, tantôt nocturnes au milieu du sommeil, tantôt diurnes pendant les marches, douleurs tellement intolérables qu'elle était obligée de s'arrêter. — Sa mère prétend que pendant ces poussées les genoux étaient un peu enflés, mais que les téguments gardaient leur coloration normale. — Deux mois après l'apparition des premiers symptômes, les articulations phalangiennes, métacarpo-phalangiennes et celles des poignets se sont prises à leur tour ; en outre, de temps à autre, quelques douleurs, sous forme de crampe, se faisaient ressentir le long des cuisses et des bras. Peu de temps après, les articulations des vertèbres cervicales sont le siége de douleurs d'une violence telle, que l'enfant tenait la tête immobile, ne pouvant la remuer ni d'un côté, ni de l'autre. Il semblait que l'humidité exaspérait les douleurs. La maladie eut une période de rémission; l'enfant, grâce aux soins donnés par M. le Dr Letellier, de Grenelle (sirop anti-scorbutique, sirop d'iodure de fer, teinture d'iode en badigeonnage sur les jointures malades), se trouva mieux jusqu'au mois de novembre 1873 ; à cette époque, elle est reprise des douleurs, dans les genoux, qui rendent la marche difficile et pénible. Au commencement de janvier 1874, sa mère remarque que les poignets et les jointures des doigts perdent leur forme.

Quinze jours av[illegible]entrée dans le service, les deux hanches et les ar-

ti ulations cervicales se sont tuméfiées. La marche est complétement impossible, l'enfant est obligée de garder le lit.

X... a eu la rougeole à dix ans et demi ; elle s'est très-bien passée sans accidents. Pas de scarlatine. Aucune autre maladie antérieure. Depuis sa maladie, elle est devenue très-pâle et très-amaigrie, l'appétit a considérablement diminué. L'enfant transpire à peine, les urines sont claires et abondantes. A toujours été bien nourrie. A un frère qui se porte bien. Le père a 33 ans, la mère en a 32 ; l'un et l'autre sont très-bien portants, indemnes d'antécédents, soit rhumatismaux, soit cutanés, ne sont atteints ni d'affections cardiaques, ni de migraine. Sa mère a toujours été très-bien réglée.

L'enfant, de taille moyenne, le jour de son entrée, présentait un teint chlorotique ; la figure paraissait bouffie. L'inspection des jointures malades ne laissait apercevoir aucun changement dans la coloration des téguments, aucune trace de desquamation : point d'œdème périarticulaire.

Voici l'ordre des articulations malades : Les deux genoux, volumineux, donnent un contraste frappant avec la maigreur des cuisses et des jambes (la circonférence du genou gauche mesure vingt-six centimètres et demi, celle du droit vingt-six seulement). Pas d'hydarthrose. Les extrémités osseuses des fémurs et des tibias notablement augmentées de volume. Les mouvements imprimés sont indolents et dans leur limite normale. Au contraire, ceux qu'on imprime dans la hanche droite sont très-limités et douloureux, pourtant aucune déformation appréciable à la vue. Les secousses brusques sur la plante du pied, ayant pour but d'approcher la tête fémorale de la cavité cotyloïde, paraissent un peu douloureuses, mais nous sommes disposé à croire que la peur y contribuait beaucoup.

Aux membres supérieurs, la maladie était limitée aux poignets et aux articulations des doigts. Les deux poignets, considérablement augmentés de volume, en forme de talon de fourchette, simulaient avec beaucoup de ressemblance la déformation caractéristique des fractures du radius à son extrémité inférieure (le poignet droit mesurant en circonférence quatorze centimètres, le gauche quatorze et demi). Les mouvements étaient peu libres et passablement douloureux.

La face dorsale des mains formait une sorte de courbe à concavité postérieure ; les articulations métacarpo-phalangiennes, celles des phalanges avec les phalangettes et de celles-ci avec les phalangines étaient tuméfiées. Les phalanges unguéables en flexion sur les secondes phalanges. Les parties molles des deux mains amaigries.

De ce que nous venons de voir, nous pouvons rattacher ces difformités des mains à la première variété, du premier type, décrite par M. le professeur Charcot dans ses leçons sur les maladies des vieillards.

Avant de passer aux autres symptômes, je ne puis me dispenser, d'attirer l'attention sur deux faits très-importants et d'une assez grande valeur, pour que le diagnostic différentiel entre la goutte et le rhumatisme noueux soit établi d'une façon nette et précise ; nous voulons parler, d'abord de l'état des gros orteils indemnes de toute lésion pathologique chez notre malade, et qui sont, — comme nous le savons — en premier lieu affectés chez les goutteux ; ensuite, nous voulons faire remarquer cette symétrie des jointures malades, symétrie déjà observée par Budd, Romberg et confirmée par M. Charcot.

Le cou élargi à sa partie postérieure ; la tête inclinée en avant et légèrement fléchie sur le sternum, exécute des mouvements fort bornés et douloureux, mais sans craquement. Faut-il ajouter qu'il n'y avait pas de trace de rachitisme ? Point de chapelet au niveau des articulations chondro-sternales, point de difformités rachitiques dans la longueur des membres ? — Le sérum du sang, obtenu par un vésicatoire appliqué sur la région épigastrique et examiné par le procédé du fil, n'a pas donné d'acide urique. Rien du côté des poumons.

Le cœur examiné et observé plusieurs fois avec un très-grand soin ne nous a jamais offert de modifications dans le rhythme de ses battements, non plus que dans le timbre de ses bruits ; nous savons, du reste, que le rhumatisme noueux ne touche que très-exceptionnellement le cœur. — Les fonctions digestives se font bien.

L'enfant transpire très-peu et urine abondamment ; les urines de temps en temps sont chargées d'urates.

Immédiatement après son entrée, X... fut soumise à un traitement énergique ; tout l'arsenal médical fut employé sans aucun succès, le régime tonique, l'huile de foie de morue ; les médicaments les plus vantés, depuis la teinture d'iode administrée à l'intérieur, préconisée par le professeur Lasègue, et jusqu'à la propylamine, sont restés sans aucun effet.

L'enfant, condamnée à rester dans son lit, séjourne à l'hôpital six mois environ, souffrant de temps à autre, soit dans les jointures atteintes, soit le long des cuisses et des bras. — Ses parents l'emmènent chez eux dans le même état qu'à son entrée.

Après cet historique des signes et symptômes que j'ai essayé de retracer, je ne crois pas qu'il puisse y avoir aucun doute sur la nature de la maladie dans le cas que je viens de rapporter ; le début, la marche et les symptômes sont suffisants pour caractériser le rhumatisme noueux. Les douleurs articulaires intolérables, les rétractions musculaires, la multiplicité et la symétrie des jointures simultanément affectées, l'influence pathogénique du séjour prolongé dans un lieu froid et humide, et enfin sa ténacité contre tous les médicaments employés, suffisent à plaider pour le rhumatisme noueux. Après cet exposé, je crois avoir le droit d'affirmer non-seulement son existence chez l'enfant, mais encore la même étiologie et le même ensemble symptomatique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. CHARCOT.

3e LEÇON : **De la cellule hépatique (1).**

(Résumé de la leçon du 27 mars).

Messieurs,

1. Nous vous avons fait connaître, dans les premières leçons, quelques-unes des parties constituantes du lobule du foie ; le moment est venu de vous entretenir de l'élément en quelque sorte spécifique de la région, la *cellule hépatique*. Nous en devons la découverte à Purkinje et Henle. Chez l'homme, nous ne la connaissons que frappée de mort, à l'état de cadavre, pour ainsi dire. Aussi est-ce surtout chez l'animal qu'elle peut être convenablement étudiée.

Lorsqu'on examine les cellules hépatiques, prises par dissociation dans le foie de l'animal vivant, elles se présentent sous la forme de sphéroïdes à facettes, laissant voir, quand ils sont réunis en groupes, des interstices qui dessinent des surfaces polygonales. La configuration géométrique se montre mieux accusée sur les préparations faites après durcissement. Ces cellules dont le diamètre est en moyenne de 0,16 μ (Henle) à 0,018 μ (Kölliker), possèdent un noyau arrondi, ayant un diamètre de 9 μ et pourvu d'un nucléole. Il y a souvent deux noyaux. Certains foies même se distinguent par la prédominance des cellules à deux noyaux (Henle). Chez les jeunes sujets, on rencontre fréquemment de 3 à 5 noyaux (Henle) sans qu'on observe, dans ces cas, la moindre trace de scission. Voilà, Messieurs, des dispositions naturelles et qu'il ne faut pas prendre pour des conditions pathologiques.

Le contenu des cellules est formé par une substance demi-liquide, grenue, offrant dans les conditions normales un état granuleux plus ou moins prononcé qu'il convient aussi de ne pas considérer comme le fait d'une altération morbide, et une coloration jaune ou même verdâtre.

Un examen attentif permet de constater que cet état granuleux est dû à trois sortes de granulations : 1° des granulations pigmentaires biliaires et possédant la réaction caractéristique ; 2° des granulations à bords pâles, qui n'ont pas la réaction de la graisse et qui remplissent pour ainsi dire la cellule ; 3° des granulations à bords sombres, brillants, offrant avec l'éther et l'acide osmique la réaction de la graisse. Ces granulations graisseuses se trouvent à un certain degré chez l'animal et chez l'homme dans une foule de conditions physiologiques, par exemple la *lactation* et la *digestion*.

Tout récemment, M. Kuffer (*Centralblat*, 1876) aurait reconnu, au moins chez la grenouille, que les granulations à bords clairs, correspondent à de petits bâtonnets ou filaments dont ils représentent la coupe optique. Ils seraient analogues aux éléments que Heidenhain a décrits dans les cellules de l'épithélium des canalicules contournés du rein. Englobés dans le protoplasma, ces bâtonnets, doués de mouvements, seraient la cause des mouvements d'ensemble, obscurs, amiboïdes, déjà signalés par Leuckhart (2).

C'est ici le lieu d'appeler votre attention sur les réactions des cellules hépatiques, relativement à la matière glycogène, bien que les notions qu'elles fournissent n'aient pu recevoir

(1) Voir les nos 13, 14 et 15. — (2) Frey. *Traité d'histologie*.

encore, pour des raisons faciles à comprendre, des applications sérieuses à l'anatomie pathologique de l'homme.

On sait que les cellules hépatiques, chez l'animal récemment tué, ont une coloration rouge acajou quand on les traite par la teinture d'iode. Or, sous l'influence de ce réactif, la matière glycogène se colore en rouge brun. Schiff a émis l'opinion que cette réaction s'attachait aux granulations pâles, qui auraient représenté par conséquent la matière glycogène elle-même. Il y a quelques années (1), Bœck et Hoffmann ont réfuté cette interprétation. Ils ont prouvé d'abord que, dans les foies privés de glycose, les granulations existent cependant en nombre considérable, et qu'elles n'augmentent pas dans les foies qui contiennent beaucoup de glycose. Ils disent avoir remarqué, en outre, que la coloration, surtout prononcée autour du noyau, s'étend à tout le protoplasma, s'accentuant toutefois à la périphérie du noyau. La coloration affecte une disposition réticulée, due principalement à ce que les granulations que Schiff prétendait être constituées par de la matière glycogène ne se coloreut justement pas. C'est donc la substance amorphe qui se colore. Et il importe de remarquer que cette description est beaucoup plus en rapport avec ce que l'on sait de la répartition de la matière glycogène dans d'autres éléments anatomiques. Ainsi, d'après M. Ranvier (2), dans les cellules lymphatiques qui présentent la réaction brun acajou, la matière glycogène se répand partout d'une manière diffuse et elle peut s'étendre au-dehors sous forme de gouttelettes. Elle semble, par suite, consister en une substance mölle, d'une consistance qui rappelle celle de la gomme.

II. Je viens de m'appliquer à vous exposer les caractères anatomiques les plus importants qui distinguent, dans les conditions normales, les cellules hépatiques. Cette étude préliminaire était indispensable, car elle nous aidera à mieux mettre en relief les modifications qui sont imprimées à ces éléments par les altérations pathologiques.

Nous allons maintenant étudier ensemble les principales de ces modifications. Je me bornerai, aujourd'hui, à un exposé sommaire. Mainte et mainte fois, eu effet, j'aurai l'occasion, dans le cours de ces leçons, de compléter les descriptions que je vous présenterai actuellement sous forme de simples esquisses. Cela me sera d'autant plus facile qu'il n'est guère d'altération hépatique à laquelle la cellule glandulaire ne prenne une part plus ou moins directe.

III. Voyons, en premier lieu, quelles sont les modifications qui peuvent survenir dans la forme des éléments. Supposons une distension permanente, congestive, des vaisseaux du foie, s'exerçant principalement dans le système de la veine hépatique et ses ramifications, phénomène qui se produit fréquemment dans l'insuffisance mitrale et dans certaines lésions extensives et invétérées des poumons. En pareil cas, la dilatation d'abord transitoire, puis permanente de la veine centrale et de la zone capillaire qui y atteint immédiatement, a pour effet de déterminer une compression toute mécanique des éléments cellulaires.

Dans cette circonstance, sur des coupes transversales du lobule, on observe, ainsi que nous le dirons plus amplement en faisant l'histoire du *foie cardiaque*, une dilatation plus ou moins considérable de la veine centrale, le plus souvent avec épaississement de la gaîne conjonctive environnante, laquelle, à l'état normal, est à peine visible. On remarque en même temps que les vaisseaux de la veine centrale sont, eux aussi, considérablement dilatés. Cette distension des capillaires a pour effet que les rangées de cellules hépatiques, intermédiaires aux vaisseaux radiés, sont aplaties à un haut degré et que, sur certains points même, elles out complétement disparu.

Ce phénomène se retrouverait encore dans le cas où une tumeur, un abcès auraient refoulé excentriquement les cellules hépatiques, qui prennent souvent, en pareille circonstance, l'apparence de cellules conjonctives fusiformes. C'est là une apparence à laquelle il ne faut pas se laisser prendre : l'état granuleux de la cellule, sa teinte jaunâtre et d'autres caractères encore suffiraient pour prévenir cette erreur anatomique. Il est si vrai qu'il s'agit là d'un phénomène purement mécanique que, *post mortem*, il est possible de produire sur le foie d'un animal cet aplatissement des cellules, en introduisant un corps étranger dans la substance du foie. C'est ce que démontrent les recherches de M. L. Mayer (1).

IV. Quoiqu'il en soit, une atrophie complète, allant parfois jusqu'à la disparition totale de l'élément, peut être une conséquence de cette compression. Mais il est d'autres modes d'atrophie cellulaire, ceux, par exemple, qui succèdent à une insuffisance nutritive, développée lentement. Ainsi, dans l'altération du foie, connue sous le nom d'*atrophie sénile*, d'*atrophie pigmentaire*, les cellules hépatiques se montrent très-petites, ratatinées, sans présenter, toutefois, les altérations de la dégénération granulo-graisseuse. De plus, elles contiennent habituellement des granulations qui paraissent coustituées par la matière coloraute de la bile. Le foie est alors petit, finement grenu, en raison de la diminution de volume des lobules, et il sécrète une bile noire et épaisse.

V. En manière de contraste, nous devons relever l'hypertrophie, souvent très-marquée, que nous offrent les cellules hépatiques dans certains cas de diabète. Dans une première période, le foie des diabétiques est volumineux, à peu près de consistance et de coloration normales. Il est facile de reconnaître que cette *hépatomacrosie* n'est pas uniquement le résultat d'une congestion active et de s'assurer que les cellules spécifiques ont réellement augmenté de volume, sans altération de texture, en même temps que les bords anguleux qui les circonscrivent se sont arrondis. Les noyaux paraissent aussi très-volumineux. Klebs (1) et Rindfleisch assurent que la réaction glycogène, même avec une solution faiblement iodée, en pareil cas, est très accentuée. Ceci, je le répète, ne concerne que la première période de l'altération diabétique du foie, car, plus tard, l'atrophie succède souvent à l'hypertrophie, et, simultanément, les cellules hépatiques subissent, à un certain degré, l'altération granulo-graisseuse.

L'hypertrophie des éléments cellulaires hépatiques se voit encore dans la *leucémie* et dans la *pseudo-leucémie* ou *adénie*. On l'observe, enfin, non plus d'une façon générale et diffuse, mais partiellement, cette fois, dans divers cas de cirrhose ; alors, quelques éléments cellulaires semblent s'hypertrophier dans plusieurs lobules, comme pour suppléer à la destruction d'un certain nombre de ces éléments (2).

VI. Parmi les altérations les plus vulgaires que la cellule hépatique peut subir, il faut citer au premier rang l'infiltration et la dégénération graisseuses.

A. Vous savez que, dans les conditions normales, il existe à peu près d'uue manière constante, quelques granulations ou gouttelettes graisseuses, à la vérité très-discrètes, dans le protoplasma de la cellule hépatique, surtout dans l'espèce humaine. Sans sortir de l'état physiologique, par exemple chez la femme eu lactation, dans les heures qui suivent la digestion, la quantité de graisse infiltrée est telle qu'il se forme de grosses gouttelettes dont la présence a pour effet de refouler sur un des côtés de la cellule le protoplasma en même temps que le noyau, rappelant ainsi une disposition bien connue pour les cellules adipeuses sous-cutanées. Cette même infiltration se rencontre quelquefois, à un degré analogue, mais d'une façon permanente, dans le foie gras des phthisiques, des individus cachectiques, etc. La cellule, en semblable circonstance, n'est pas détruite, elle est simplement distendue et il n'y a aucun doute que la graisse disparaissant — comme on le voit par l'exemple de la lipomatose physiologique — le protoplasma et le noyau pourraient reprendre leur place, en même temps que la cellule tout entière récupérerait à la fois les dimensions et l'aspect de l'état normal.

B. L'infiltration ne doit pas être confondue avec la dégénération granulo-graisseuse ; c'est là une distinction que je m'efforcerai d'établir nettement lorsque le moment sera venu. Qu'il me suffise de relever, quant à présent, que le caractère fondamental de la dégénération est fondé sur ce que le protoplasma s'altère et se détruit progressivement. La graisse en quantité variable, que renfermeut alors les cellules peut résulter : 1° d'une transformation chimique qui s'est opérée aux dépens de la substance même du protoplasma; 2° ou bien d'une sorte de substitution, d'infiltration consécutives.

Une simple tuméfaction de la cellule, avec augmentation de son opacité relative, accroissement du nombre des granulations protéiques et graisseuses qui existent toujours à l'état normal (tuméfaction trouble) constitue fréquemment le pre-

(1) *Virchow's Archiv*, 1872.
(2) Traité d'histologie, p. 266.

(1) *Ueber die W[illegible]er Lehr. Miend...*, 1872.
(2) Klebs, *loc. cit.*, P. 379.

mier terme de cette dégénération. Au dernier terme, il s'agit d'une destruction totale de l'élément, qui n'est plus représenté que par un petit amas de granulations graisseuses plus ou moins cohérentes, le contour cellulaire et la masse du protoplasma ayant disparu.

D'une façon générale, on peut dire que la destruction cellulaire par le procédé que je viens de décrire peut revêtir deux formes principales : la forme aiguë ou même suraiguë, et la forme lente.

a) Un exemple de la première forme nous est donné par l'altération hépatique connue sous le nom d'*atrophie jaune aiguë du foie*. Sur certains points de l'organe ainsi altéré, ceux qui ont une coloration brun acajou contrastant avec la couleur jaune d'or des autres parties, les cellules hépatiques peuvent être complétement détruites et n'être plus représentées que par un détritus granulo-graisseux. La disparition d'un grand nombre d'éléments cellulaires, en pareil cas, s'accompagne de modifications profondes dans la composition chimique du foie. C'est ainsi que, sous forme cristalline, on trouve, soit immédiatement, lors de l'autopsie, soit un peu plus tard, des amas de *leucine* et de *tyrosine*. Ces cristaux sont souvent en quantité telle qu'ils paraissent oblitérer la lumière de vaisseaux volumineux. La leucine et la tyrosine, dont je vous entretiendrai bientôt, sont des corps azotés analogues par leur constitution élémentaire à l'acide urique et à l'urée, moins oxydés que ces derniers. Je dois vous signaler à ce propos le fait suivant : la production de l'urée et de l'acide urique semble devoir être comptée, si l'on en croit des recherches récentes, parmi les fonctions les plus importantes du foie. Cette production de la leucine et de la tyrosine, au lieu et place de l'urée et de l'acide urique, paraît être un phénomène vital. En effet, pendant la vie, dans les cas d'atrophie jaune aiguë du foie, il est de règle que la leucine et la tyrosine se montrent dans l'urine en même temps que l'urée y fait défaut ou n'y est plus que dans une proportion très-minime.

b) Le même processus de destruction des éléments cellulaires du foie, sur une grande échelle — se montre encore, mais cette fois d'une façon *lente*, dans différents cas d'altérations chroniques du foie consécutives à l'oblitération permanente des voies biliaires. Le foie qui, d'abord, en général, devient plus gros et prend une couleur vert-olive, subit à un instant donné une atrophie plus ou moins rapide. On y reconnaît, à l'autopsie, quelques-uns des caractères macroscopiques de l'atrophie jaune sur lesquels nous insisterons prochainement. De plus, le microscope y décèle l'existence d'une destruction plus ou moins généralisée et plus ou moins accentuée des cellules hépatiques. C'est même dans ces circonstances que la destruction totale des cellules hépatiques a été notée pour la première fois par deux auteurs anglais, Williams et Budd. Il n'est pas inutile de faire remarquer que la présence de la leucine et de la tyrosine (Harley) au sein du tissu hépatique a été plusieurs fois reconnue dans ces cas d'*atrophie jaune consécutive* et que là aussi, comme dans l'atrophie aiguë, on observe des phénomènes cliniques se rapportant au symptôme *ictère grave*. J'aurai soin, plus tard, de démontrer que, contrairement à l'opinion de Rokitansky et Dusch, cette destruction des cellules hépatiques n'est pas le résultat de l'action de la bile et en particulier des acides biliaires sur les tissus.

VII. Les cellules hépatiques peuvent encore devenir le siége de l'altération amyloïde. Dans le foie, de même que dans les autres viscères, cette altération débute par les capillaires artériels et ne se répandrait que secondairement sur les éléments glandulaires. C'est là un point que nous aurons à traiter en détail. Toujours est-il que l'altération se prononce primitivement dans la zone moyenne du lobule. Les cellules hépatiques, altérées de la sorte, paraissent plus volumineuses, leurs contours sont arrondis, obtus. Elles ont un aspect vitreux, un certain degré d'opalescence. On en rencontre quelquefois des séries tout entières, confondues les unes avec les autres, leurs limites n'étant plus marquées que par un léger étranglement (Rindfleisch). Elles offrent d'ailleurs, par l'action de la teinture d'iode, la coloration rouge brun passant au bleu pâle lorsqu'on ajoute de l'acide sulfurique.

VIII. Je mentionnerai, en dernier lieu, l'altération pigmentaire des cellules hépatiques, qui est à proprement parler une exagération des conditions normales. Dans certains cas de rétention biliaire ancienne, elle peut aller jusqu'à la formation de petits grains ou graviers verts de biliverdine qui occupent quelquefois presque la moitié du corps de la cellule.

Telles sont, Messieurs, les principales formes de lésions élémentaires des cellules hépatiques. Nous aurons maintes fois l'occasion d'y revenir et d'indiquer en même temps la part qu'elles prennent dans la constitution des diverses espèces anatomo-pathologiques que nous étudierons dans la suite de ces leçons.

(A suivre.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

De l'anémie pernicieuse progressive.

Depuis quelques années, on décrit en Allemagne une forme d'anémie spéciale, qu'on appelle anémie pernicieuse progressive. Les premiers travaux relatifs à cette question datent de 1871. A cette époque, Gusserow (1) publia cinq cas presque identiques d'anémies extrêmes chez des femmes enceintes, observées à Zurich, par cet auteur lui-même, dans un intervalle de deux années. Quelques mois plus tard, Biermer (2) décrivait cette forme d'anémie sous la dénomination qu'elle conserve encore aujourd'hui. Depuis lors, un grand nombre d'observations furent publiées (Immermann (3), Gfrörer (4), Ponfick (5), mais l'affection n'était plus spéciale aux femmes grosses ; on l'avait constatée chez des hommes dans plusieurs cas bien déterminés.

Un article intéressant du professeur Immermann, de Bâle, publié dans le traité de pathologie de Ziemssen (6), résume enfin la somme des connaissances relatives à cette question. Mais si les opinions sont encore divergentes en ce qui concerne la nature même de la maladie, les auteurs toutefois peuvent être d'accord sur le terrain de la clinique, et savent ce que l'on doit entendre sous le nom d'anémie pernicieuse progressive. Les caractères essentiels de l'anémie pernicieuse progressive peuvent être résumés, comme le fait Immermann, de la façon suivante :

1° Absence totale de données étiologiques ; 2° pauvreté excessive du sang, accompagnée de modifications considérables de l'appareil circulatoire ; débilité rapidement croissante ; 3° mouvements fébriles inexpliquables par l'état anatomique des organes ; 4° caractère progressif de cette anémie, et marche essentiellement pernicieuse, car jusqu'à ce jour tous les moyens thérapeutiques n'ont pu réussir à l'enrayer ; 5° absence d'atrophie des organes ; conservation intacte du pannicule adipeux ; absence de leucémie et d'accroissement de la rate ou des ganglions lymphatiques.

D'autres symptômes encore, inconstants il est vrai, mais fréquent néanmoins et par là même utiles au diagnostic, peuvent être rangés dans une catégorie de symptômes secondaires ; tels sont : les vertiges, les palpitations, certains phénomènes psychiques, comme on en observe dans quelques anémies extrêmes ; enfin, les hémorrhagies qui peuvent se produire dans tous les organes (cas de Schumann (7) et particulièrement les hémorrhagies rétiniennes.

Plus fréquente chez les femmes, ainsi que la chlorose, l'anémie pernicieuse progressive s'attaque aussi aux hommes, et surtout dans la période de l'âge adulte. Les causes ordinaires des anémies peuvent être considérées comme des circonstances prédisposantes ; les grossesses répétées à de courts intervalles semblent avoir eu quelquefois une influence possible sur le développement de la maladie.

(1) *Arch. f. Gynækologie.* Bd· II. 1871, S. 218.
(2) *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte.* 1872, n° 1.
(3) *Deutsch. Arch. f. Klin. medicid.* Bd. XIII, p. 209.
(4) *Memorabilien* XIX, 1874. — (5) *Berl. Klin. Wochenschrift*, 1873.
(6) *Handb. d. spec. Path. und Therapie.* Bd. XIII.
(7) *Ueber einen Fall von Progr. dern. Anamie.* — Inaug. dissert. Freiburg. in Br. 1875.

Les cas de Biermer, observés pendant un laps de temps relativement restreint dans une contrée fort limitée, ont pu être attribués aussi à une influence endémique. Mais cet ensemble de circonstances si variées au milieu desquelles on a vu naître l'affection, et souvent chez des sujets d'une santé jusque-là excellente, ne peut donner sur ses causes véritables que des renseignements tout-à-fait inconstants.

Le début est presque toujours insidieux; chez les femmes grosses, on observe quelquefois de la fièvre. Puis, tôt ou tard, survient une décoloration extrême des téguments, des lèvres, des conjonctives, la nutrition restant normale en apparence. La maigreur, signe fort rare, n'apparaît jamais que très-tard, lorsque la mort est imminente, et alors que déjà se sont déclarés quelques accès fébriles.

Les malades ne tardent pas non plus à ressentir des palpitations, souvent violentes; le mouvement détermine parfois une dyspnée extrême. Les fonctions digestives sont quelquefois troublées par des crises dyspeptiques.

Les malades peu à peu deviennent indolents, puis profondément apathiques, et un jour vient où ils sont obligés de garder le lit pour ne plus se relever.

Les organes des sens ont perdu leur délicatesse; l'ouïe diminue dans certains cas d'une façon notable (Schumann (1). Puis, ce sont des étourdissements, des vertiges, des hallucinations, et de temps à autre des mouvements fébriles, sans relation apparente avec les phénomènes qui précèdent, Cette fièvre correspond à une élévation de température qui rarement dépasse 40°; et la fréquence du pouls ne suit que très-irrégulièrement les mouvements de la ligne thermique. Enfin, arrive la période des hémorrhagies; elles se produisent à la surface des muqueuses, dans les cavités séreuses, dans les centres nerveux, dans les muscles (Schumann) et presque toujours dans la rétine. Ces dernières ont, selon Biermer, une importance capitale. Les hémorrhagies ont lieu quelquefois à une période moins avancée de la maladie. Dans des cas exceptionnels, elles en ont été pour ainsi dire le premier signal.

Comme dans la dernière période de presque toutes les cachexies, des œdèmes, des hydropisies se déclarent, si abondamment parfois, qu'on serait tenté de croire à une grave affection des reins. Il n'en est rien pourtant: les urines ne renferment jamais d'albumine, ou du moins les exemples de ce fait ont été excessivement rares. Rien dans la constitution du sang ne peut faire supposer que l'on ait affaire à une leucémie vraie; le rapport numérique entre les globules rouges et les globules blancs reste normal dans la plupart des cas. Mais le chiffre total de ces éléments a prodigieusement décru.

Au premier rang, parmi les signes physiques de la maladie, on doit signaler les bruits anormaux du cœur et des vaisseaux. Le bruit normal de la systole est masqué par un souffle intense, et quelquefois si prononcé qu'on pourrait croire à une lésion valvulaire. On l'entend à la pointe comme à la base, et dans les vaisseaux du cou se révèle le signe bien caractérisé de la chlorose et de l'anémie.

La mort est la conséquence fatale de cette anémie pernicieuse. Elle arrive généralement après quelques semaines de maladie, lorsque le début a eu lieu pendant la grossesse. En dehors de ce cas, elle tarde davantage, et la durée de l'affection peut être de plusieurs mois.

L'ensemble des lésions organiques que les autopsies révèlent se présente presque toujours d'une façon à peu près identique. On est frappé d'abord de l'extrême pâleur de toutes les muqueuses, et de la décoloration du sang. A l'ouverture du thorax, on trouve les poumons perméables à l'air, imbibés de sérosité; quelquefois on voit à leur surface de petits foyers hémorrhagiques. Les plèvres sont le siége d'un épanchement plus ou moins abondant, quelquefois séro-sanguinolent.

Le péricarde offre souvent des lésions toutes semblables. Le cœur un peu dilaté, un peu flasque, est d'une couleur jaunâtre sur laquelle se détachent des plaques graisseuses tout-à-fait jaunes. La substance charnue s'est montrée envahie par le processus hémorrhagique dans l'observation de Schumann: jusque dans les muscles papillaires on distinguait un sablé rouge foncé, indiquant l'existence de nombreux petits foyers sanguins. Quant aux valvules des orifices, elles sont ordinairement saines. Les lésions qu'on observerait dans ces organes seraient indépendantes de la maladie.

La couleur jaune de la masse charnue du cœur tient à une dégénérescence graisseuse bien caractérisée, et dont l'existence, constatée dans toutes les observations, a permis de supposer un instant que cette lésion était un peu spéciale à l'anémie de Biermer et de Gusserow.

D'anciennes observations furent comparées aux nouvelles et l'on retrouva un nombre assez considérable de faits qui, par leur forme clinique, purent être rapprochés de l'anémie pernicieuse, et dans lesquels on avait également constaté la dégénérescence graisseuse du cœur. [Zenker (1), Wagner (2), Corraza (3), etc.]

Des travaux importants parurent en Allemagne sur cette forme anatomo-pathologique. Ponfick (4), dans une série de leçons publiées en 1873, étudia les lésions cardiaques des formes anémiques les plus diverses, et il s'assura de la similitude presque absolue de ces lésions dans des variétés cliniques très-dissemblables. La dégénérescence graisseuse du cœur observée dans l'anémie pernicieuse progressive perdait ainsi beaucoup de sa valeur. Quelques mois plus tard, Perl (5) résolut de décider par des expériences si, chez un individu bien portant, une anémie survenant tout d'un coup ne pourrait pas déterminer la lésion dégénérative du cœur que Virchow avait signalée déjà depuis des années, et sur laquelle Ponfick venait de rappeler l'attention des observateurs. Sur des chiens robustes, on pratiqua des saignées plus ou moins abondantes, et les animaux ayant été sacrifiés après un certain temps, il fut aisé de reconnaître l'existence d'une dégénérescence adipeuse dans toute l'étendue de la masse charnue du cœur, et cette dégénérescence était d'autant plus accentuée que la perte du sang avait été plus copieuse et plus rapide.

Dans l'appareil circulatoire, on trouve d'autres lésions encore. Dans le cas de Schumann, on observa une étroitesse tout-à-fait anormale de l'aorte. Cette particularité anatomi-

(1) *Loc. cit.*

(1) *Jahresbericht der gese[illegible]chaft fü[illegible] Natur. u. Heilkunde*, [illegible].
(2) *Arch. f. phys. Heilkunde*, 1859, Bd XVIII.
(3) *Schmidt's jahrbuch.*, 1872, B[illegible] 15[illegible].
(4) *Berl. Klin. Wochenschrift*, 187[illegible] N° 1 ff.
(5) *Arch. f. path. an. und phys. und f. Klin. medicin.* [illegible].

2

que a été signalée depuis longtemps par Virchow chez les anémiques. Gusserow, Biermer, Immermann l'ont cherchée et ne l'ont pas trouvée; il ne faut donc plus lui attribuer une bien grande importance. Mais les parois vasculaires présentent des modifications de structure bien caractérisées. Ponfick y fait seulement allusion; elles consistent surtout dans une transformation graisseuse des tuniques artérielles et spécialement de la tunique musculaire. Autour des petits vaisseaux, on constate ordinairement la présence de noyaux abondants et de corpuscules sanguins déformés. Ces altérations anatomiques s'observent dans tous les organes, dans le cerveau, dans l'intestin, dans le foie, dans le cœur lui-même.

Dans les organes abdominaux les lésions sont peu apparentes. Le foie, lisse et pâle, a conservé son volume normal; mais, à l'examen microscopique, on constate que les cellules sont remplies de granulations graisseuses. La rate n'est pas hypertrophiée : à la coupe, on trouve cet organe d'une consistance ordinaire, et sur la surface de section peuvent se montrer çà et là quelques taches hémorrhagiques. Dans l'intestin grêle et dans le gros intestin, il n'y a pas de lésions de la muqueuse. Mais l'épaisseur du tissu sous-muqueux a considérablement augmenté; on trouve un grand nombre de noyaux dans les mailles de ce tissu; on y trouve aussi du pigment et quelques corpuscules sanguins plus pâles que d'habitude. Cette disposition s'est montrée tout à fait identique dans la couche sous-muqueuse des parois de l'estomac.

Les capsules surrénales, le pancréas n'offrent rien de particulier à signaler. Mais on a plusieurs fois noté une hypertrophie notable des ganglions mésentériques. Les reins, comme tous les autres organes d'ailleurs, sont d'une pâleur extrême. La substance corticale et la substance médullaire sont d'un blanc uniforme; on constate au microscope que l'épithélium des canalicules contient un grand nombre de fines granulations, et que les mailles du tissu voisin des glomérules renferment une quantité notable de cellules et de noyaux.

Enfin, dans l'encéphale les éléments nerveux sont conservés mais la névroglie est remplie d'éléments nucléaires. De plus, on a observé dans les vaisseaux une disposition assez remarquable. Dilatés de place en place, ils présentaient dans le cas de Schumann une dégénérescence graisseuse bien caractérisée; au niveau de ces points dilatés, les globules sanguins étaient accumulés en masses considérables, et autour des vaisseaux on put constater la présence de petits foyers hémorrhagiques très-nombreux.

Les hémorrhagies sont inconstantes dans l'anémie pernicieuse progressive. Il peut se faire même qu'il n'en existe pas. Ces lésions ne se sont produites dans aucun des cas de Gusserow. D'autres fois, au contraire, on en constate la présence dans toutes les parties du corps, dans les viscères, à la peau, dans les muscles, et alors presque toujours dans la rétine. Les hémorrhagies rétiniennes, visibles à l'ophthalmoscope pendant la vie, sont plus nombreuses au voisinage de la papille et le tissu lui-même est rempli de corpuscules sanguins.

Telles sont en résumé les lésions qu'on observe le plus ordinairement chez les individus qui succombent à l'anémie pernicieuse. Il en est une autre, qui vient d'être signalée dans une observation très-complète du professeur Pepper (1): c'est l'hyperplasie du tissu lymphatique de la moelle des os. L'importance de ce fait nous forcera d'y revenir dans un prochain *Bulletin*. E. BRISSAUD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 *avril* 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. HAYEM, en achevant la communication commencée dans la séance précédente, fait ressortir l'intérêt de ses recherches anatomo-pathologiques au point de vue de la connexion des segments de la moelle avec les parties constitutives du bulbe. Un fait unique ne saurait être concluant : mais en réunissant un certain nombre d'observations concordantes, on pourra faire la lumière sur ce point si obscur. Ainsi, en ce qui concerne les pyramides antérieures, on voit qu'elles ont été respectées dans son observation d'ataxie locomotrice, intéressant les faisceaux postérieurs et les cornes antérieures de la moelle : au contraire, dans le cas de sclérose bilatérale, la lésion s'est étendue jusqu'à la partie postérieure-externe des pyramides et la partie antérieure des olives. Dans les dernières, la sclérose, respectant les cellules, a frappé la substance blanche. Des coupes au niveau du collet du bulbe font voir la sclérose se portant des faisceaux latéraux sur la partie postéro-externe des pyramides.

M. PICARD indique un procédé opératoire qui lui a permis d'étudier les effets de l'arrêt de la circulation dans la veine porte, aussi bien qu'après la ligature de ce vaisseau. Il consiste à injecter de l'air dans le système porte par la veine rectale.

M. BADAL communique à la Société une méthode nouvelle pour mesurer la grandeur des cercles de diffusion sur la rétine, sans que l'on ait besoin de tenir compte, comme on le fait aujourd'hui, de la grandeur de l'ouverture pupillaire.

MM. JOLYET et REGNARD présentent un appareil destiné à étudier la respiration chez les poissons. Des recherches qui seront ultérieurement publiées, faites par ce procédé, donnent des résultats contraires à ceux fournis par M. Gréhant.

M. COUTY fait part à la Société d'expériences pratiquées sur des grenouilles; il est permis d'en conclure que la section des racines postérieures médullaires n'a pas d'influence sur la nutrition des parties innervées par les nerfs correspondants. Aucun trouble trophique n'a été constaté sur les membres ainsi anesthésiés pendant un temps assez long, six mois dans un cas. Cependant, dans deux expériences, il y eut de l'arthrite de l'articulation du genou et dans une expérience de l'œdème. Mais ces phénomènes peuvent être attribués à l'attrition de la moelle ou du ganglion intervertébral.

M. RAYMOND communique une observation intéressante au point de vue des localisations corticales, sur laquelle nous aurons occasion de revenir. . . . .
. . . .

L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 *avril* 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. BOULEY présente une pièce pathologique se rapportant à une lésion que l'on a rarement l'occasion de voir sur les animaux et même sur l'homme. C'est une fracture incomplète d'un tibia de cheval. La fêlure est longitudinale et oblique; elle part de l'extrémité inférieure et interne de l'os et se prolonge jusqu'à l'extrémité supérieure. Cette lésion est assez commune chez les chevaux; mais on ne la constate pas souvent sous forme de pièce anatomique, parce que ou bien l'animal guérit, ou bien la fêlure s'achève et il se produit une véritable fracture. La cause de ces fêlures du tibia est une forte contusion de l'os, un coup d'un cheval voisin par exemple. L'animal auquel appartenait ce tibia a subi le traumatisme ordinaire; mais il est mort d'une complication que les vétérinaires observent assez fréquemment, la douleur. Ce

(1) Pepper. — *The Amer. Journal of the medical Sciences.* October 1875.

cheval souffrait horriblement, au point qu'il est tombé dans un abattement profond, s'est couché sans vouloir se relever et a succombé d'épuisement par suppuration à la suite d'eschares survenues au niveau de tous les points saillants du corps, eschares provoquées par le décubitus prolongé. L'inflammation de l'os a été considérable ; le périoste s'est décollé et la prolifération de la substance osseuse s'est effectuée jusqu'à une certaine distance de la fêlure ; elle s'est même propagée du côté du centre, puisque le canal médullaire est très-rétréci par la formation des couches osseuses nouvelles. A propos de ces fractures, il faut signaler le point suivant : quand l'animal souffre, il ne se sert pas de son membre et la cicatrisation se fait rapidement ; quand l'animal ne souffre pas, il semble guéri, il recommence à travailler, et sous l'influence d'un effort un peu considérable, l'os se fracture complétement.

L'Académie procède à l'élection d'un membre associé. La liste de la commission présente, par lettre alphabétique, *ex æquo*, MM. Fabre, Leudet, Jules Roux. Nombre des votants 68 ; majorité absolue : 35.

Au premier tour de scrutin ont obtenu M. Fabre 46 voix ; M. Leudet 14 ; M. Jules Roux 7 : 1 bulletin blanc. En conséquence M. Fabre est nommé associé de l'Académie.

M. Lefort lit des rapports au nom de la commission des eaux minérales. — M. Personne lit des rapports au nom de la commission des remèdes secrets. — L'Académie se forme en comité secret à 4 heures 1 1/4. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances du 7 janvier 1876. — Présidence de M. Charcot.

1. Kystes dermoïdes des ovaires. — Kystes séreux de la trompe ; par M. Féré, interne provisoire.

Cette pièce a été recueillie sur une femme de 82 ans, morte d'une pneumonie dans le service de M. Charcot.

Les ovaires sont rétractés, fibreux et ridés. Ils sont surmontés de chaque côté par une tumeur du volume d'un œuf de poule. La tumeur du côté gauche est dure, de consistance calcaire; celle de droite est moins résistante et donne à la pression une sensation de petits craquements. Toutes deux sont constituées par une coque fibro-calcaire très-épaisse à gauche, plus mince à droite, remplie d'une substance butyreuse jaune, composée de granulations graisseuses au milieu desquelles on rencontre quelques cristaux de cholestérine et de margarine. Chaque tumeur renferme en outre un peloton de poils du volume d'une noix; ces poils sont roux dans le kyste droit et brun foncé ou noirs dans le gauche ; on ne distingue pas leur point d'implantation sur la paroi incrustée de sels calcaires.

Sur l'ovaire gauche on trouve en outre deux kystes séreux de la grosseur d'une noix. Toutes ces tumeurs ne présentent aucune adhérence avec les organes voisins. Vers le milieu du trajet de la trompe gauche, on trouve deux dilatations kystiques du volume d'une petite noisette séparées par un canal perméable d'un centimètre de long à travers lequel on peut faire refluer le contenu d'un kyste dans l'autre. La paroi de ces kystes de la trompe est fibreuse et transparente et offre le même aspect que celle de petits kystes séreux de l'ovaire. — Le liquide contenu est aussi séreux.

2. Oblitération du vagin ; par M. Féré, interne provisoire.

Cette pièce provient d'une femme de 84 ans, morte dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière.

L'utérus est déformé par deux tumeurs fibro-calcaires, sous-péritonéales. Les ovaires raccornis présentent un aspect fibreux, mais peu de rides. — On ne trouve pas trace d'hymen ni de caroncules et cependant c'est à peine si le doigt peut pénétrer dans le vagin, et il est arrêté à 3 centimètres de la vulve où le conduit se termine en cul-de-sac à 5 centim. du col. Cet espace est rempli par une sorte de ruban fibreux, épais de 2 ou 3 millimètres et large d'un centimètre, qui va s'épanouir sur l'orifice externe du col utérin qu'il ferme complétement. Le cordon fibreux est tapissé en arrière par le péritoine dans une étendue de 3 centimètres. Cette disposition eût rendu dangereuse une tentative de restauration.

Cette oblitération du vagin paraît congénitale, mais l'on n'a aucun renseignement sur les symptômes que la femme a pu présenter pendant la période menstruelle.

4. Dégénérescence kystique des reins avec commencement de généralisation dans le foie ; par V. Komorowski, externe des hôpitaux.

Au mois de juillet 1874, entrait à la Maison de santé (service de M. Ed. Labbé) une malade de 46 ans, qui se plaignait de douleurs sourdes dans la région lombaire droite.

Cette femme, qui avait eu autrefois plusieurs attaques de fièvre intermittente, disait avoir fait, à l'âge de 42 ans, une chute dans un escalier, et avoir ressenti alors de vives douleurs dans les lombes; un mois après était survenue une hématurie qui ne cessa qu'au bout de 25 jours pour reparaître bientôt. La menstruation était irrégulière, mais les hémorrhagies rénales n'avaient point le caractère d'un flux supplémentaire. A 43 ans, la malade eut une nouvelle hématurie, qui reparut encore l'année suivante au commencement et à la fin d'une pneumonie. L'hématurie ne s'est plus jamais reproduite, mais les douleurs n'ont point diminué. Entrée à 46 ans dans nos salles, la malade accuse, outre ces douleurs profondes et continues, une sensation de pesanteur et de gêne qui l'empêche de marcher commodément. A l'examen de la région endolorie, on a sous la main une sensation d'empâtement manifeste; l'exploration de l'abdomen permet de reconnaître, à la place occupée par le rein droit, une tuméfaction dure, rénitente et élastique, qui, sans limites précises au niveau du rebord des fausses côtes, descend en s'arrondissant vers la fosse iliaque. La matité s'arrête en bas à un ou deux travers de doigt au-dessus d'une ligne horizontale qui passerait sur l'épine iliaque antérieure et supérieure ; elle se confond en haut avec la matité du foie et existe en arrière dans toute la région lombaire.

La douleur s'exaspère par la moindre pression. Il n'y a d'ailleurs ni rougeur, ni œdème de la peau, ni ascite, ni œdème des membres inférieurs. Les urines ne contiennent pas d'albumine. La malade n'a jamais eu de coliques néphrétiques; jamais de graviers dans ses urines.

On appliqua successivement des ventouses et des vésicatoires; des bains furent ordonnés ; on fit des injections sous-cutanées de morphine ; les douleurs, un certain temps plus légères, revinrent toujours avec la même intensité.

En août et septembre, il y eut à plusieurs reprises des selles purulentes. L'urine ne présentait rien de particulier. Cependant la santé de la malade semblait décliner ; elle mangeait très-peu et se plaignait d'un malaise général; en octobre, elle eut de la fièvre pendant plusieurs jours (la reproduction de ce mouvement fébrile avait fait penser à un abcès périnéphrétique) ; on s'était demandé, d'autre part, en raison des hématuries répétées, des douleurs sourdes, de la tuméfaction avec sensation de tumeur dure arrondie et un peu lisse, s'il ne s'agissait pas d'une tumeur de mauvaise nature ayant envahi le rein. Aussi la ponction qu'on avait pu croire indiquée tout d'abord fut-elle toujours différée.

En novembre, les vomissements devinrent fréquents ; la malade mangeait à peine, se nourrissant seulement de lait et accusant un dégoût profond pour la plupart des aliments. Déjà, depuis quelque temps, elle se plaignait de douleurs occupant la tête et ne la quittant que de temps à autre; une insomnie persistante en était résulté.

Le 16 décembre, après d'assez vives émotions, la malade tomba tout-à-coup paralysée de tout le côté gauche ; sept jours après elle mourait.

Autopsie. On trouva dans le cerveau un vaste foyer sanguin, de la grosseur d'un œuf de poule siégeant dans la partie centrale du lobe moyen du côté droit, empiétant un peu sur la corne sphénoïdale du corps calleux, sans communication avec le ventricule latéral. Le cœur est légèrement hypertrophié, sans altération valvulaire.

Il existe dans la région rénale droite une grosse tumeur bosselée, qui adhère en partie au duodénum et à la face infé-

rieure du foie ; et qui est formée par le rein dont la surface est recouverte de grosses vésicules arrondies, serrées les unes contre les autres ; on ne trouve point de pus dans le tissu cellulaire ambiant.

Le rein pèse environ 28 grammes : il a une longueur de 17 centimètres sur 9 centimètres de largeur, celui du côté opposé est le siége d'altérations tout-à-fait analogues. Les saillies arrondies qui recouvrent inégalement les deux faces de chaque rein forment des bosselures de dimensions variables, de la grosseur d'une lentille à celle d'une noix, ou même d'une pomme. La coloration varie d'une teinte citrine au rouge brun.

A la coupe, chaque moitié du rein présente une multitude de vacuoles occupant les deux substances corticale et médullaire qui sont altérées à ce point que toute distinction est impossible; les kystes ne communiquent pas entre eux, et sont séparés les uns des autres par des brides fibro-celluleuses de couleur rougeâtre. Le contenu des kystes est très-variable; (sérosité citrine assez limpide; une matière tremblotante comme gélatineuse, sang altéré, sanie puriforme ou même du vrai pus.)

L'analyse cbimique a été faite par M. Taillout, interne en pharmacie du service et voici les résultats auxquels il est arrivé :

Réaction légèrement acide		
Densité	1013	
Matières solides	26	grammes
— minérales	2.90	
— fer	0.323	
— chlore	0.148	
Acide sulfurique	des traces	
— chaux	id	
— urée	2.37	
— matières grasses	1.40	
— albumine totale	20.60	
Albumine réelle précipitée par l'alcool et insoluble dans l'eau	5.90	
Hydropisine et métalbumine	14.70	

Aucune communication de ces kystes avec les calices ou le bassinet qui sont sains ainsi que l'uretère à droite. Rien à signaler du côté de la veine.

Le rein gauche était le siège des mêmes altérations qu'à droite, et cependant la malade ne s'était que très-rarement plainte de ce côté.

Cette dégénérescence hystique qui altérait totalement la substance des deux reins avait commencé à envahir le foie ; on voyait, en effet, sur la face supérieure vers la région moyenne une série de petits kystes aplatis gros comme des lentilles, transparents, blanchâtres, tout à fait superficiels et pénétrant à peine de 3 à 5 millimètres dans la substance propre du foie; On n'en trouva pas ailleurs. — Les autres organes n'étaient le siège d'aucune altération importante.

En résumé, nous avons eu affaire à un cas de *dégénérescence kystique des deux reins avec commencement d'altération kystique du foie;* les phénomènes de suppuration limitée à certains kystes rendent compte des périodes passagères de fièvre ainsi que des selles purulentes. Les accidents gastro-intestinaux et la mort par bémorrbagie cérébrale peuvent être attribués à l'urémie; comme l'a supposé M. Lancereaux dans deux cas tout-à-fait semblables à celui-ci.

L'*Examen histologique* des pièces a été fait par M. Malassez qui a reconnu les altérations suivantes :

Tous les kystes du foie sont revêtus intérieurement par un revêtement épithélial formé d'une seule coucbe de cellules polyédriques ou cylindriques, mais toujours aplaties. On trouve également des cellules cylindriques caliciformes plus ou moins rapprochées les unes des autres. Toutes ces cellules contiennent un noyau arrondi ou ovalaire. Le liquide de ces kystes, limpide et transparent, n'a pu être examiné.

Quant aux parois, elles sont formées par un tissu conjonctif fibreux dont les faisceaux sont généralement disposés en lignes concentriques parallèles à la surface kystique. Les parois assez minces du côté de la cavité péritonéale, se continuent du côté du foie avec du tissu fibeux assez abondant qui s'interpose entre les lobules. Le microscope a permis de reconnaître dans ce tissu fibreux interlobulaire avoisinant les kystes et leurs parois de petites cavités kystiques qui ne sont généralement pas sphériques comme les cavités plus grandes, mais bien disposées en boyaux et en lignes irrégulières ; ces cavités irrégulièrement allongées s'anastomosent comme des glandes. La préparation offre, du reste, un véritable aspect glandulaire. Les cavités les plus superficielles se prolongent ainsi avec les plus profondes.

Entre les lobules du foie, à une certaine distance des principales cavités kystiques, on remarque que le tissu fibreux est assez développé et contient des conduits épithéliaux ; ce sont de petites cavités tubulées tapissées par un épithélium polyédrique et même cylindrique. On ne saurait distinguer les plus fins conduits des conduits biliaires. En résumé, c'est là *une forme de tumeur kystique comparable aux tumeurs kystiques du testicule et de l'ovaire.*

On ne saurait dire si les kystes sont des néoformations ou s'ils procèdent des conduits biliaires dilatés. — Ajoutons que le tissu bépatique, sauf la cirrhose et les tractus celluleux qui s'observaient au voisinage des tumeurs kystiques, était sain. — Dans les reins les lésions paraisssent être complétement semblables : mêmes cavités, même épithélium, mêmes parois fibreuses et même propagation dans le tissu fibreux. — Quant au tissu du rein, dont les cellules épitbéliales étaient graisseuses et bypertrophiées, il était trop altéré pour qu'on pût rien spécifier.

3. Ictère chronique par rétention de la bile. — Calculs des voies biliaires. — Hémorrhagies multiples : par Cuffer; interne des hôpitaux.

X..., 44 ans, entrée à l'hôpital Necker, salle sainte-Anne, nº 25, (service de M. le Dr Potain) le 30 décembre 1875, morte le 4 janvier 1876.

Cette femme dans les antécédents de laquelle on ne trouve aucune maladie sérieuse, aucune trace de coliques hépatiques, fut prise subitement il y a 3 ans, à la suite d'une émotion très-violente, d'un ictère très-marqué. Il est intéressant de préciser les circonstances dans lesquelles est survenu l'ictère ; la malade bien portante, mais ayant ses règles, se rend chez une personne à qui elle avait à réclamer de l'argent. Elle y est insultée, frappée et violemment émue. Les personnes qui l'entourent, la voyant malade, vont cbercher un médecin et celui-ci arrivant de suite la trouve déjà jaune, atteinte d'un ictère évident. Les règles s'étaient suspendues et ne reparurent plus que dans les derniers jours de la maladie sous forme de métrorrbagie.

A partir du jour où survint l'ictère, les fonctions digestives se troublèrent, la malade eut des vomissements très-fréquents, elle ne pouvait conserver aucun aliment ; les forces diminuèrent progressivement, l'amaigrissement alla constamment en augmentant. A aucun moment, cette malade n'eut de la fièvre. Enfin l'ictère ne diminua pas un seul instant malgré un traitement énergique que suivit la malade. Les selles restèrent décolorées, diarrhéiques parfois, les urines furent toujours très-foncées.

A son entrée dans le service, le 30 décembre 1875, l'état cachectique de la malade était si profond, les vomissements alimentaires si persistants, l'ictère tel, qu'on ne pouvait s'empêcher tout d'abord de présumer l'existence de quelque cancer de l'estomac et du foie.

Cependant l'absence des symptômes caractéristiques de la maladie, son début singulier et par-dessus tout sa très grande ancienneté éloignaient de ce diagnostic sans qu'il parût possible d'en établir aucun autre d'une façon plus positive.

2 *janvier* 1876. La malade a le ventre douloureux sans ballonnement, la langue sèche, le pouls petit est accéléré, 124 pulsations, pas d'augmentation de la température. Pas de vomissements. — Pas de selles.

3 *janvier*. Les vomissements reparaissent, mais ils ont changé de nature ; ils ont l'apparence du marc de café ; les selles contiennent du sang.

On observe des ecchymoses sur différents points du corps. De plus, la malade a des épistaxis, et, depuis deux jours, une métrorrhagie très-abondante.

L'état général est très-grave, l'abattement très-prononcé. Pouls toujours rapide. — Température normale.

En présence des vomissements noirs apparus depuis 2 jours, M. Potain pense, mais encore sous toutes réserves, qu'il y a peut-être carcinome stomacal.

Quant aux autres hémorrhagies, on doit les rattacher à une altération profonde du sang due à la persistance de l'ictère depuis 3 ans. — Mort le 4 janvier.

AUTOPSIE *faite le 5 janvier*. On ne trouve aucune lésion de l'estomac, la muqueuse est un peu ramollie, mais ne présente nulle part d'ecchymoses, ni d'ulcérations. Cependant on trouve dans l'estomac une légère quantité de liquide noirâtre semblable au vomissement observé le 3 janvier. L'examen microscopique de ce liquide permet de constater des globules sanguins très-nombreux, très-pâles.

L'intestin grêle, sur une longueur d'un mètre environ, présente des lésions très-marquées. La muqueuse est boursouflée, épaissie; on y trouve de nombreuses ecchymoses, et dans sa cavité une grande quantité de liquide, en tout semblable à celui qui était contenu dans l'estomac. — C'est ce liquide qui a dû refluer de l'intestin dans l'estomac.

Foie. Le foie est volumineux, son poids est de 2 kilog. 25. Il a l'aspect extérieur d'un foie ictérique. *A la coupe*, il donne l'apparence de l'*atrophie jaune aiguë*. Il a la consistance de chiffons mouillés, c'est-à-dire qu'il est flasque, se laisse étirer facilement; il est mou, mais non friable.

Les canaux intra-hépatiques sont très-dilatés, surtout dans le lobe gauche, remplis de bile.

En examinant le canal hépatique, on le trouve oblitéré par un calcul volumineux qui se continue avec un autre calcul beaucoup plus gros, en forme de corne, situé dans le canal cholédoque. — Le canal cystique contient également un calcul enchâtonné dans une dépression de la muqueuse du canal. Tous ces canaux sont très-dilatés. — Les 3 calculs réunis pèsent à peu près 12 grammes. — Ils n'oblitèrent pas entièrement la lumière du canal cholédoque; du reste, nous avons vu plus haut que l'intestin grêle contenait une certaine quantité de bile mêlé à du sang. — La vésicule biliaire ne contient que très-peu de liquide biliaire, elle est atrophiée.

A l'*examen microscopique* du foie, à l'état frais, on ne trouve pas les lésions de l'atrophie aiguë, comme semblait l'indiquer l'examen macroscopique; les cellules ne sont pas atrophiées, leurs contours sont très-nets ainsi que les noyaux. Le protoplasma est, il est vrai, granuleux, mais *il n'y a presque pas trace de granulations graisseuses*.

Les *ganglions* sont ramollis, d'un vert foncé.

Les *reins* sont jaunâtres, très-anémiés, de volume normal. On trouve dans le rein droit un kyste de la grosseur d'une noisette, rempli de sang. C'est une hémorrhagie qui s'est produite dans ce kyste. — La *rate* est volumineuse, peu ramollie. Elle mesure 16 cent. de longueur.

Les *poumons* sont congestionnés; il y a quelques adhérences pleurales. Enfin, le *cœur* a son volume normal, il n'y a pas d'altération valvulaire, mais le muscle cardiaque est un peu ramolli. Les fibres musculaires cardiaques, examinées au microscope, ont perdu en grande partie leur striation, et renferment des granulations graisseuses en grande quantité.

Muscles striés. La plupart des fibres musculaires (grand pectoral) ont conservé nettement leur striation; quelques-unes ont subi la dégénérescence granuleuse simple. — Pas de granulations graisseuses.

RÉFLEXIONS. En l'absence de toute colique hépatique antérieure et en présence d'un ictère à début presque instantané, on était peu autorisé à supposer l'existence de calculs biliaires et l'on se demandait comment un ictère évidemment spasmodique au début avait pu persister ensuite aussi longtemps. D'autre part, l'état de cachexie profonde, les vomissements persistants et le melæna imposaient presque a la période ultime l'idée du cancer de l'estomac.

L'autopsie, en montrant les calculs volumineux retenus dans les voies biliaires, a fait voir qu'il s'agissait purement d'un ictère chronique par rétention, avec troubles considérables des voies digestives et cachexie, terminé par des accidents hémorrhagiques qui en furent la conséquence ultime et parurent dus à un commencement d'altération du parenchyme hépatique tendant à l'atrophie aiguë.

Le calcul des voies biliaires existait-il déjà au moment où l'ictère s'est subitement produit et a-t-il été par sa présence, une prédisposition à l'état spasmodique dont cet ictère fut la conséquence immédiate? ou bien faut-il croire qu'il s'est formé consécutivement à la rétention de la bile que le spasme avait amenée? c'est ce qu'il ne paraît guère possible d'affirmer avec certitude, bien que la première supposition soit la plus vraisemblable.

Il reste acquis au point de vue clinique que le début subit d'un ictère, sa cause occasionnelle évidemment spasmodique, et l'absence de toute colique hépatique ne doivent pas faire exclure l'idée de la présence d'un calcul biliaire.

M. CHARCOT. Il arrive assez fréquemment qu'une oblitération des voies biliaires ne donne lieu pendant un certain temps qu'à l'ictère chronique; puis tout d'un coup se manifestent les accidents hémorrhagiques ou comateux de l'ictère grave, sans qu'à l'autopsie on rencontre les lésions caractéristiques de l'atrophie jaune aiguë.

L'ictère grave constitue un syndrome commun à plusieurs affections du foie; l'atrophie est une des causes qui peuvent y donner lieu, mais la destruction rapide des cellules hépatiques n'est pas la condition de l'ictère grave.

M. MOUTARD-MARTIN. La présence d'un calcul rend suffisamment compte de l'ictère qu'il n'y a pas lieu de considérer comme spasmodique.

M. CHARCOT. Certains calculs enchâtonnés peuvent rester longtemps sans s'accompagner de jaunisse. Cruveilhier en a cité des exemples. A un moment donné, un déplacement du calcul, qui ne donne pas lieu nécessairement à la colique hépatique, produit une oblitération. On peut admettre pour le cas présent qu'un spasme des voies biliaires ait produit tout-à-coup l'obstruction. D'ailleurs l'écoulement de la bile semble n'avoir pas été suspendu complétement; le foie n'a pas une coloration vert olive foncé, il n'y pas trace d'angiocholite suppurée.

M OLLIVIER. La malade, dit M. Cuffer, était fort amaigrie; dans ces cas d'obstacles prolongés au cours de la bile, la mort est parfois amenée par une véritable phthisie hépatique; une obstruction même imparfaite peut donner lieu à des phénomenes d'intoxication, et j'ai vu, en pareille circonstance, se produire une hémorrhagie cérébrale en même temps que des hémorrhagies multiples.

M. CHARCOT. Ce fait présente un autre intérêt. La santé est peu compromise pendant deux ou trois ans, et tout d'un coup apparaissent des symptômes graves. On peut trouver peut-être la cause de ce changement dans les altérations rénales qui sont presque constantes, si j'en juge d'après mes propres observations et celles qui sont consignées dans les auteurs.

Les éliminations devenant insuffisantes, l'intoxication se produit, absolument comme on voit dans la maladie de Bright se manifester des signes d'empoisonnement après l'ingestion de doses modérées d'opium de mercure ou de digitale.

M. HAYEM. M. Cuffer a signalé l'état graisseux du cœur; dans toutes les autopsies d'ictériques j'ai trouvé des altérations musculaires pouvant aller jusqu'aux ecchymoses et à la rupture même, comme dans les maladies infectieuses. Peut-être les bruits de souffle cardiaque que l'on a réellement signalés dans l'ictère sont-ils liés aux lésions du myocarde comme on le voit dans la fièvre typhoïde, l'érésypèle, etc.

M. CUFFER fait observer que malgré l'état de dégénérescence avancée du cœur, il n'y avait pas de bruit de souffle chez la malade dont il présente les pièces.

M. HAYEM. C'est surtout dans les cas aigus que l'on constate des souffles; dans les états chroniques, ou noté plutôt l'affaiblissement du premier bruit.

6. Squirrhe du sein droit chez un homme de 72 ans; par MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

La pièce présentée offre tous les caractères du squirrhe; elle provient d'un homme de 72 ans. Ce malade avait vu se développer peu à peu, lentement sans douleurs, particulièrement violentes, une petite tumeur au-dessous du mamelon droit. On ne pouvait pas invoquer comme étiologie les traumatismes répétés auxquels on rapporte si souvent le déb... de l'affection.

Au moment où nous vîmes le malade, la tumeur offrait le volume d'une grosse noisette; elle était dure, adhérente à la peau, non ulcérée. On ne sentait dans l'aisselle qu'un seul ganglion très-petit. La tumeur fut enlevée au bistouri par M. Gosselin, et trois ganglions altérés durent être extirpés de l'aisselle (1).

M. Hayem. D'après les faits consignés dans une thèse récente, il paraît démontré que le cancer se développe à un âge plus avancé chez l'homme que chez la femme et qu'il reconnaît fréquemment chez le premier une cause traumatique.

7. Corps fibreux de l'utérus. — Grossesse et accouchement incomplet; mort; par M. G. Auger, interne des hôpitaux.

Le 27 décembre 1875, à minuit, entrait à Lariboisière (salle Sainte-Anne), une femme âgée de 40 ans, Joséphine S....., qui, au dire de la sage femme qui l'accompagnait, était en travail depuis le lundi 20 décembre, époque à laquelle avait eu lieu la rupture de la poche des eaux. L'enfant se présentait par le siège et dans la nuit du 25 décembre, un médecin, appelé par elle, aurait introduit la main dans le vagin et aurait amené le tronc au dehors. Dans les efforts de traction le cou se serait déchiré et aujourd'hui cette femme aurait encore la tête et le placenta dans l'utérus. A la suite de l'expulsion du tronc une dose de 1 gramme de seigle ergoté a été administré par la sage-femme.

Interrogée sur ses antécédents, cette femme dit s'être toujours bien portée, ses règles venaient régulièrement. Mariée à 33 ans elle est devenue veuve au bout de 7 mois, et pendant ce temps, son mari, qui avait quelques connaissances en médecine, aurait constaté un rétrécissement du bassin, et aurait évité qu'elle devint mère.

Ses règles sont venues pour la dernière fois dans les premiers jours du mois de juin 1875. Sa grossesse serait donc aujourd'hui arrivée au septième mois. Elle s'est toujours bien portée pendant tout ce temps, jamais elle n'a senti remuer son enfant. La sage femme dit du reste avoir constaté qu'il était mort dès le mercredi 20 décembre.

A son entrée à l'hôpital, cette femme vigoureusement constituée sans trace de rachitisme, était pâle et très-fatiguée; M. J. Lucas-Championnière constate l'état suivant : L'utérus est volumineux, il remonte à 2 ou 3 travers de doigt au dessus de l'ombilic; il est dans un état de contraction permanente légèrement douloureux à la pression et présente une dureté remarquable.

Par le toucher, on trouve le col très-élevé, œdématié, complètement déformé, il laisse pénétrer la troisième phalange de l'index, mais son orifice supérieur est complètement fermé et on ne peut arriver sur aucune partie fœtale. Ecoulement fétide par la vulve. Devant cet état du col on ne peut agir, et l'on fait des injections désinfectantes intra-utérines.

Le 28, le 29 le 30, l'état général va en s'aggravant, quant à l'état local, il n'y a aucun changement. M. Tarnier, consulté, est d'avis de ne pas intervenir; la malade succombe le 31 décembre 1876.

Autopsie pratiquée le 2 janvier 1876. On constate à l'ouverture de l'abdomen, une péritonite généralisée. L'utérus remonte à 18 centimètres au dessus du pubis. Il est globuleux et à sa partie antérieure on voit 5 ou 6 petites tumeurs fibreuses du volume d'un marron, faisant saillie à sa surface. Lymphatiques et ganglions sains. On enlève l'utérus et le vagin et la mensuration du bassin donne 11 centimètres pour son diamètre antéro-postérieur.

Sur la face postérieure de l'utérus, vers l'insertion du col, on constate une tumeur fibreuse d'un diamètre de 5 centimètres.

Le vagin et l'utérus sont incisés sur leur face antérieure. Le vagin est intact, on trouve une petite déchirure du col de l'utérus du côté droit. Dans l'utérus, on constate la présence d'un débris de placenta, complètement détaché, du volume d'un œuf de poule, et une masse aplatie qui paraît être la tête; la face est complètement broyée, la mâchoire inférieure a disparu, le maxillaire supérieur et les os du nez sont écrasés complètement. Les os du crâne paraissent intacts, mais la cavité crânienne est vide et ne contient plus de substance cérébrale. Dans la paroi de l'utérus faisant de légères saillies, on trouve un certain nombre de corps fibreux du volume d'une noisette à celui d'une grosse noix. Enfin dans la paroi latérale gauche, et faisant saillie dans l'utérus, de façon à occuper à moitié de sa cavité, il existe un énorme corps fibreux mesurant 14 centimètres de diamètre. La paroi utérine légèrement incisée permet d'arriver sur cette tumeur et de l'énucléer complétement.

(1) Depuis la présentation, le malade a succombé à un érysipèle gangréneux.

8. Oblitération de l'aorte abdominale et des artères iliaques primitives par un caillot.— Paraplégie subite; par M. Barié, interne des hôpitaux.

Le nommé S..... Barthélemy, ouvrier mineur, âgé de 47 ans, fut pris, il y a dix ans environ, de rhumatisme articulaire aigu généralisé, pour lequel il fut soigné pendant deux mois à l'hôpital d'Evreux.

Depuis cette époque, il fut atteint, à diverses reprises, de douleurs rhumatismales qui l'obligeaient souvent à quitter son travail pendant quelques semaines; tout fait supposer qu'il avait de plus, et depuis longtemps déjà, une affection cardiaque, car il signale divers accidents qu'il convient de rapporter à l'asystolie, tels que : œdème des membres inférieurs, dyspnée, étourdissements fréquents, battements de cœur, etc.

En 1874, après plusieurs journées passées au froid humide, il fut atteint d'une broncho-pneumonie gauche; je constatai alors les signes d'un rétrécissement mitral, avec asystolie. Au bout de trois semaines, le malade guéri de sa pneumonie, quittait l'hôpital.

Le 21 janvier 1875, il entrait à la Pitié, dans le service de M. le docteur Desnos, pour des accidents asystoliques, avec catarrhe bronchique; à cette époque, le bruit de piaulement avait disparu, on trouvait encore un très-léger souffle à la pointe au premier temps, mais ce qui dominait surtout, c'étaient les irrégularités et la faiblesse des battements cardiaques. Au bout de sept semaines environ, il quittait nos salles, son état s'étant considérablement amélioré.

Le 19 mars, le malade rentrait dans notre service, ramené par une poussée aiguë de bronchite; il sortait de l'hôpital le 4 juin.

Le 21 juin, le malade était ramené sur un brancard, à la Pitié : il venait d'être subitement pris, chez lui, d'hémiplégie de la face et des membres du côté gauche, avec aphasie. Il fut alors transporté dans les salles de M. le professeur Lasègue, qui voulut bien, sur notre demande, le faire passer dans le service de M. Desnos, le 27 août.

A cette époque, l'hémiplégie s'était amoindrie, ainsi que l'aphasie. Six semaines environ après sa rentrée, le membre inférieur avait recouvré en partie sa motilité, le bras seul restait encore paralysé, et ce ne fut que plus tard qu'il reprit peu à peu ses fonctions, sous l'influence de l'électrisation méthodique.

L'aphasie elle-même avait à peu près disparu. Nous ne trouvons plus de bruit de souffle au cœur, mais des irrégularités nombreuses.

22 *novembre*. — Depuis trois semaines le malade se levait et se promenait dans la salle, quand le matin au moment de la visite, il se plaignit de douleurs très-vives à l'épigastre, suivies bientôt de vomissements abondants. Dans la journée, il avait de très-vives coliques, et était pris de diarrhée (10 à 12 selles, très-abondantes), les unes complétement sanguinolentes, les autres glaireuses et filantes; — Epreintes douloureuses. Il s'agissait sans doute, d'une colite simple, consécutive à l'ingestion trop considérable d'aliments peu digestifs.

1er *décembre*. — Le malade, qui n'avait cessé de se plaindre pendant toute la journée, pousse un cri violent vers 8 heures du soir, on s'approche de lui, et *on trouve qu'il est devenu subitement paraplégique*.

2 *décembre*. — Le matin à la visite, nous trouvons le malade dans l'état suivant :

Paralysie complète de la motilité et de la sensibilité des deux membres inférieurs : la peau des cuisses et des jambes

est froide et légèrement visqueuse; larges plaques violacées disséminées sur tout le tégument. On ne sent pas le battement des fémorales ni des pédieuses. — Température : membre droit, 26°; membre gauche, 22°.

Les deux membres sont dans une sorte de raideur tétanique, et retombent tout d'une pièce, quand on les soulève. — C'est avec peine, et en employant toute sa force musculaire, qu'on peut imprimer à la jambe un léger mouvement de flexion sur la cuisse. — La vessie est distendue par un demi-litre d'urine, qu'on évacue par la sonde.

En présence de ce signe important et subit : paraplégie complète, et vu les antécédents cardiaques du malade, M. Desnos porta le diagnostic : oblitération subite de l'aorte par un caillot sanguin, et c'est dans ce sens qu'il fit une communication sur ce sujet à l'Académie de médecine, dans la séance du 4 janvier.

Le soir, je trouvai le malade dans le même état; les larges taches violacées des membres inférieurs s'étaient étendues et avaient pris une teinte noirâtre; je remarquai en outre, que le bras gauche était un peu raide, et les doigts de la main, fortement contractés dans la flexion. Rien dans le membre supérieur droit. Dans la journée, le malade a eu plusieurs hématémèses, ainsi que des selles involontaires noirâtres. — Je sonde le malade et retire de la vessie une urine sanglante. — Un peu de dyspnée, râles trachéaux. — T. R. 36°,4 ; R. 60 ; P. 60. — Le malade, qui jusqu'à la fin, avait conservé toute sa connaissance, meurt à 10 heures du soir.

Autopsie pratiquée le 5 décembre à 8 heures du matin. — *Encéphale.* — Un petit foyer de ramollissement blanc, occupant seulement une partie du noyau lenticulaire de l'hémisphère droit. — Les artères de la base de l'encéphale sont normales ; elles ne renferment pas de caillots.

Poumons. — Congestion pulmonaire intense des deux poumons. — *Cœur.* — Très-hypertrophié. — Rétrécissement considérable de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. — La valvule mitrale très-épaisse dans toute son étendue, est complétement lisse, et ne présente ni nodosités, ni ulcérations. — Le *ventricule gauche*, pas plus que les autres cavités cardiaques, ne renferme de caillots volumineux ; on y trouve du sang noir très-fluide, dans lequel on peut à peine trouver quelques petites concrétions sanguines. — L'*orifice aortique* et les *sigmoïdes* n'offrent rien de particulier à signaler.

Aorte. — En disséquant avec soin l'aorte, dans toute son étendue, depuis le ventricule gauche jusqu'à sa division en iliaques, nous trouvons que la membrane interne n'est pas malade, mais, à deux centimètres au-dessus de sa division, l'aorte est oblitérée complétement dans toute sa lumière, par un caillot sanguin noirâtre, très-adhérent à la membrane interne ; il est résistant, il ne se déchire pas sous la pression du doigt. Ce caillot qui a les dimensions suivantes:

Longueur dans l'aorte.......	0,025 millim.
Largeur —	0,020 —

se bifurque, de même que l'aorte, et va se continuer, sans ligne de démarcation, jusqu'à la terminaison des artères iliaques primitives. Dans les artères iliaques primitives, de la même structure que dans l'aorte, adhérent, résistant. Des iliaques primitives, le caillot se prolonge de chaque côté, dans l'iliaque interne, l'iliaque externe et la fémorale. Mais, dans ces vaisseaux, il n'a plus la même texture, il est mou, noirâtre, diffluent, sans adhérence à la membrane interne. Du côté droit, le caillot s'étend jusqu'à deux centimètres au-dessus de la poplitée ; à gauche, il est un peu moins long. Dans les artères hypogastriques, le caillot cesse brusquement au moment de la division de ces artères.

L'*artère rénale droite* est occupée par un caillot de 5 centim. de long, qui n'a pas la moindre communication avec celui de l'aorte ; il cesse au niveau de l'entrée de l'artère dans le hile. Les *artères du tronc cœliaque* sont normales, ainsi que les deux *artères mésentériques*, que j'ai pu suivre très-loin, sans y rencontrer le moindre caillot. Le *foie*, la *rate* et les *reins* sont normaux ; on n'y trouve point d'infarctus.

Estomac. — La muqueuse est congestionnée. — La cavité stomacale est remplie de sang noirâtre, à moitié digéré. *Intestins:* Congestion très-intense de la muqueuse du gros intestin ; on aperçoit, sur la muqueuse rectale, qui est violacée, quelques petites exulcérations en cupules.

Réflexions. — Les résultats nécroscopiques sont venus confirmer en tous points le diagnostic porté pendant la vie : oblitération de l'aorte abdominale par un caillot sanguin. L'histoire de ce malade, qu'on pourrait rapprocher des cas de paraplégie ou de claudication intermittente par oblitération vasculaire, dont MM. Barth, Charcot, Guéneau de Mussy, Ollivier et quelques autres auteurs ont rapporté des observations, — présente quelques points intéressants à relever.

a, En premier lieu, nous signalerons la *rigidité tétanique absolue des membres inférieurs*, fait extrêmement rare, puisque M. Charcot pense qu'elle n'a été observée jusqu'ici, que dans les membres supérieurs ; rappelons, à ce propos, que nous avons trouvé le bras et la main gauche contracturés dans la flexion, vingt-quatre heures seulement après l'apparition de la paraplégie.

b. Nous avons vu que le malade avait eu, dans les derniers temps, différents accidents hémorrhagiques :

L'oblitération de l'artère rénale droite nous rend compte aisément des hématuries ; il n'est pas aussi facile d'expliquer les hématémèses, car malgré tout le soin que nous avons apporté à la dissection, aussi loin que possible, du tronc cœliaque et des deux artères mésentériques jusque dans leurs branches les plus fines, il nous a été impossible d'y trouver la moindre coagulation sanguine. Nous rappellerons cependant l'état congestif intense de la muqueuse stomacale, et de celle du rectum.

c. Enfin il n'est pas aisé de décider si nous avons affaire dans l'aorte à un caillot autochtone ou embolique, les caractères fournis par la coagulation elle-même, ne sauraient nous éclairer beaucoup sur ce point ; cependant, malgré l'aspect absolument lisse de la mitrale et l'absence de caillots volumineux dans le cœur, il serait peut-être plus rationnel de songer à la possibilité d'une embolie, en se reportant à la brusquerie et à la permanence de la paraplégie.

M. Hayem fait remarquer qu'on n'a pu découvrir dans le cœur de caillot qui ait pu donner lieu à la production d'une embolie, et que l'aorte n'est pas athéromateuse ; l'interprétation du fait reste donc douteuse.

Il est donné ensuite lecture d'une proposition signée de MM. Landouzy, Malassez et Monod et dont voici les termes :

Voulant reconnaître les services rendus par les secrétaires, archiviste et trésorier, la Société anatomique décide :

1° Les secrétaires, archiviste et trésorier en fonctions ne paient pas la cotisation annuelle.

2° Les secrétaires, archiviste et trésorier reçoivent à titre gratuit, *la série* des Bulletins correspondant aux années de leur passage au bureau de la Société.

Séance du décembre 1875. — Présidence de M. Charcot.

Sequestre invaginé du fémur droit; amputation de la cuisse; mort à la suite de péritonite suppurée. Séquestre invaginé du radius gauche sans suppuration dans la cavité du séquestre; par Gauderon, interne des hôpitaux.

Le nommé A. R., âgé de 15 ans, entré le 16 juin 1875, à la Charité (service de M. Gosselin), est né d'un père très-vigoureux et d'une mère morte phthisique ; pendant son enfance il n'a eu aucune maladie sérieuse. Il a eu à supporter de grandes fatigues pendant une année d'apprentissage, et se rappelle avoir pris de nombreux bains dans des mares d'eau très-froide pendant l'été de 1874 ; c'est à ces causes qu'il attribue le développement de sa maladie actuelle. Il a eu en août 1874 un abcès de la malléole interne droite, qui a laissé une cicatrice adhérente : en même temps que cet abcès s'ouvrait, il était pris d'accidents très-graves du côté du fémur droit et du radius gauche. Avec des douleurs vives au niveau de ces os, du gonflement et de la rougeur des articulations radio-carpienne gauche et fémo-tibiale droite, il eut pendant plusieurs jours une fièvre vive, du délire, tous les symptômes enfin d'une ostéite épiphysaire du fémur droit et du radius gauche. Quelques jours après ces accidents graves, il eut à la partie inférieure de la cuisse 4 abcès, qui s'ouvrirent spontanément l'un en arrière, l'autre en dehors, les deux autres à la partie interne

de la cuisse ; ces deux deruiers out laissé des fistules suppurantes. La marche était devenue impossible, peu à peu la jambe se fléchit sur la cuisse et l'enfant fut condamué au séjour au lit ; il affirme très-nettement que de temps à autre il avait de l'anasarque alternant avec de la diarrhée. Les douleurs qui avaient signalé le début des accidents dans le radius gauche continuèrent à se faire sentir, en même temps que le radius augmentait beaucoup de volume ; mais jamais il ne se produisit d'abcès au voisinage de cet os. Le 16 juin, le jeune malade entra dans le service de M. Gosselin qui formula, ainsi qu'il suit, son diagnostic : Nécrose du fémur droit paraissant superficielle, avec hypérostose considérable du fémur, et ankylose incomplète du genou droit ; 2 fistules donnant du pus à la partie interne et inférieure de la cuisse. Ostéite hypérostosique du radius gauche sans suppuration.

A ce moment, l'état général du malade était assez bou ; du 20 au 25 juin, M. Gosselin fit dilater les trajets fistuleux avec la laminaire et put constater avec le doigt et les stylets que le fémur était nécrosé, mais qu'ou ne sentait pas de séquestre mobile.

Du 25 juin au 10 juillet, M. Gosselin chercha à redresser le genou ankylosé au moyen de la traction exercée avec des bandes élastiques ; ce moyen fut abandonné parce que il était survenu de la diarrhée et de l'anasarque ; à ce momeut l'urine coutenait des quantités énormes d'albumine. Le malade, mis au régime lacté et traité par les pilules de tannin, voit son état s'améliorer, son anasarque, son albumiuurie et sa diarrhée diminuer, puis disparaître pendant le courant de septembre.

Le 30 septembre, en présence de ces bonnes conditions, M. Delens qui remplaçait alors M. le professeur Gosselin, pratiqua chez notre jeune malade l'amputation de la cuisse, à l'union du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen ; l'hémostase avait été faite avec la bande d'Esmarch ; le malade avait perdu très-peu de sang pendant l'opération. L'amputation avait été faite par le procédé à deux lambeaux ; M. Delens plaça au fond de la plaie un tube à drainage pour l'écoulement des liquides, réunit ses deux lambeaux à l'aide de cinq à six sutures, et appliqua un pansement ouaté. Pendant les 2 premiers jours tout alla bien. le malade n'avait aucune fièvre, mangeait avec appétit, et ne souffrait que très-peu.

2 septembre. Le malade commence à se plaindre de douleurs du ventre.

3 septembre. Le malade a tous les symptômes de la péritonite.

4 septembre. M. Delens enlève le pansement ouaté et trouve des lambeaux en bon état, et commençant à se réunir. Cependant l'état du malade était très-grave.

Le 6 septembre, au matin, le malade mourut avec tous les symptômes de la péritonite.

Autopsie. Les poumons étaient fortement congestionnés dans leur lobe inférieur surtout aux deux sommets; on trouva quelques tubercules crétacés, des tubercules caséeux en petit nombre et autour de ces derniers des graulations tuberculeuses grises, assez nombreuses; la plèvre était saine. Les poumons, le foie, la rate, les reins ne contenaient aucun abcès métastatique. — Les *reins* étaient volumineux, mesuraient 15 centimètres en hauteur, 7 centimètres en largeur et 5 en épaisseur; ils étaient lisses à leur surface, avaient une coloration blanc jaunâtre sur laquelle tranchaient de nombreuses étoiles vasculaires. A la coupe, la substance médullaire paraît saine, la substance corticale a la coloratiou blanc jaunâtre de la dégénérescence graisseuse avec les traiuées réfringentes qui font penser à la dégénérescence amyloïde. M. Cornil a fait l'examen de ces reins, dans son laboratoire de la Charité; après avoir constaté que l'addition de teinture d'iode sur la surface d'une section du rein donnait aux glomérules de Malpighi la coloration brun acajou caractéristique de la dégénérescence amyloïde, il put constater par l'examen microscopique de coupes fines une dégénérescence graisseuse de l'épithélium des tubules, et une dégénérescence amyloïde des vaisseaux des glomérules. La cavité péritonéale était remplie de pus et c'était bien à une péritonite purulente généralisée que devait être attribuée la mort de notre amputé.

Examen du fémur. Le fémur, examiné après l'amputatiou, contenait un séquestre invaginé et baigné dans le pus ; deux puits creusés à travers le fémur faisaient communiquer la cavité ou était le séquestre avec l'extérieur, et se prolongeaient par les deux fistules.

Examen du moignon. Très-léger gonflement des lambeaux ; pas de rougeur érysipélateuse. Les lambeaux n'étaient pas réunis par toute leur surface, mais adhéraient déjà en quelques points. Après les avoir désunis, on trouve à l'angle externe de la plaie d'amputatiou un petit foyer purulent; uu autre occupe la face antérieure du moignon osseux. L'extrémité du moignon est dénudée de son périoste et présente une coloration grise; la moelle osseuse est infiltrée de pus. Dans l'extrémité inférieure de la fémorale, au-dessus de la ligature, on trouve un caillot encore assez mou. La veine fémorale est remplie d'un caillot cruorique sans mélange de pus; il se prolonge jusqu'au ligament de Fallope.

Dans la gaine des vaisseaux fémoraux, on ne trouve aucune trace de suppuration.

Examen du radius gauche. Aucun foyer puruleut autour de cet os. Le radius complétement débarrassé des parties molles qui l'entourent a l'aspect d'uu pilon de pharmacie : son 1/3 supérieur est indemne ; ses deux tiers inférieurs ont pris un développement énorme, puisque leur circonférence mesure 12 à 13 centimètres.

Il est recouvert par un périoste épais et peu adhérent ; la surface du radius dépouillée du périoste est mamelonnée, couverte d'aspérités inégales, séparées par des sillons ; les surfaces articulaires du radius sont saines. Le radius est fendu dans le sens de sa longueur et on aperçoit au milieu de sa portion hypérostosée un séquestre éburné, long de 6 centimètres et enfermé dans une cavité anfractueuse, mais qui ne contient pas trace de suppuration; cette cavité renferme, outre le séquestre, une substance gélatineuse ressemblant assez à des fongosites articulaires. Le séquestre invaginé est évidemment une partie du radius ancien : sa face iuterne est creusée en gouttière, et sa face externe est convexe comme celle du radius; ce séquestre a tout-à-fait la forme d'un fragment du radius qu'on aurait coupé dans le sens de sa longueur. Plus haut et sur la même ligne que la cavité du séquestre, on aperçoit deux petits séquestres éburnés enfermés dans des cavités séparées, mais ne renfermant pas non plus de pus. De chaque côté de ces cavités à séquestre, on trouve une couche osseuse de cent 1|12 d'épaisseur, qui forme les parois de ces cavités, et qui remplace le radius ancien ; ce tissu osseux de nouvelle formation est grenu.

Le cubitus gauche est entouré, dans sou tiers inférieur, d'une véritable gaine de tissu osseux uouveau, et sur uue coupe dans l'axe du cubitus, on peut distinguer nettement les limites de l'os ancien et le tissu osseux nouveau déposé à sa surface; on croirait voir là le premier degré de cette hypérostose qui s'est terminé sur le radius par un séquestre invaginé du radius sans suppuration et sur le fémur par un séquestre invaginé avec suppuration.

Cancer du poumon; par M. Lataste, interne des hôpitaux ; — **Examen microscopique**; par M. Malassez.

Fonteille, Marie, âgée de 47 ans, couturière, entre le 11 octobre 1875 à l'hôpital Cochin, salle Sainte-Marie n° 1 (service de M. Bucquoy).

D'une bonne santé habituelle, et présentant toutes les apparences d'uue forte constitution, la malade se plaint d'avoir eu pour la première fois, il y a un mois, des étourdissements et des palpitations ; elle vit un médecin qui lui prescrivit l'usage de la digitale. Le 4 *octobre* son état ayant empiré, elle prit le lit ; le médecin la vit de nouveau et constata les signes d'un épanchement pleural du côté gauche. La dyspnée augmenta de jour en jour en même temps que des râles sous-crépitants apparaissaient du côté droit. Pendant ces quelques jours, elle eut une expectoration peu abondante, et sans trace de sang.

12 *octobre*. La malade a une dyspnée extrême, elle est dans un état semi-comateux. Elle a une petite toux sèche, revenant par quintes accompagnées de loin eu loin d'une légère expectoration muqueuse sans autre caractère que celle de la bronchite.

L'examen des organes respiratoires fait constater du côté gauche une matité absolue remontant en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate. Du côté droit, on trouve aussi de la submatité en avant; sous les clavicules pas de bruit skodique; la sonorité paraît même diminuée. Les vibrations thoraciques manquent complétement du côté gauche; elles sont augmentées à droite. A l'auscultation du côté gauche en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate, il y a abolition du murmure vésiculaire. Dans tout le sommet du poumon, au-dessus, il y a des râles sous-crépitants. Du côté droit dans toute l'étendue, on entend de nombreux râles sous-crépitants. Il y a de la résonnance de la voix du côté droit tandis qu'il y a de l'égophonie du côté gauche. Le cœur est légèrement dévié à droite, mais ses bruits ne sont pas altérés.

L'abdomen est souple, non météorisé ni douloureux à la pression. — La température axillaire est de 38° 5.

Les signes physiques fournis par l'auscultation faisant supposer une congestion intense des poumons; M. Bucquoy n'évacue pas le liquide de la plèvre gauche par une ponction pour ne pas augmenter les phénomènes congestifs et il fait faire une saignée de 250 grammes. La malade meurt à 4 h. de l'après-midi dans un état asphyxique.

Autopsie le 13 *octobre*. — En ouvrant la cage thoracique une grande quantité de liquide évaluée à 2 litres environ s'échappe de la plèvre gauche. Il est limpide, séreux. Au-dessus de la poche qui renferme le liquide les deux feuillets de la plèvre sont accolés dans toute leur étendue et notablement épaissis. Il en est de même du côté droit où on ne trouve pas le moindre épanchement.

Les poumons sont lourds, volumineux et paraissent fortement congestionnés; à la coupe, on constate dans toute l'étendue des deux poumons et également des deux côtés un grand nombre de mamelons de la grosseur d'une cerise séparés les uns des autres par de minces lames de tissus pulmonaire fortement congestionné. Au sommet droit, ces petites nodosités ont un aspect plus foncé et paraissent de date plus ancienne.

Le cœur est normal. L'examen des divers viscères ne peut constater aucune altération.

Les côtes et les vertèbres dorsales ont été examinées et n'ont présenté rien de particulier.

M. Malassez. La pièce que vient de présenter M. Lataste est un exemple de ce que les auteurs ont décrit sous le nom de *cancer encéphaloïde* des poumons. Ce serait même un exemple de cancer *primitif* (fait bien rare) s'il était possible de se fier aux examens purement macroscopiques d'une autopsie si complète qu'elle soit. Il s'agit maintenant d'en déterminer l'espèce histologique (1).

Si l'on examine au microscope une des plus petites tumeurs on remarque :

1° *une charpente* ou stroma ayant même disposition alvéolaire, même structure fibro-élastique que celle du tissu pulmonaire, qui se continuent même avec celle du poumon au niveau des confins de la tumeur; aussi peut-on dire que la charpente de la tumeur n'est autre que celle du poumon. Il existe bien quelques alvéoles plus grands que ne le sont les alvéoles pulmonaires, mais les grands alvéoles paraissent résulter de l'ouverture d'un certain nombre d'alvéoles voisins les uns dans les autres; on rencontre en effet sur les parois de ces grandes cavités des débris de parois plus ou moins atrophiées. Ces atrophies résultent probablement de la compression qu'a déterminé le contenu alvéolaire en augmentant de volume.

2° Des *cellules épithéliales*, tapissant les cavités alvéolaires à la façon d'un revêtement muqueux. La forme et la disposition des cellules est variable d'un alvéole à l'autre et même dans les différentes parties d'un même alvéole :

En certains points, elles sont comme aplaties, disposées sur une seule rangée et ne formant par conséquent qu'une couche assez mince ; en d'autres points, elles ressemblent à des cellules épithéliales cylindriques ordinaires et constituent une couche plus épaisse ; il en est d'autres enfin, et ce sont peut-être les plus nombreuses qui possèdent un pédicule long et mince par lequel elles adhèrent aux parois alvéolaires et se terminent par une extrémité renflée, de forme sphéroïdale, dans laquelle se trouvent un ou plusieurs gros noyaux; elles sont réunies par petits groupes et donnent lieu à des saillies plus ou moins considérables qui proéminent dans l'intérieur des alvéoles sous forme de végétations ou de villosités.

3° Le *contenu* des alvéoles présente de grandes variations comme quantité et comme qualité. Lorsque les végétations épithéliales sont très-abondantes et très-développées, elles peuvent arriver à combler presque complétement la cavité alvéolaire qu'il serait alors facile de prendre pour un alvéole de carcinôme. Mais le plus souvent il n'en est pas ainsi, il existe un contenu ; dans quelques cavités il est fluide; on y voit quelques cellules épithéliales plus ou moins dégénérées, et des granulations graisseuses isolées ou agglomérées nageant au sein d'un liquide coagulable par l'alcool, se redissolvant ensuite dans l'eau ; ce sont, comme on le voit, de véritables kystes. Dans le plus grand nombre des alvéoles le contenu est presque solide, crêmeux ou même caséeux. Cette différence d'aspect tient à ce que les parties liquides du contenu sont peu abondantes par rapport aux parties solides, qui sont toujours des éléments dégénérés et des granulations graisseuses.

Les grosses tumeurs résultent de la réunion d'un certain nombre de petites tumeurs ; aussi leur structure est-elle la même. La seule particularité qu'elles présentent consiste en l'existence de parties caséifiées.

Dans les points où la caséification se produit, le revêtement épithélial des alvéoles devient moins saillant, s'aplatit et s'amincit, tandis que le contenu caséeux augmente peu à peu. Bientôt les cellules épithéliales disparaissent complétement et le contenu caséeux se trouve alors en contact immédiat avec le stroma alvéolaire.

Celui-ci résiste quelque temps au processus dégénératif, mais il finit également par succomber; on peut cependant le reconnaître encore au milieu de la caséification générale, à des traînées qui se détachent en clair sur les massifs plus opaques qui proviennent de la dégénération épithéliale.

Les parties noirâtres qui se voient sur quelques tumeurs du sommet du poumon tiennent à l'existence de pigment noir siégeant dans les parois des alvéoles qui ont été envahis par le néoplasme.

Les dernières ramifications bronchiques sont probablement le siége d'altérations semblables à celles des alvéoles, mais on ne saurait en dire autant des bronches plus volumineuses. En étudiant les tractus de tissu cellulaire où rampent à l'état normal les bronches avec les vaisseaux sanguins, on trouve un certain nombre de productions épithéliales très-remarquables: les unes se présentent sous forme de cavités habituellement allongées dans le sens des bronches et des vaisseaux, et tapissées par un revêtement analogue à celui des alvéoles pulmonaires envahis (ce ne sont pas des alvéoles à cause de leur siége et de leur forme). — Les autres sont de simples amas épithéliaux pleins, sans cavité, également allongés dans le sens des vaisseaux et des bronches ; ils sont constitués par des cellules sphériques ou polyédriques à un ou à plusieurs noyaux assez analogues aux extrémités renflées des grandes cellules pédiculées. Ces prolongements, très-amincis par place, élargis ailleurs, se continuent parfois avec les cavités épithéliales. Ces deux formes, prolongements épithéliaux pleins et cavités revêtues d'épithélium, ne sont évidemment que des modes divers d'un même processus.

Ces cavités et les prolongements ne sont pas, comme on

(1) La dénomination du cancer encéphaloïde n'a pas, à proprement parler, de sens histologique précis : le mot de cancer a une signification purement clinique, comme le soutenait avec tant de raison Velpeau. (Discussion : *Acad. méd.* 1854) ; l'épithète d'encéphaloïde n'exprime qu'un simple aspect extérieur ainsi que le font justement remarquer MM. Littré et Robin (*Dict. Art. Encéphaloïde*) ; et cet aspect peut se rencontrer dans des tumeurs de structure très-différente (voyez Cornil et Ranvier, *Histol. path.* p. 319). Un cancer encéphaloïde peut être histologiquement soit un sarcôme, soit un lymphadénôme, soit un épithéliôme, soit un carcinôme. Cancer et carcinôme ne sont point synonymes : le mot de cancer ayant un sens clinique, celui de carcinôme un sens histologique. La confusion, faite si souvent entre ces deux termes, vient sans doute de ce qu'ils peuvent s'appliquer à une même tumeur ; mais il n'en est pas toujours ainsi ; un cancer peut être un carcinôme tandis que tous les cancers ne sont pas des carcinômes ; la pièce actuelle en est une preuve.

pourrait le croire à première vue, des cavités bronchiques envahies par l'épithélium à la façon des alvéoles pulmonaires; car, dans le tissu qui entoure ces productions épithéliales, on ne trouve rien qui puisse rappeler la structure des parois bronchiques; mais simplement du tissu conjonctif sans disposition particulière. On est ainsi conduit à admettre que ces productions se sont développées dans le tissu conjonctif et probablement dans les lacunes et les vaisseaux lymphatiques.

Il était intéressant de rechercher si les ganglions bronchiques étaient altérés. A l'œil nu, ils paraissaient complétement sains, mais l'examen histologique prouve qu'ils étaient plus ou moins complétement envahis.

Un certain nombre des lymphatiques afférents ou efférents, contiennent outre les globules blancs des cellules épithéliales cylindriques ou polyédriques; ces éléments sont parfois en telle quantité qu'ils remplissent la lumière du vaisseau.

Les parties caverneuses du tissu ganglionnaire, principalement celles qui occupent les régions périphériques de la glande, sont tapissées par un revêtement épithélial analogue à celui des alvéoles pulmonaires malades; de cette sorte que cette partie du ganglion se présente sous forme de cavités kystiques, irrégulières et anfractueuses, traversées par de nombreuses travées, et envoyant des prolongements dans les parties centrales du ganglion.

Les parties folliculeuses du tissu ganglionnaire sont moins constamment envahies, et elles le sont d'une façon un peu différente; elles sont comme infiltrées de cellules épithéliales, qui sont venues pour ainsi dire prendre la place des globules blancs au sein du réticulum lymphatique. On trouve parfois de petits amas d'épithélium, mais pas de cavités kystiques proprement dites.

Sur une coupe heureuse, j'ai vu partant d'une des cavités kystiques de la portion caverneuse, un prolongement épithélial plein, qui s'infiltrait dans la portion folliculeuse voisine encore peu altérée; c'était sans doute le début de l'envahissement épithélial.

Enfin, dans les adhérences fibreuses qui réunissaient, en certains points, la plèvre pariétale à la plèvre viscérale de même nature, il existe également des productions épithéliales sous forme de cavités kystiques irrégulières et de prolongements pleins. Ces prolongements se continuent avec les cavités kystiques, s'infiltrent de côté et d'autre, s'amincissant ici, se dilatant plus loin, s'anastomosant entre eux et se propageant ainsi jusqu'à la paroi thoracique.

En résumé, nous trouvons partout, dans le poumon comme dans le tissu cellulaire péri-bronchique, les ganglions ou la plèvre, le même produit morbide : une variété d'épithélium, se rapprochant plus ou moins de l'épithélium cylindrique des muqueuses.

Cette production épithéliale présente ceci de particulier, c'est qu'elle ne paraît pas s'accompagner de néoformation conjonctive; aussi semble-t-elle se développer de préférence dans des cavités préexistantes : alvéoles pulmonaires, lacunes de tissu conjonctif, vaisseaux lymphatiques, espaces ganglionnaires.

Elle affecte deux formes bien différentes dans son mode de disposition :

1° La forme de prolongements pleins; c'est elle qu'elle paraît revêtir quand elle naît, ou quand elle se propage en s'infiltrant de proche en proche.

2° La forme de revêtement muqueux tapissant des cavités kystiques ; ce qui semble être son état de développement le plus parfait et constituer sa forme typique.

Ici, elle s'est développée primitivement dans le poumon, et de là a envahi secondairement d'une part les ganglions bronchiques, d'autre part la plèvre et par elle la paroi thoracique. double voie pour la généralisation.

Ce fait n'est pas le seul que j'ai vu ; j'ai eu l'occasion d'en observer un tout semblable l'année dernière avec mon collègue et ami M. le Dr J. Renaut; je l'avais considéré comme une forme d'épithélioma rappelant certaines surfaces muqueuses normales, plus spécialement celles qui sont constituées par de l'épithélium cylindrique; je l'avais rangé, à côté des kystes de l'ovaire, de la maladie kystique du testicule et de bien d'autres tumeurs semblables, dans ce grand groupe de néoformation que j'ai proposé de désigner sous le nom d'épithéliomes myxoïdes (1), afin de rappeler leur ressemblance avec les revêtements muqueux normaux.

Ce nouveau fait vient me confirmer dans ma manière de voir ; c'est bien un épithéliome.

Il serait très-possible qu'un certain nombre de tumeurs de poumon, qualifiées du titre du carcinome, ne soient, comme celles-ci, que des épithéliomes; rien n'est si facile, en effet, que de prendre pour des alvéoles de carcinôme des alvéoles pulmonaires complétement remplies par des végétations épithéliomateuses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 avril 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. DE LENS fait une lecture sur la *ligature élastique comme traitement des tumeurs épithéliales de la langue.* L'ablation de ces tumeurs se fait par cette méthode sans intéresser nullement la région sus-hyoïdienne et la partie mortifiée tombe du huitième au dixième jour. Il faut avoir soin de serrer fortement d'emblée les anses élastiques; on évite ainsi au malade une constriction ultérieure très-douloureuse; néanmoins il est des opérés qui souffrent 24 et 48 heures. Des injections antiputrides combattront la mauvaise odeur qui se dégage de la tumeur mortifiée. (Un rapport sera fait sur la communication de M. de Lens).

M. VERNEUIL lit un travail sur une opération qu'il a eu l'occasion de pratiquer il y a un an. Il s'agissait d'une adhérence à la suite d'ulcérations syphilitiques du bord libre du voile du palais et de la partie supérieure du pharynx: ce que l'on pourrait appeler une *synéchie staphylo-pharyngienne.* Il a été publié peu d'observations de ce genre où les malades aient été suivis assez longtemps.

Aussi M. Verneuil désire-t-il attirer l'attention des chirurgiens sur cette question importante. — Une femme âgée de 22 ans contracte une syphilis rebelle au traitement. Un an après le début de la maladie, le voile du palais et la partie supérieure du pharynx sont le siége de vastes ulcérations qui finissent par se cicatriser et par obturer l'orifice postérieur des fosses nasales. La malade n'avale les liquides qu'avec la plus grande difficulté, ne respire que par la bouche et ne peut plus se moucher. La voix est nasonnée, le mucus nasal ne s'écoule plus, de violentes douleurs surviennent du côté des sinus frontaux et de la gorge. A l'examen, on constate de nombreuses cicatrices gaufrées sur le voile du palais, la soudure des piliers antérieurs et postérieurs enfin la disparition presque totale des amygdales. La luette persiste et une sonde cannelée recourbée passant en arrière indique un pertuis très-étroit remontant vers les fosses nasales. Après quelques jours encore de traitement spécifique, M. Verneuil se décida à opérer. Craignant l'hémorrhagie que lui pourraient donner les artères pharyngiennes, ainsi que cela arriva à Malgaigne dans un cas pareil, il résolut de se servir du galvano-cautère. Malheureusement, la pusillanimité excessive de la malade que le chloroforme même ne put faire entrer en résolution, ne le lui permit pas. Avec le bistouri, il débrida le point central où les adhérences étaient peu considérables, sur une étendue de cinq à six millimètres de chaque côté.

Par cette ouverture, il passa les mors fermés d'une pince à polype et, les écartant brusquement, il acheva la dilatation. Le reste des adhérences fut rompu par l'index introduit derrière le voile du palais. L'opération fut peu laborieuse et l'hémorrhagie peu considérable. Pour empêcher la reproduction des adhérences, M. Verneuil construisit un petit appareil en tubes de caoutchouc, destiné à séjourner entre les bords de la plaie tant que durerait la cicatrisation. Cet appareil a la forme d'un grand H dont la barre transversale serait formée par une série de

---

(1) *Soc. anat.* 1875, p. 358 et suiv. et *Arch. physiol.* 1875, p. 331. Je rangerai dans ce même groupe cette très-intéressante tumeur du corps thyroïde décrite tout récemment par M. le Dr Cornil dans les *Archives de physiologie* et qui lui « paraît intermédiaire entre les diverses formes d'épithéliome. » (*Arch. physiol.* 1875. p. 669).

cinq tubes de caoutchouc longs de 4 centimètres accolés les uns aux autres, et attachés par plusieurs tours de fil aux deux barres verticales, lesquelles ont 30 centimètres de long. L'appareil est introduit par la bouche : les deux longues branches ressortent chacune par une narine et sont nouées sous la sous-cloison ; le paquet de tubes qui forme la barre transversale se trouve interposé entre les lèvres de la plaie et les deux branches de l'appareil qui sortent par la bouche sont fixées aux oreilles. Mais cet appareil ne put être longtemps conservé ; de plus la plaie prit l'aspect des ulcérations spécifiques, il fallut l'enlever. M. Verneuil conseilla alors la dilatation temporaire et progressive qui fut assez mal pratiquée par la malade. Aussi le résultat définitif, un an après l'opération, n'a-t-il pas été ce qu'on était en droit d'espérer ; néanmoins cette femme est très-satisfaite de l'opération, car l'ouverture qui persiste dans l'arrière-cavité des fosses nasales, lui permet de respirer par le nez ; de plus l'olfaction se fait bien et la voix a perdu son timbre nasonné.

M. Lucas-Championnière a opéré une jeune fille de 19 ans porteuse de la même affection. Les adhérences, suite d'accidents scrofuleux, étaient très-épaisses. Il essaya une première fois de pénétrer d'arrière en avant, mais l'opération fut excessivement laborieuse et l'ouverture qu'il put pratiquer ainsi se trouva obturée au bout de 15 jours. Quelque temps après il refit l'opération, mais cette fois d'une autre façon. Il pénétra, avec le bistouri, dans les fosses nasales, immédiatement en arrière de la voûte palatine, puis il incisa longitudinalement le voile du palais, décolla des deux côtés de l'incision les deux surfaces adhérentes, passa deux lames de caoutchouc dans les narines, les conduisit sous les deux lambeaux qu'il sutura de façon à reproduire le voile du palais et les ramena par la bouche. Trois semaines après la plaie était guérie et il remplaçait le caoutchouc par un tube en argent fixé sur les dents par des fils d'or. La jeune fille porte toujours l'appareil ; grâce à cet artifice, elle peut respirer par le nez et percevoir les odeurs. L'orateur pense qu'à la suite de ces opérations, l'usage d'un appareil est toujours nécessaire.

M. Polaillon communique une observation de déchirure d'un col de l'utérus avec chute d'un large lambeau pendant le travail de l'accouchement, suivie de fistule vésico-utérine. Le travail durait depuis cinq jours quand le col, jusque là rigide, se dilata tout d'un coup et un lambeau long de 9 centimètres fut trouvé pendant dans le vagin au moment où l'on fit l'application du forceps. Le bassin était rétréci et le fœtus mort. Les suites de couche furent naturelles et quand la malade fut examinée au spéculum, treize jours après la délivrance, on trouva que la lèvre antérieure du col était détruite et qu'une ulcération siégeait sur la surface de section. Vingt-trois jours après, la malade revint se plaignant de perdre ses urines par le vagin : une fistule vésico-utérine s'était produite. Elle avait probablement succédé à la chute d'une eschare ; mais ordinairement les eschares mettent moins de temps à tomber. Quant à la déchirure du col et à la chute de ce lambeau, elle n'est pas due à des manœuvres mal dirigées, mais à la compression du col utérin sur les os du pubis par la tête fœtale. Le débridement du col par des incisions multiples aurait empêché l'accident de se produire. La fistule fut traitée par des cautérisations au fer rouge et au nitrate d'argent. Aujourd'hui cette femme ne perd plus ses urines par le vagin.

M. Guéniot dit que ces déchirures du col avec chute du lambeau sont rares et qu'elles peuvent être expliquées par les contractions violentes de l'utérus gravide qui forcent le col rigide à se déchirer. Chez les femmes dont le bassin est vicié par le rachitisme, il existe tout autour des bords du détroit supérieur de véritables arêtes osseuses, très-tranchantes, qui peuvent, au moment des contractions, sectionner la vessie et l'utérus. C'est ainsi, peut-être, que le lambeau a été détaché chez la femme dont M. Polaillon vient de rapporter l'histoire.

I. B.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Barrandou (André-Auguste), est nommé conservateur du jardin botanique à la Faculté, en remplacement de M. Touchy, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

REVUE CHIRURGICALE

I. Recherches expérimentales et cliniques sur le mécanisme de la production des luxations coxo-femorales en arrière, par le Dr Tillaux. Asselin 1876, éditeur.

II. Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie, (2e partie), par le même. Asselin 1876, éditeur.

III. Leçons de clinique chirurgicale, par le Dr L. Labbé, recueillies par le Dr E. Bourdon. Delahaye 1876, éditeur.

IV. Traité des tumeurs bénignes du sein, par les Drs L. Labbé et P. Coyne. G. Masson 1876, éditeur.

V. Essai sur la résection du genou, par le Dr A. Picard. A. Delahaye 1875, éditeur.

VI. De l'entorse médio-tarsienne, par le Dr Terrillon. (*Arch. de médecine*, 1875).

VII. Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques, par le Dr A. Voisin. A. Delahaye 1875, éditeur.

VIII Des anaplasties perinéo-vaginales, dans le traitement du prolapsus de l'utérus, etc., par le Dr E. Bourdon. J. B. Baillère 1875, éditeur.

IX Recherches sur la pourriture d'hôpital, par le Dr Wolf. A. Delahaye, 1875.

X. Les militaires blessés et invalides, leur histoire, leur situation en France et à l'étranger, par le comte A. de Riencourt. J. Dumaine, 1875, éditeur.

I. Il existe, d'après Malgaigne, deux espèces de luxations coxo-fémorales en arrière. Dans la première, la tête fémorale repose sur l'*ilium* (luxation iliaque), dans la seconde, elle répond à l'*ischion* (luxation ischiatique). Quelle est la cause de cette situation différente de la tête fémorale dans les deux cas ? Si celle-ci sort par dessous l'obturateur interne, elle est toujours luxée sur l'ischion, mais elle peut consécutivement remonter sur l'ilium ; si elle passe par dessus ce même muscle, c'est toujours une luxation iliaque qu'on observe. Cette théorie du savant auteur du *Traité des fractures et des luxations* contient une erreur anatomique et clinique. M. Tillaux a démontré devant ses collègues de la Société de chirurgie, qu'après avoir produit une luxation ischiatique sur le cadavre, on pouvait sectionner successivement tous les muscles périarticulaires et l'obturateur lui-même, sans qu'il fût possible, quel que soit le mouvement produit de déplacer la tête fémorale de la fosse ischiatique. Si, au contraire, on venait à couper la capsule dans une certaine étendue, l'ascension de la tête fémorale dans la fosse iliaque s'opérait facilement. La cause du siége de la tête fémorale dans les luxations réside dans le mode de la déchirure de la capsule et non dans la présence du muscle obturateur. Ce sont, en effet, les fragments capsulaires qui retiennent plus ou moins la tête soit dans la fosse ischiatique, soit dans la fosse iliaque. Ainsi, pour qu'elle remonte sur l'ilium, il faut une déchirure de la capsule en bas, en arrière et en haut. La luxation iliaque est toujours primitivement ischiatique. Toute cette théorie très-claire et très-précise de M. Tillaux s'appuie non seulement sur des recherches expérimentales mais encore sur l'examen de faits observés par lui et recueillis dans les auteurs. Dix planches magnifiques accompagnant le travail qui portent sur un point spécial de la chirurgie nous semble avoir le mérite de l'avoir complétement élucidé.

II. Le second volume du *Traité d'anatomie chirurgicale* de M. Tillaux vient de paraître. Il comprend la description de la colonne vertébrale, du cou, des membres supérieurs et du thorax. L'auteur a suivi la même méthode dans ce volume que dans le premier. Description claire et précise de la région anatomique, applications cliniques sans discussions prolongées à propos de chaque fait anatomique important, démonstration très-saisissante de la situation et des rapports des organes par une figuration très-nette des régions, tels sont les principaux mérites de cette œuvre remarquable. A l'aide de ses figures et de ses coupes dessinées d'après nature et choisies avec soin, et par une description qui ne s'égare jamais, M. Tillaux fait de l'anatomie chirurgicale une synthèse très-complete et très-vraie. Il réalise ainsi le double but de celui qui cherche à instruire ; non-seulement décrire, mais surtout montrer à l'élève. Nous signalerons plus particulièrement dans ce volume les planches sur l'avant-bras et la main.

III. Dans les *Leçons cliniques* de M. Labbé, il ne faut pas rechercher, comme il le dit lui-même, une exposition complète et dogmatique des questions qui y sont traitées : mais on y trouvera assurément une foule de renseignements pratiques très-précieux. C'est une sorte de conversation particulière à propos de quelques malades atteints d'affections difficiles à reconnaître et à guérir. Les sujets y sont choisis avec soin, et, tout en instruisant l'auditoire de l'ensemble de la question, on insiste avec complaisance sur certains points spéciaux, peu connus et souvent assez embarassants. C'est ainsi qu'à propos d'un cas de rétrécissement traumatique du canal de l'urèthre pour lequel il fut obligé de pratiquer l'uréthrotomie externe, M. Labbé expose surtout les difficultés que l'on peut rencontrer dans la recherche du bout postérieur du canal de l'urèthre et les différents procédés employés par les chirurgiens pour les vaincre (procédés de Voillemier, de Syme, de Demarquay, de Bourguet, d'Aix, etc.,) et, dans une leçon sur l'uréthrotomie interne, le choix de la méthode est surtout le but de son étude. Cet ouvrage contient quatre leçons remarquables sur les kystes de l'ovaire : leurs différentes variétés, leurs symptômes au début, leur traitement (ponction et injection, ovariotomie), tels sont les points sur lesquels il s'étend davantage. Les progrès de la chirurgie abdominale sont incessants et nombreux; il n'existe sur le sujet que de longues monographies, souvent un peu trop personnelles. M. Labbé a rendu service aux élèves en exposant sommairement l'état actuel de la question des kystes de l'ovaire ; car, « le jour est venu où il n'est plus permis d'assister en spectateur inactif, à la lente agonie des malades atteintes de kystes de l'ovaire. » Signalons encore parmi les leçons les plus intéressantes celles qui ont pour objet le diagnostic des tumeurs des bourses, les métrorrhagies, les fistules vésico-vaginales, les pieds-bots, etc., etc.

IV. Depuis le livre de Velpeau aucune monographie n'avait été écrite sur les tumeurs de la glande mammaire. Quelques bonnes observations cliniques avec examen pathologique consciencieux se trouvaieut çà et là dans la science, mais cela n'aurait pu suffire pour édifier une doctrine complète. MM. Labbé et Coyne, à l'aide d'une série de cas très bien observés, ont essayé d'établir un diagnostic précis, vérifié par un examen anatomique fait avec les ressources du laboratoire moderne. Quoique leur ouvrage porte le titre de *Traité des tumeurs bénignes du sein,* ils n'ont pu cependant laisser de côté certains points de l'histoire des tumeurs cancéreuses. Ils ont dû, à l'occasion de l'anatomie pathologique, indiquer les caractères qui différencient les tissus du cancer du sein de ceux que l'on trouve dans certaines tumeurs placées à la limite des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes; et, à l'occasion du diagnostic, ils ont recherché avec soin tous les éléments pouvant permettre de les distinguer les unes des autres.

La *première partie* de l'ouvrage est consacrée à l'historique de la question. Les auteurs distinguent deux périodes : une période *clinique* où figurent les noms de A. Cooper, Velpeau, Cruveilhier, et la discussion mémorable de l'Académie de médecine ; une période *anotomo-pathologique* représentée par Robin, Lebert, Broca et Verneuil en France, Paget et Birkett en Angleterre, Müller, Virchow et Bilroth en Allemagne, et plus tard par Ranvier et Cornil qui recherchent avec plus de précision les relations des tissus néo-formés avec les organes glandulaires simples ou composés, et enfin, par Cadiat, qui a fait une tentative récente pour ressusciter l'organule spécifique.

La *deuxième partie* comprend une étude très-succincte de l'anatomie histologique de la glande mammaire : on y remarque surtout la description tout originale des lacunes lymphatiques péri-lobulaires.

La *troisième partie* est le fondement de l'ouvrage ; elle contient vingt-cinq observations recueillies par les auteurs avec une grande sollicitude de trouver la vérité et sans parti pris au double point de vue de la clinique et de l'anatomie pathogique. « Nous devons ajouter, disent-ils dans la préface, que notre livre ne peut avoir quelque valeur que par la présence des observations sur lesquelles il repose. Souvent, en effet, la lecture de certaines d'entre elles, sera aussi instructive et plus démonstrative que les descriptions d'ensemble contenues dans le texte. En un mot ce sont des démonstrations que nous avons voulu donner et non des affirmations. » Les fibromes, les différentes variétés de kystes, les sarcomes, les myxomes et l'épithélioma intra-canaliculaire, telles sont ces différentes variétés de tumeurs décrites successivement.

L'influence de la structure de la mamelle, l'importance de l'âge et des phénomènes sexuels, les causes traumatiques sont les principaux éléments de la pathogénie des tumeurs bénignes du sein, étudiés dans la *quatrième partie* consacrée à la pathologie proprement dite. La symptomatologie, le pronostic et la marche sont ensuite exposés avec détails.

Ce qui préocupe surtout le médecin en présence d'une tumeur du sein et ce qui intéresse le malade, c'est le diagnostic de la tumeur bénigne et du carcinome. Aussi les auteurs ont-ils traité avec prédilection et avec tous les développements possibles ce point si difficile de la pathologie mammaire. Ils ont cherché les éléments d'un diagnostic différentiel dans la pathogénie, dans l'exploration physique et manuelle, et dans la marche de la néoplasie. Pour eux, le meilleur signe diagnostique est dans la mobilité de la tumeur adénoïde et dans l'adhérence constante du cancer aux parties voisines ; ils signalent en outre l'inégalité de consistance des différents points de la masse morbide, la présence de kystes, et l'inaltérabilité de la peau dans les tumeurs bénignes. Tous ces signes ne sont pas nouveaux évidemment, mais ils sont étudiés avec une précision telle que cela équivaut presque à une véritable renovation.

L'exposition des différents modes de traitement terminent l'ouvrage. Nous y recueillons surtout cette indication formulée pour la première fois dans un traité dogmatique : « L'énucléation des tumeurs bénignes constitue toujours une opération incomplète. Les lésions parvenues à leur summum de développement dans la tumeur elle-même sont déjà en voie d'évolution dans le tissu glandulaire voisin. Aussi, pour pratiquer une opération complète il faut nécessairement dépasser ces limites de la tumeur et pratiquer l'amputation partielle. Cette règle que l'on peut adopter lorsqu'il s'agit de tumeurs très-limitées (fibromes) ne peut plus être considérée comme suffisante lorsque la tumeur est volumineuse et à développement rapide (sarcome, myxome); dans ce cas, il faut pratiquer l'amputation totale du sein. » Ajoutons que cet ouvrage est rempli de figures histologiques d'une grande pureté d'exécution et de planches coloriées et dessinées avec grand soin. (*A suivre.*) H. DURET.

CORRESPONDANCE.

Projets de loi sur l'administration de l'armée et l'organisation du service militaire médical dans les hôpitaux civils.

Ce n'est pas en vain que nous avons fait appel à nos confrères pour l'examen des projets ministériels relatifs à l'organisation du service militaire. Nous avons reçu plusieurs communications que nous insérerons successivement.

3 avril 1876.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi d'ajouter quelques mots à l'excellent plaidoyer que vous consacrez à vos confrères de l'armée dans le numéro 14 du *Progrès Médical*. — Je vous prierai même de donner insertion à ma lettre, dans vos colonnes, pour que la répétition de vérités incontestables puisse jeter quelques rayons de lumière sur les brouillards épais qui enveloppent les régions gouvernementales au sujet de la médecine militaire. — Le projet de loi, présenté le 21 du mois dernier, est tel qu'il prépare l'annihilation du corps médical dans l'armée. — En voici les raisons : — Dans cette immense organisation qui s'appelle l'armée, où règne, avant tout, le lourd fardeau de la discipline, il est clair que la première et souvent la seule considération, est pour l'autorité qui favorise, récompense et punit. — Tout ce qui n'aura point ces attributs du pouvoir sera assurément peu respecté, en tout cas, peu craint, et partant peu considéré. — Or que devient le médecin militaire dans le nouveau projet de loi ? Serait-il toujours officier ? Ou plutôt ne serait-il pas, aux yeux du soldat, un pékin, revêtu d'un uniforme ?

Il restait cependant aux médecins militaires, une ressource pour se faire une place honorable dans les rangs de l'armée : c'était leur instruction, leur science médicale. Or le projet ministériel ne semble-t-il pas vouloir supprimer cette dernière ressource ? — Où se font, en effet, les études médicales ? Où apprend-on à devenir médecin ? En pratiquant dans les hôpitaux ? — Or si la loi enlève cette ressource aux médecins militaires, pour

le plus grand nombre du moins, en soustrayant les soldats malades à leurs soins, si, d'un autre côté, on enlève au médecin régimentaire, la seule considération que le soldat admet, la considération des galons, je le demande à haute voix, qu'espère le gouvernement? quelles sont ses intentions véritables au sujet des médecins militaires?

On veut faire des économies, dit le projet, et le premier pas que l'on fait dans cette voie, c'est pour empêcher les huit dixièmes des médecins militaires de se consacrer à la guérison des soldats malades! Or enlever aux médecins militaires le devoir, le droit de soigner les malades de l'armée, n'est-ce pas une chose inouïe? n'est-ce pas enlever au médecin militaire la plus noble de ses fonctions? Que dire d'une loi qui enlèverait à un fonctionnaire quelconque sa prérogative la plus noble, le but pour lequel il existe, celui d'utiliser son zèle pour le bien de ses administrés! Or dans quel but a-t-on institué un corps médical dans l'armée? — Evidemment pour soigner les membres souffrants de l'armée.

Ces considérations nous paraissent péremptoires : elles ne sont malheureusement pas les seules qui militent contre le projet du 21 mars. — On l'a répété, on l'a établi par la statistique, que le nombre des journées de traitement est plus élevé dans les hospices civils, que dans les hôpitaux militaires. Il est facile de s'en rendre compte. En dehors de cette douceur nécessaire à un médecin qui veut se créer une clientèle, et grâce à laquelle, les congés de convalescence, peut-être de réforme, au moins le séjour prolongé dans les hôpitaux, deviennent plus fréquents dans les hospices civils, ou doit, je crois, admettre le dilemme suivant : ou bien les médecins chargés du soin des militaires, seront par leur instruction, leurs talents, leurs hautes études, de vrais médecins dans la large signification du mot; — ou bien, ce sera des médecins intelligents, des esprits cultivés, mais négligeant, soit pour d'autres études, ce qui n'est pas rare soit, pour des préoccupations d'un genre différent, les pénibles, et parfois peu agréables fonctions de la chirurgie. — Dans le premier cas, le médecin n'aura que peu d'instants à consacrer à ses malades de l'hôpital, tout son temps étant pris par sa nombreuse clientèle. — Dans un cas d'épidémie surtout, sa clientèle augmentant, n'est-il pas à craindre que les malades de l'hôpital ne soient un peu trop abandonnés aux soins curatifs de la nature? Dans le second cas, n'y a-t-il pas d'aussi grands écueils à craindre? — Car, soit dit sans aucun esprit de parti, tous les médecins des hôpitaux de France ne possèdent point la science médicale au même degré que les médecins des hôpitaux de Paris, de Lyon, et des autres centres scientifiques.

Je crois donc que le dernier projet du Ministre ne sera d'aucune utilité pour l'armée, si toutefois, il ne présente pas d'immenses désavantages, et n'apportera pas au trésor les économies que le Ministre pense en retirer; enfin, il jettera le mécontentement et le découragement dans le corps médical. — Je terminerai par la proposition suivante :

» Pour faire des économies véritables, sans porter préjudice au corps médical, en lui enlevant sa fonction la plus belle, c'est d'établir dans chaque » ville de garnison, un service hospitalier militaire où les malades soignés par » des médecins militaires, paieront à l'administration de l'hospice une somme » fixée d'avance, par journée de traitement, — comme cela se pratique, à » Montpellier, à Grenoble, etc. — Veuillez, M. le Rédacteur, etc.

BIBLIOGRAPHIE

Etude toxicologique sur le cuivre et ses composés; par le Dr Galippe. G. Masson, éditeur.

L'affaire Moreau, l'herboriste de Saint-Denis, a, de nouveau, mis à l'ordre du jour, l'étude des empoisonnements par le cuivre; aussi, faut-il savoir gré à M. Galippe d'avoir choisi pour sujet de thèse inaugurale, la toxicologie de ce métal. Il y a déjà bien longtemps, pour la première fois, que les composés du cuivre ont été accusés de produire des empoisonnements; bien des affirmations, la plupart contraires, ont été émises sur les propriétés vénéneuses des sels de cuivre; nous rappellerons aussi que le cuivre a été considéré comme un spécifique contre le choléra; beau rêve qui, sans doute, n'est point encore prêt de se réaliser!

M. Bourneville, à la Salpêtrière, dans le service de notre maître, M. Charcot, à la suite de l'administration de sels de cuivre, longtemps continuée, a eu l'ingénieuse idée de faire rechercher dans le foie où ce métal se rencontre surtout, à l'aide d'analyses chimiques exactes, la présence du cuivre.

Se basant sur tous ces travaux, M. Galippe a repris la quesdans son ensemble; sa thèse est un véritable livre sur la matière, et, quel que soit le but modeste de son travail, il n'en a pas moins fait une œuvre importante et très-utile.

Le chapitre premier est consacré à l'étude du cuivre en général; tout ce qui a trait soit à la chimie, à la pharmacie, à la toxicologie du métal, y est exposé tout au long; l'historique de la question est complet. Dans les autres chapitres, l'auteur passe successivement en revue l'action des différents sels de cuivre. Toutes les expériences faites par l'auteur, décisives à notre sens, y sont exposées tout au long, ainsi que les faits relatés par les auteurs.

Le chapitre V est l'étude de l'affaire Moreau au point de vue exclusivement scientifique. M. Galippe termine son travail par ces deux conclusions générales: « 1° Pour nous, sauf peut-être dans les cas de suicide, l'*empoisonnement aigu* par les composés du cuivre ne doit pas être réalisable, tant en raison de la saveur horrible de ces composés, que de leurs propriétés énergiques qui suffisent à faire évacuer le toxique;

2° Quant à la possibilité de l'*empoisonnement lent*, nous n'y croyons pas, car il ressort des expériences de M. Bourneville et des nôtres, qu'à petites doses, la tolérance s'établit sans influence fâcheuse pour la santé. » F. R.

PHARMACOLOGIE.

Absinthe et absinthine; leurs propriétés. Association au fer.

Les propriétés toniques et stimulantes de l'absinthe paraissent être trop oubliées; le médecin y a rarement recours et c'est à tort, croyons-nous. Son emploi, dans certaines conditions, est peut-être le meilleur moyen de combattre l'atonie des voies digestives. C'est surtout associée aux reconstituants qu'elle peut rendre les plus grands services; facilitant la nutrition, elle augmente par conséquent l'absorption du médicament qui lui est associé. L'usage un peu prolongé de l'absinthe sous forme de vin, de teinture, d'infusion, de sirop, etc, n'est pas, il est vrai, sans inconvénients; d'abord à cause de sa saveur extrêmement amère et désagréable, et surtout parce que le véhicule employé retient l'essence contenue dans la plante, l'essence d'absinthe, comme nous le savons, a des propriétés très-irritantes, et produit presque toujours de la céphalalgie, des vertiges et des troubles nerveux.

L'extrait de l'absinthe ne peut rien produire d'aussi fâcheux, mais aussi tel qu'il est préparé dans les pharmacies, il est loin de posséder toutes les propriétés de la plante.

L'absinthe doit en effet sa propriété stimulante à l'absinthine ou matière amère qu'elle renferme; or, cette substance ne peut être obtenue complétement que par l'alcool, et le Codex prescrit de préparer l'extrait par l'eau.

Nous avons la certitude que l'extrait d'absinthe obtenu par l'alcool, préparé avec soin et renfermant par conséquent toute l'absinthine contenue dans la plante, possède des propriétés toniques et stimulantes infiniment plus grandes que l'extrait aqueux du Codex — et que, pas plus que ce dernier, il renferme de l'essence d'absinthe qui se trouve entraînée par l'évaporation de l'alcool pour ne laisser finalement qu'un extrait aqueux chargé de tous ces principes actifs, dont l'action est particulièrement remarquable lorsqu'on l'associe au fer.

Nous avons dit que sous l'influence de l'absinthe les malades se nourrissaient bien : Le fer alors, facilement absorbé, passe dans le sang appauvri, lui rend promptement sa plasticité, diminue la congestion sanguine des glandes et modère les sécrétions. A notre avis, peu de préparations ferrugineuses sont comparables à celle-ci sous le rapport de la sûreté comme de la rapidité d'action; dans des cas d'anémie très-graves, jugés désespérés et ayant résisté à toutes les autres médications, nous avons vu la guérison complète être obtenue dans l'espace de cinq à six semaines.

Quand l'estomac déjà débilité et affaibli ne peut supporter les préparations ferrugineuses, j'ai toujours observé que le fer uni à l'absinthe était, dans les mêmes circonstances, toujours facilement toléré.

Le fer doit toujours être employé à l'état de limaille brillante, très-pure et préparée à l'alcool par le procédé allemand. La préparation de l'extrait d'absinthe doit aussi subir une nouvelle modification : Nous avons vu que l'extrait préparé par le procédé indiqué plus haut est en définitive un extrait aqueux par suite de l'évaporation de l'alcool. Or, il est indispensable que l'extrait ne renferme plus la plus petite quantité d'eau, autrement comme il n'est possible de faire prendre cette préparation que sous la forme de pilules, le fer s'oxydrait inévitablement au contact de l'eau contenue dans l'extrait.

J'ai pu m'assurer que dans des pilules au fer et à l'absinthe de Louvard, préparées par ce procédé depuis plusieurs mois, le fer y était conservé à l'état brillant, sous aucune altération. Chacune de ces pilules renferme 0,50 centigr. de fer pur. Dans ces conditions nous faisons prendre le fer à haute dose (0,40 à 0,50 centigr.) par jour sans le moindre inconvénient. Ces doses élevées nous ont paru même nécessaires dans les cas d'une certaine gravité.

Il est nécessaire de bannir autant que possible, pendant le traitement, l'usage des aliments acides, tels que oseille, salade, fruits acides, etc., qui ont l'inconvénient de transformer le fer en sel (oxalate, citrate, etc.) infiniment moins assimilable : Cela est rendu manifeste, par les crampes d'estomac qui se produisent quelquefois, lorsqu'on ne prescrit pas de prendre cette précaution. Dr Edmond Faury.

18. Mixture antidyspeptique (*H. Green*).

Carbonate de magnésie	8 grammes.
Rhubarbe pulvérisée	6 —
Teinture de rhubarbe	25 —
Sirop simple	25 —
Hydrolat de menthe poivrée	100 —

Mêlez. Une cuillerée à bouche, dans les dyspepsies accompagnées de flatuosités ou d'aigreurs.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1872 : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 6 avril 1876 on a constaté 941 décès, savoir : Variole 1, rougeole 11, scarlatine », fièvre typhoïde 25, érysipèle 4, bronchite aigue 46, pneumonie 49, dysenterie 1, diarrhée cholériforme des jeunes enfants 2, choléra nostras », angine coueuneuse 8, croup 20, affections puerpérales 4, autres affections aiguës 257, affections chroniques 427 dont 198 dues à la phthisie pulmouaire, affections chirurgicales 42, causes accidentelles, 21.

MORTALITÉ A PARIS. — Population, 1,851,792 hah. Pendant la semaine finissant le 13 avril 1876, on a constaté 1,022 décès, savoir: variole, 8; rougeole, 10; scarlatiue, 2; fièvre typhoide, 17 ; érysipèle, 7; bronchite aiguë, 56 ; pneumonie, 77; dyssenterie, »; diarrhée choiériforme des jeunes enfants, 5; choléra nostras, »; angine couenneuse, 8 ; croup, 26 ; affectious puerpérales, 11; autres affections aigués, 263 ; affectious chroniques, 475, fout 236 dues à la phthisie pulmonaire; affectious chirurgicales, 38; causes accidentelles, 19.

LONDRES. — Population 3,489,428 hab. Décès du 26 au 1er avril 1876, 1.696, savoir : variole, », rougeole, 66; scarlatine, 19; fièvre typhoïde, 18, érysipèle, 2; bronchite, 251; pneumonie, 94; dyssenterie, 2; Diarrhée, 7; choléra uostras, »; diphtbérie, 5; croup, 13; coqueluche, 112.

LONDRES. — Populatiou, 3,489,428 hah. Décès du 2 au 8 avril 1876, 1.719 : variole, »; rougeole, 56 ; scarlatine, 37; fièvre typhoïde, 15; érysipèle, 6; bronchite, 226; pueumonie, 1 ; dysenterie », diarrhée, 19 ; choléra nostras, », diphthérie, 6; croup, 15 ; coqueluche, 85.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours de l'adjuvat.* — *Jury:* MM. les professeurs Sappey, Broca, Lefort, Béclard et Trélat. — *Candidats* : MM. Amodru, Bergonnier, Duret, Faure, Garnier, Henriet, Kirmisson, Lebecque, Marcano, Marot, Schwartz. — Les candidats ont comme préparation en pièce sèche : *Le voile du palais.* — Ces préparations devront être remises le samedi 10 juin, à la Faculté, à 3 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Daus sa séance du 4 avril dernier, le conseil municipal de Bordeaux a décidé que les plans et devis des bâtiments à construire pour la Faculté de médecme, seraient mis au concours. Un crédit de 1,800 fr. a été voté pour faire face aux frais de ce concours.

— Le concours, pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux, s'est terminé par la uomination de M. Rousseau Saiut-Philippe. (*Bordeaux Médical*).

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE DE RENNES. — Par arrêté du 5 avril 1876, des concours seront ouverts à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes : Le 6 novembre 1876, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie; le 14 novemhre 1876, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle; le 20 novembre 1876, pour un emploi de chef des travaux anatomiques.

ECOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — M. Thieulin est institué chef des travaux chimiques pour une période de trois années.

MÉDECINS-DÉPUTÉS. — M. le dr Lacascade vient d'être élu député à la Guadeloupe:

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — *Avis aux internes des hôpitaux de Paris.* — *Prix Civiale.* — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 fr. fondé par le dr Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura préseuté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'admiuistration, avant le 15 août 1876 au plus tard. Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser pour ohtenir des renseignements, au secrétariat général.

HOPITAUX EN ESPAGNE. — On se propose d'établir en Espagne des hôpitaux pour les enfants. Ces hôpitaux seraient entretenus à l'aide de souscriptions individuelles, comme en Angleterre et aux Etats-Unis. Déjà à Madrid, une dame a fait don de l'emplacement nécessaire pour l'érection des nouvelles constructions. (*Bordeaux médical*).

INSPECTEUR GÉNÉRAL. — M. Marcelin Berthelot, memhre de l'Institut, professeur au Collége de France, est nommé inspecteur général de l'instruction publique (enseignement supérieur), en remplacement de M. Balard, décédé. Arrêté du 20 avril).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE. — Le conseil d'Etat a encore fait les nominations ci-après : MM. C.-E. Browu-Séquard, professeur de physiologie; dr Ad. d'Espine, professeur de pathologie iuterne; dr I.-L. Prevost, professeur de thérapeutique; dr Vieilliet, professeur de proclinique; dr H. Gosse, professeur de médecine légale. Dans sou numéro de février, le *Bulletin* a annoncé, par erreur, une uomiuation à la place de professeur d'art obstétrical. Il n'a pas encore été pourvu à cette fonction. (*Bulletin de la société médicale de la Suisse romande*).

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. — Cette société a tenu sa séance solenuelle le 26 mars, sous la présidence de M. DUMAS, membre de l'Institut. Après avoir entendu le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Luuier, secrétaire général. les rapports de MM. Motet et Rianr sur le concours de 1876 et celui de M. Rotureau sur les récompenses, la Société a décerné : à M. Anthony Roulhet, une médaille d'argent et deux récompeuses de 500 fr. et 300 fr.; a MM. les Drs Coustan et Gibert. des médailles d'argent et des récompenses de 500 fr. et de 200 fr.; à M. Blanc, ouvrier typographe, une médaille d'argent et une récompense de 400 fr. et à MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé un encouragement de 500 fr. La Société a décerné en outre 8 médailles d'argent : à MM. Langlois, instituteur à Buc (Seine et-Oise), Peignier, instituteur à Moncel-sur-Seille (Meurthe-et-Moselle), Blanlot, instituteur à l'hospice Saint-Louis de Caen, Marin (Auguste), de la boulangerie centrale des hôpitaux de Paris, Chagnard (Jean-Baptiste), de l'hôpital du Midi, Chevalier (Nicolas), de l'asile d'Auxerre, et Lecocq (Louis-Philéas), conducteur de la compagnie des omnibus ; 219 médailles de bronze et 31 livrets de caisse d'épargne de 25 a 50 fr.; soit ensemhle 4310 fr.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. le docteur IMBERT, chirurgien honoraire de l'hôpital d'Arles : — du docteur PARMENTIER, ancien interue des hôpitaux, qui fut pendant longtemps trésorier de la *Société anatomique;* — de M. LOREAU, décédé le 5 mars 1876, à la Chauvinière (Indre-et-Loire); — de M. le docteur AUBRUN-DEWULF, ancien interne des hôpitaux de Paris; M. Auhruu u'était âgé que de 35 ans ; — de M. Ch. MÈNE, rédacteur eu chef de la *Revue de Chimie*.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, publié sous la direction de M. *Dechambre*. La 2e partie du tome X (2e série, MUL-MUS) contient entre autres les articles suivants : Tissu muqueux (Anatomie et physiologie), par Robin: — Tissu musculaire; anatomie, par Robin, physiologie par Legros et Onimus; pathologie, par Hayem.

KRISHABER et MAURIAC (Ch.). Des laryngopathies pendant les premières phases de la syphilis. In-8 de 70 pages.

VINCENT (E.). De l'ablation du calcanéum en général et spécialement de l'ahlation sous-périostée de cet os. In-8 de 188 p. avec 3 planches. 5 fr.

Librairie O. DOIN. rue Antoine-Dubois.

ABADIE. Traité des maladies des yeux. In-8, 1er vol. 500 p.

Librairie V.-A. DELAHAYE et Ce, place de l'Ecole-de-Médecine

SUCHARD (A. F.). Notice sur les bains de Lavey. In-8 de 48 pages.

Librairie COCCOZ, rue de l'Ecole de Médecine, 30.

FORTIN. Etude sur le sulfate de quiuine. In-4 de 124 p. fr. 50.

LE GARREC. Etude sur l'emploi des bougies de Beniqué dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, de la blennorrhagie chronique et de la contracture douloureuse du col de la vessie. In 8 de 105 p. 2 fr.

STOICESCO. Du frisson (pathogénie et nature), sa valeur séméiologique pendant l'état puerpéral; avec 35 tracés thermo sphygmographiques. Iu-8 de 124 p. 4 fr.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital des Enfants-Malades. Service de M. BOUCHUT. Consultatiou le lundi. Leçons cliniques le mardi, à 9 h. 1/2. Salle Sainte Catherine (F.). 1, paralysie diphthéritique; 2, scarlatine; 3, rhumatisme articulaire; 6, pleuro pueumonie; 15, affection cardiaque; 20, mal de Pott, méningite; 50, chorée, 52, catalepsie.

Service de M. LABRIC. Cousultatious le vendredi. 1, 2, chorée; 5, pneumonie (complication nerveuse); 7, croup (trachéotomie); 9, pleurésie (thoracentèse :) (1,500 gr.); 10, méningite, 11, angine couenneuse, bronchite pseudo-membraueuse ; 14, chorée (rhumatisme articulaire, affection mitrale); 23, tubercules cérébraux (accidents épileptiformes); 24, méningite.

Service de M. J. SIMON. Cousultation le samedi; pour les chroniques le jeudi. Cliuique le mercredi. (Ces leçons repreudront le 3 mai par l'étude de l'alcool et de l'iode). Salle Sainte-Marie (F.) : 5, abcès de la fosse iliaque, 7, mal de Pott; 32, affection cardiaque; 34, paralysie infantile. — Salle Sainte-Thérèse : Maladies de peau. — Salle Sainte-Marthe : Teignes. — Salles Saint-Luc et Saint-Vincent : Varioles.

Service de M. BLACHEZ, remplacé par M. DUGUET, agrégé. Cousultatiou: Maladies aiguës le jeudi: maladies chroniques le lundi. Leçous le samedi (reprendront en mai). Salle Saint-Ferdinand : 1, spina ventosa; 3, tumeur blanche du genou, mal de Pott; 18. coxalgie; 20, 21, paralysie pseudo-hypertrophique; 29, mal de Pott, paraplégie en voie de guérisou; 40, paraplégie guérie (mal de Pott).

Service de M. DE SAINT-GERMAIN. Consultation tous les jours sauf le jeudi. Cliniques le jeudi (ces leçons reprendrout au commencement de mai). Opérations le jeudi. Salle Sainte-Pauline (F.) : 6, tumeur blanche, hydarthrose après redressement du genou; 11, tumeur blanche du coude, ahcès multiples; 14, fracture du coude droit, 18, mal de Pott, paraplégie, trouhles trophiques; 20, pseudarthrose de la cuisse droite. — Salle Saint-Côme (G.): 1, hypospadias; 7, fracture de la cuisse droite sous-périostée; 9, rétrécissement traumatique de l'urèthre; 11, empyème; 15, fracture complète de la jambe droite; 16, plaie articulaire du genou; 20, fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus; 30, fracture complète de jambe; 14, chéloïde du cou (cautérisation par la pâte de Vienne).

Hôpital Sainte-Eugénie. Service de M. LANNELONGUE. Visite à 8 h. 1/4. Opératious le mardi. Salle Sainte-Eugénie : 1, division congénitale de la voûte palatine, restauration de la muqueuse nasale; 2, tumeur irréductible de la paroi abdominale du côté droit, sarcome; 3, fracture de la cuisse, cal difforme (remontant à six semaines) redressé; 4, torticolis congénital à gauche, ténotomie du sterno-mastoïdien, asymétrie et diminution de toutes les parties molles et osseuses de ce côté de la face; 5, tumeur maligne de la langue, récidive; 6, cancer de l'extrémité supérieure du fémur; 7, ophthal-

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL NECKER. — M. le professeur **HARDY**.

Leçon d'ouverture.

Recueillie par MM. BOUDET DE PÂRIS et COUTURIER, externes du service.

18 mars 1876.

Messieurs,

Cette première leçon, par laquelle j'inaugure à l'hôpital Necker, l'enseignement clinique de la Faculté, doit servir d'introduction à mon Cours; je me propose d'y exposer ma méthode d'enseignement, de vous renseigner sur les moyens d'études que vous trouverez près de moi; je veux enfin, par cette communication première, établir entre vous et moi le lien nécessaire qui doit relier, dans tout enseignement logique, l'auditeur et le professeur. Je compte aussi vous dire aujourd'hui. comment je conçois et j'entends pratiquer avec vous la clinique, et vous rappeler en la définissant quel est le but élevé qu'elle poursuit et comment on peut l'atteindre.

D'abord et avant tout, Messieurs, la clinique, c'est-à-dire la *médecine au lit du malade*, n'est autre chose que la médecine pratique elle-même, la pathologie appliquée à la connaissance des maladies, enseignée dans ses modalités par l'étude du malade lui-même. Et telle est l'importance de ce mode d'enseignement pour la connaissance des maladies qu'il pourrait à la rigueur remplacer tous les autres. C'est ainsi qu'en Allemagne l'enseignement de la pathologie proprement dite n'existe pas et qu'on l'apprend seulement par la clinique au lit même des malades.

Ces considérations, Messieurs, ne doivent pas cependant vous détourner de l'étude de la pathologie, mais je tiens à vous montrer que la connaissance exclusive de cette dernière, sans le secours de la clinique, vous exposerait à commettre en pratique de graves erreurs et de lourdes fautes.

La pathologie, en effet, ne vous montre que des types morbides parfaits, munis de tout l'ensemble symptomatique qu'ils peuvent présenter. Rien ne manque au tableau, tous les détails y sont indiqués, mais ce portrait si satisfaisant, si complet, n'est pas toujours ressemblant, et la plupart du temps, rien n'est plus changeant ni plus mobile que la figure du modèle.

Dans les arts, on nous présente l'Apollon du Belvédère comme le type de l'homme de notre race; et il serait certainement difficile d'en trouver un plus parfait. Jetez cependant les yeux autour de vous, et dites-moi combien vous trouverez d'individus ressemblant à ce modèle? De même en médecine, Messieurs, le malade s'écarte souvent et beaucoup du modèle que nous présente la pathologie.

Les dissemblances que présentent toujours deux malades, atteints de la même affection, avaient tellement frappé certains médecins qu'ils en étaient venus à nier la réalité des individualités morbides.

Dans une pareille doctrine soutenue principalement par un ancien professeur de notre faculté, par M. Piorry, il n'y a pas de maladies, il n'y a que des organes souffrants, des *états organo-pathiques* indépendants les uns des autres ou associés entre eux. La conséquence pratique de cette manière de voir serait donc qu'il ne faut jamais, au lit du malade, chercher la maladie qui n'est qu'une entité imaginaire, mais qu'il faut seulement reconnaître les organes malades, et répondre par la thérapeutique aux indications symptomatiques fournies par les lésions.

Vous allez voir, Messieurs, que la plus simple logique conduit à repousser une pareille doctrine; quant à la thérapeutique à laquelle elle conduit, elle peut convenir au garde malade, qui ne voit de la maladie que ses manifestations immédiates. Elle ne conviendra jamais au médecin.

La zoologie, la botanique réunissent dans les mêmes familles. dans les mêmes genres, des êtres en apparence dissemblables qui n'ont de communs que les caractères généraux et ces classifications, qui sont la base des sciences naturelles, ne sont attaquées par personne. C'est d'après les mêmes principes, qu'en médecine, nous donnons le même nom à des états morbides définis, ayant les mêmes causes, suivant la même marche, présentant les mêmes symptômes principaux et cédant habituellement aux mêmes méthodes de traitement. Cette classification des états morbides définis constitue la nosologie, et la pathologie a pour but leur description complète.

C'est par la connaissance de ces symptômes principaux, de la marche des maladies et de leurs causes qu'on parviendra au lit d'un malade à reconnaître et à nommer le mal dont il souffre, à rapprocher les signes des lésions matérielles qui en sont la cause et le point de départ, à indiquer encore l'étendue, le degré, la période de ces lésions, la forme et la variété de la maladie, en un mot à établir le diagnostic, problème difficile, qui exige, pour être résolu, que le médecin possède certaines qualités préalables et qu'il sache examiner le malade dont il veut connaître l'affection.

Et tout d'abord, je ne saurais trop le répéter, le médecin doit avoir de la pathologie une connaissance approfondie; je le comprends mieux que tout autre : avant de devenir professeur de clinique, j'ai en effet professé pendant dix ans la pathologie à notre faculté et permettez-moi de vous dire, Messieurs, combien, il vous sera profitable de suivre dans vos études l'ordre que j'ai suivi dans mon enseignement. Il faut en effet que l'étudiant, avant d'aborder la clinique, s'y prépare par une longue étude de la pathologie qui lui fournit les connaissances premières des maladies, leur description pour ainsi dire schématique. A cette connaissance des maladies, il devient maintenant nécessaire d'ajouter celle de la physique et de la chimie. Ces deux sciences ont fourni depuis quelque temps à la médecine tant d'instruments et de moyens précieux d'investigation qu'il n'est plus permis à personne de n'en point connaître les principes et d'en ignorer l'application. Vous nous verrez souvent dans nos salles analyser des urines, prendre à l'aide des ingénieux appareils de M. Marey des tracés sphygmographiques et vous jugerez vous-mêmes par les résultats qu'elles nous donneront de l'utilité de ces recherches. Il faut également posséder des notions suffisantes de matière médicale et d'hygiène, notions indispensables pour le traitement des maladies,

A toutes ces connaissances théoriques, il faut surtout joindre, Messieurs, les connaissances pratiques nécessaires à l'examen des malades, il faut que vous vous appliquiez à apprécier les signes des maladies, et surtout les signes physiques, ceux qui sont fournis par l'auscultation la percussion et la palpation, et vous devez vous y exercer continuellement pour vous familiariser avec ces moyens si précieux de diagnostic.

Il est à peine nécessaire de dire que le médecin doit avoir des sens entiers et exercés, il est évident en effet qu'un médecin sourd ou ayant une mauvaise vue commettrait journellement dans l'appréciation des signes de graves erreurs. Mais l'intégrité des sens ne suffit pas, il faut encore qu'ils soient exercés, il faut que l'oreille soit habituée à saisir les moindres différences de timbre, de rhythme, à apprécier les bruits les plus légers, il faut que l'œil sache distinguer la coloration, l'aspect des téguments et des tissus,

l'apparence des malades, leur *facies* et les variétés de ce qu'on appelle l'habitude extérieure.

Mais par dessus tout, il faut au médecin un esprit droit, un jugement sain. Il lui faut dans l'examen des malades avoir une extrême patience ; car, sachez-le bien, non pas seulement ici, dans les salles d'hôpital, mais également et surtout dans la pratique civile, vous trouverez des malades qui répondent mal à vos questions, qui vous dérouteront, qui vous égareront de toutes les façons. C'est dans ces cas qu'il faut être patient, savoir varier ses questions, revenir plusieurs fois sur le même point jusqu'à ce qu'aucun doute ne subsiste.

Je ne saurais trop vous recommander, Messieurs, de n'apporter dans l'examen des malades ni précipitation, ni idées préconçues, et surtout de ne pas vous laisser guider par l'imagination, en un mot, pour me servir d'une expression triviale, mais qui rend bien ma pensée, *de ne pas vous laisser emballer*. On ne doit se former une opinion que d'après ce qu'on voit et surtout lorsque cela est possible d'après les signes physiques, qui de tous ont la plus grande valeur diagnostique. Il faut chercher à réunir plusieurs signes, car en pareille matière une seule preuve ne suffit pas.

En cas d'incertitude, il faut savoir attendre et ne pas se hâter de formuler un diagnostic ; ce qui est obscur aujourd'hui, souvent sera clair demain, et en agissant autrement on s'exposerait à de fréquentes erreurs.

On parle souvent du tact médical, et on en fait une sorte de sens particulier, d'instinct, d'inspiration innée qui fait deviner au médecin et la maladie et la médication qui doit être employée.

Messieurs, le tact médical n'existe pas, du moins avec le sens qu'on lui donne, l'instruction médicale seule existe et elle s'acquiert. Le médecin qui a du tact, est le médecin instruit, expérimenté, doué d'un bon jugement et qui applique ces qualités à la connaissance d'un fait déterminé ; car on ne naît pas médecin comme on naît musicien ou poëte, on le devient par le travail et l'observation.

Je viens de vous dire quelles sont les qualités nécessaires au médecin, je vous dois maintenant quelques explications sur la manière de procéder pour arriver au diagnostic des maladies.

En approchant du lit du malade, quelques questions vous apprendront son âge, sa profession, sa constitution et son tempérament. Vous verrez également son attitude et sa figure et ce que les anciens appelaient *son habitus général*, la position qu'il occupe dans son lit, indices souvent précieux et qui peuvent vous donner une première indication du diagnostic. Mais ne vous lancez pas immédiatement dans l'examen des organes et des appareils jusqu'à ce que vous trouviez celui qui est malade, c'est une manière longue et trompeuse de procéder.

Commencez par interroger le malade, demandez-lui l'époque et le début de sa maladie, et surtout laissez-le parler, il vous fournira une foule de renseignements utiles. Sans doute, quelquefois, il vous dira des choses inutiles et fastidieuses, mais alors vous pourrez facilement l'empêcher de s'égarer. C'est lui qui vous apprendra le siége de sa douleur, qui vous donnera la notion de l'appareil malade, et c'est par cet appareil que vous devrez commencer votre examen.

Recherchez alors tous les symptômes, tous les signes physiques ; auscultez, palpez, percutez, interrogez les vibrations, s'il s'agit de la poitrine ; si c'est le système nerveux qui est atteint, interrogez la motilité, la sensibilité, l'excitation galvanique et les organes des sens. Rendez-vous compte de l'état de l'intelligence. Si c'est, au contraire, le système circulatoire qui est malade, auscultez le cœur, examinez le pouls et l'état de la circulation périphérique Cet examen achevé, passez aux autres organes et autres fonctions, analysez les sécrétions et surtout les urines, voyez si elles contiennent du sucre ou de l'albumine. Je ne saurais trop insister, Messieurs, sur l'importance de cette recherche et dernièrement vous avez eu l'occasion d'en apprécier l'utilité. Il s'agissait d'un jeune homme couché au n° 16 de la salle Saint-Luc et qui avait une pleurésie sèche. Il n'avait pas d'œdème. L'analyse nous a fait découvrir dans ses urines une notable quantité d'albumine.

Voilà donc une albuminurie que rien ne pouvait faire prévoir et qui nous aurait échappé si nous n'avions l'habitude de toujours examiner les urines de nos malades.

Enfin l'étude de la marche de la température surtout dans les maladies aiguës vous donnera souvent d'utiles indications diagnostiques et pronostiques. Je n'ai pas besoin de vous parler de son importance pour le diagnostic de la fièvre typhoïde au début, vous savez qu'elle seule souvent permet de la distinguer d'un embarras gastrique. Au point de vue du pronostic, elle n'est pas d'un secours moins certain et moins précieux. Quand vous la verrez s'élever au-dessus de 42°, quand vous la verrez descendre au dessous de 35°, vous pouvez prédire une mort prochaine.

La connaissance des maladies antérieures du sujet et de celles de sa famille n'est pas non plus à négliger, et vous devez insister sur cette partie de votre interrogatoire. Vous pourrez aussi rattacher les unes aux autres diverses affections, une maladie du cœur à un rhumatisme antérieur, par exemple. De même l'existence dans une famille d'une maladie diathésique ou constitutionnelle comme le cancer, la goutte, le tubercule ou l'aliénation mentale, pourra donner à votre diagnostic une plus grande certitude.

Cet examen une fois achevé, de l'analyse, il faudra passer à la synthèse, réunir les symptômes principaux, les grouper de manière à en former un tableau qui se rapproche d'un modèle pathologique. C'est en cela que consiste le problème diagnostique, problème très-difficile, quelquefois insoluble comme je vous le disais en commençant. Mais la maladie reconnue, il faut en prévoir l'issue.

Il est des maladies qui sont toujours légères, et, à moins de complications imprévues, on peut annoncer que la guérison arrivera. Il en est d'autres, au contraire, comme le cancer, la phthisie avancée qui sont toujours mortelles. Dans ces cas, pas de doute. Mais il est des affections qui, tout en étant graves, ne sont pas nécessairement fatales. Pour celles-là, il faut se guider sur l'état général, sur l'ensemble symptomatique, sur l'étendue des lésions pour prévoir la terminaison probable, pour établir le pronostic.

Mais là encore ne s'arrête pas la tâche d'un médecin, son but est de guérir le malade, et c'est pour cela seulement qu'il apprend l'anatomie, la physiologie, la pathologie et la matière médicale.

Certainement, Messieurs, je ne suis pas de ceux qui définissent la médecine, l'*Art de guérir*, car, d'après cette définition, le médecin qui ne guérit pas serait un mauvais médecin, un ignorant, et tout le monde sait qu'il est des maladies qui, par leur nature ou par l'étendue des lésions, condamnent le malade à une mort inévitable, et d'ailleurs la médecine comprend d'autres connaissances que la thérapeutique. Aussi définirons-nous la médecine l'*ensemble des sciences relatives à l'homme sain et à l'homme malade.*

Cependant si la médecine n'est pas essentiellement l'art de guérir la maladie, il faut reconnaître que le but de la médecine professionnelle est de guérir le malade, ou, si la guérison est impossible, du moins de le soulager et de prolonger son existence. La clinique vous donnera, Messieurs, les moyens d'atteindre ce but.

Dans les traités de pathologie, vous trouvez à la fin de chaque chapitre les moyens thérapeutiques qui ont été proposés contre chaque maladie, mais ces moyens sont tellement nombreux qu'en face du malade on a l'embarras des richesses, on ne sait duquel il faut user. C'est ainsi que dans la pneumonie on a proposé la saignée, le tartre stibié, l'alcool. On ne peut évidemment pas appliquer tous ces remèdes à la fois, et lequel choisir ? Eh bien ! Messieurs, il y a des indications thérapeutiques que la clinique vous apprendra et qui nous feront adopter tel traitement plutôt que tel autre Ainsi, pour revenir à notre exemple de la pneumonie, chez un jeune homme bien portant auparavant, fort, vigoureux, non débilité, je n'hésiterai pas à pratiquer une ou plusieurs saignées, et je suis persuadé que par ce moyen

je diminuerai l'intensité de la maladie et que j'en abrégerai la durée. Mais si la pneumonie tombe sur un vieillard ou sur une personne déjà débilitée, je me garderai bien d'employer le même mode de traitement. Loin de l'affaiblir par une perte de sang, je tâcherai de le remonter, de lui donner la force d'attendre la fin de sa maladie, et je lui donnerai de l'alcool.

Il existe pour chaque maladie des indications semblables, et c'est leur connaissance qui constitue la science des indications thérapeutiques.

Je crois, Messieurs, m'être suffisamment étendu sur la clinique, sur son but qui est de reconnaître les maladies, d'en prévoir la terminaison probable et d'établir un traitement basé sur des indications, je veux vous dire maintenant quels sont les moyens d'instruction qui seront mis à votre disposition.

A la visite du matin, nous examinerons les malades, nous établirons, en le motivant, notre diagnostic et notre pronostic, ainsi que les indications thérapeutiques. Sous ma direction et sous celle de mon chef de clinique, ceux d'entre vous qui le désireront seront exercés à l'examen des malades, à l'auscultation et à la percussion, et aussi à l'analyse des liquides de l'économie et spécialement des urines.

Dans les leçons à l'amphithéâtre, je ferai l'histoire complète et critique de certains malades, en insistant surtout sur le diagnostic et le côté pratique, sur le traitement et les indications thérapeutiques. Je vous parlerai souvent aussi des médicaments, je vous les montrerai, je dirai leur mode de préparation, les doses auxquelles ils doivent être employés et j'indiquerai leurs effets physiologiques.

Enfin, Messieurs, les autopsies seront pour vous un précieux moyen d'instruction, elles vous montreront les lésions que l'on trouve dans les affections que nous aurons diagnotiquées, celles que nous aurons méconnues et que nous aurions pu découvrir avec plus d'attention ; elles vous feront reconnaître aussi et toucher du doigt quelquefois des erreurs complètes. Ces dernières, Messieurs, humiliantes pour le professeur, sont les plus utiles aux élèves. Nous tâcherons qu'elles se présentent le moins souvent possible, mais quand il s'en trouvera, nous saurons vous en faire profiter.

Pour rendre plus complète l'étude des lésions morbides, des préparations anatomiques et histologiques sont nécessaires. Toutes les fois que l'occasion s'en présentera, mon chef de clinique, M. le Dr Renaut, soumettra à votre observation les pièces pathologiques recueillies dans le service et vous en donnera la démonstration.

Messieurs, en vous habituant de bonne heure à la médecine pratique, en luttant contre les difficultés du diagnostic que vous établirez d'après l'étude des symptômes et des signes physiques, en vous aidant de la physique et de la chimie, vous suivrez les traditions de l'École de Paris, célèbre entre toutes par la sévérité de son diagnostic et l'exactitude de ses indications thérapeutiques.

Vous suivrez les traditions de cette Ecole de Paris qu'on peut caractériser par son éloignement des hypothèses et par sa tendance à s'appuyer en médecine pratique sur des faits positifs et bien étudiés.

Comme personnification de cette exactitude dans le diagnostic qui rapproche la médecine des sciences exactes, je ne puis mieux faire que de vous citer mon illustre prédécesseur, M. le professeur Bouillaud, qui a illustré la clinique française et qui a contribué si puissamment aux progrès de la science médicale comme écrivain, comme professeur et comme thérapeutiste.

J'aurai occasion fréquemment de vous faire connaître ses recherches, ses doctrines, ses méthodes de traitement. Je ne fais que le citer ici, je le devais, puisque je prends la place qu'il occupait. Mais si je lui succède, je n'ai pas la prétention de le remplacer, et je veux seulement en commençant mes leçons abriter mon enseignement sous son haut et savant patronage.

ANATOMIE GÉNÉRALE

Collége de France. — M. RANVIER.

Cinquième leçon (*suite*) (1).

Recueillie par le Dr J. Renaut.

Sommaire. — *Noyaux musculaires.* — Noyau des muscles volontaires des mammifères. — Noyau des muscles volontaires des batraciens ; des insectes. — Forme et rapport des noyaux dans le faisceau primitif.

Messieurs,

Nous sommes en conséquence forcés de reconnaître que, dans l'état actuel de la science la signification morphologique du sarcolemme est difficile à déterminer, que l'on ne connaît pas la véritable nature de cette membrane, et que peut être elle constitue un élément anatomique particulier dont les analogues, s'il existent, nous sont encore complétement inconnus.

II. Noyaux. Si l'on examine un faisceau musculaire primitif du grand adducteur du lapin, vivant dans son propre plasma, et avec un grossissement de 300 ou 400 diamètres, il semble au premier abord dépourvu de noyaux. Dans ces conditions il est nécessaire pour voir apparaître ces derniers, d'employer des lentilles pénétrantes telles que le n° 10 à immersion de Hartnack. On arrive alors à distinguer sur le bord interne du sarcolemme des noyaux plus ou moins distincts, subjacents à cette membrane et qui n'apparaissent avec une certaine netteté que lorsqu'ils sont vus de profil. Les noyaux placés sous le sarcolemme, au centre de l'image microscopique, restent, au contraire, presque invisibles. La raison de cette différence est bien simple, les noyaux musculaires possèdent dans le muscle vivant un indice de réfraction fort peu différent de ceux du sarcolemme et de la substance musculaire. Pour les apercevoir, il faut les observer dans leur plus grande épaisseur c'est-à-dire de profil, condition qui n'est réalisée qu'au niveau des bords de l'image ou les noyaux sont placés de champ, tandis qu'ils sont vus plus ou moins à plat partout ailleurs.

Mais pour bien étudier les noyaux des faisceaux primitifs des muscles volontaires, il est nécessaire d'employer divers réactifs. Les plus simples sont fournis par les agents chimiques qui modifient leur réfringence, ou qui, la respectant, modifient celle de la substance musculaire ou du sarcolemme. C'est par ce mécanisme que les acides faibles font apparaître nettement les noyaux car ils diminuent la réfringence de la substance musculaire, et quelques-uns d'entre eux (l'acide acétique en solution un peu concentrée par exemple), exagèrent celle des noyaux. La potasse à 40 p. 100 agit tout différemment, elle démasque les noyaux en quelque sorte en faisant rétracter la substance musculaire qui les entoure. Les logettes dans lesquelles ils sont plongés s'agrandissant alors considérablement, les noyaux deviennent par suite facilement observables ; cependant pour les étudier complétement et en obtenir des préparations persistantes, il est préférable de recourir aux méthodes de coloration.

Si l'on fait agir pendant quelques minutes sur des faisceaux musculaires primitifs convenablement isolés, une solution de picrocarminate d'ammoniaque, et si on les examine dans ce dernier liquide après les avoir recouverts d'une lamelle, on reconnaît qu'une élection s'est produite et que les noyaux sont colorés en rouge. De son côté, la substance musculaire striée a pris une teinte jaune orangée. Il devient dès lors facile d'observer les noyaux, de les compter, et de déterminer leur situation exacte au sein du faisceau primitif. Cette situation varie suivant les espèces animales d'une part ; de l'autre, et chez un même animal, suivant les muscles observés.

Sur un faisceau primitif de l'adducteur du lapin étendu longitudinalement sur la lame de verre, on voit que les noyaux sont placés de distance en distance à la périphérie du faisceau, et qu'ils sont immédiatement subjacents au sarcolemme. Ces noyaux paraissent aplatis et de forme

(1) Voir les nos 4, 5, 6, 8, 11, 14.

lenticulaire. D'autres noyaux plus gros apparaissent de place en place et semblent moins nettement situés à la périphérie du faisceau. Pour déterminer leur position exacte, il convient de les examiner sur des coupes transversales, c'est-à-dire pratiquées perpendiculairement à l'axe de la fibre. On reconnaît alors que chez les mammifères les noyaux musculaires sont placés pour la plupart sous le sarcolemme, appliqués contre cette membrane et contenus dans une logette cupuliforme creusée dans la substance musculaire. Cette dernière présente à ce niveau une dépression en encoche, dont la forme détermine celle de la logette des noyaux. Par exception cependant, on trouve quelques noyaux complétement entourés par la substance contractile. Cette disposition rare ne doit point nous étonner, et nous en trouverons la raison dans le chapitre qui sera consacré ultérieurement à l'étude du développement des faisceaux musculaires primitifs.

Contrairement à ce que l'on observe chez les mammifères, les noyaux musculaires des faisceaux primitifs des muscles volontaires de la grenouille occupent pour la plupart l'épaisseur même du faisceau et sont plongés dans la substance contractile. Chez certains insectes du genre des carabiques, régulièrement chez les cicindelles et fréquemment chez les hydrophiles, les noyaux musculaires occupent le centre même du faisceau. Ils sont placés au milieu de la fibre dans une sorte de canal central, entouré d'une zone de substance granuleuse, et sont placés les uns au-dessus des autres, comme les grains successifs d'un chapelet. Nous reviendrons plus tard sur ces dispositions singulières que je me contente, pour le moment, de signaler.

La forme des noyaux musculaires est également variable. Ceux des mammifères ont l'apparence d'une lentille biconvexe très-aplatie, de sorte que, vus de face, ils paraissent ovalaires, et que, vus de profil, ils semblent fusiformes. Ceux des batraciens et notamment des grenouilles, ont une configuration toute différente. Plongés dans la substance musculaire, ils occupent dans l'épaisseur même du faisceau une situation fixe dans l'interstice de portions déterminées de cette substance, que Leydig a depuis longtemps nommées *cylindres primitifs*. Plusieurs cylindres primitifs parallèles et juxtaposés interceptent entre eux des espaces prismatiques à faces curvilignes dont les sections apparaissent sur les coupes comme autant de figures stellaires. C'est dans ces espaces étroits et parfois linéaires que sont contenus les noyaux ; ils sont aplatis, et les différents reliefs de la substance contractile qui les entoure s'impriment à leur surface sous diverses formes, de telle sorte qu'ils présentent des crêtes d'empreinte. Ces crêtes qui ont été signalées pour la première fois, il y a deux ans, par M. Ed. Weber, présentent une grande analogie avec celle des noyaux des cellules tendineuses ou de l'aponévrose fémorale des grenouilles.

Les noyaux aplatis que je viens de décrire ne sont point entourés d'une masse distincte de protoplasma comme l'avait pensé Max Schultze. L'existence d'une masse protoplasmique distincte autour du noyau situé sous le sarcolemme, dans le faisceau musculaire primitif des Batraciens, est d'ailleurs aujourd'hui devenue contestable. Lorsque, en effet, on observe ces noyaux à la surface du faisceau primitif, et de face, après avoir fait agir pendant quelques instants un acide faible sur la préparation, ils paraissent contenus dans un espace losangique produit par l'écartement de la substance musculaire à leur niveau, et l'on voit au-dessus et au-dessous de chacun d'eux un fuseau qui paraît rempli par une substance granuleuse. C'est cette substance même que Max Schultze, dans un mémoire célèbre, considéra comme le reste du protoplasma primitif de la cellule musculaire, protoplasma dont la majeure partie se serait transformée pour constituer la substance contractile ; et c'est en partant précisément de cette considération qu'il formula sa définition de la cellule, telle qu'elle est encore admise aujourd'hui par la majorité des histologistes.

Je ne puis vous exposer ici, dans leurs détails, les opinions de Max Schultze, relativement aux éléments cellulaires et à la définition qui leur convient. Mais je dois dire que ses conceptions, appliquées simplement aux noyaux des muscles, ne sont pas corroborées par les faits. Pour formuler une théorie exacte dans sa généralité, il avait, en effet, primitivement mal choisi son objet d'étude.

Messieurs, je n'insisterai pas pour le moment sur l'existence du protoplasma musculaire, ni sur les rapports qu'il peut affecter, dans le faisceau primitif des muscles volontaires, avec la substance contractile et avec les noyaux. Le rôle du protoplasma ne peut, en effet, être rigoureusement déterminé dans le cas qui nous occupe, que par la comparaison du faisceau primitif en voie de développement avec le faisceau primitif adulte. Pour continuer l'analyse histologique de ce dernier nous commencerons, dans la prochaine leçon, l'étude de la substance musculaire.

(*A suivre.*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. CHARCOT.**

4e LEÇON : **Des capillaires biliaires** (1).

Résumé de la leçon du 27 mars.

Messieurs,

I. Faisant un nouveau retour vers les études d'anatomie normale, je me propose de reprendre et de compléter aujourd'hui la description des *capillaires biliaires hépatiques*, que je n'ai pu qu'ébaucher jusqu'à présent. Ces capillaires doivent nous intéresser à un haut degré car ils sont, on le sait aujourd'hui, le siége d'un certain nombre d'altérations importantes.

Si nous jetons un coup-d'œil sur l'ensemble des canaux biliaires, depuis leur origine au hile du foie jusque dans leurs dernières ramifications, nous reconnaissons immédiatement la nécessité d'établir, dans ce système cependant partout continu, des divisions répondant à des modifications de topographie et aussi de structure. Lorsqu'on procède des parties extérieures aux parties profondes, on voit que les canaux biliaires doivent être divisés en quatre groupes : 1° Tout d'abord, viennent les gros canaux biliaires qui, jusqu'à un diamètre de 220 μ ont une tunique fibroïde externe contenant parfois des glandules spéciales que nous aurons à décrire et qui sont revetues à l'intérieur d'un bel épithélium cylindrique. 2° A ces canaux succèdent les conduits moyens dans lesquels l'épithélium tend à s'aplatir progressivement et à prendre la forme cubique ; en même temps que le diamètre relatif de la lumière du vaisseau s'amoindrit, la tunique externe devient de moins en moins épaisse et de plus en plus homogène ; les glandules disparaissent. 3° En troisième lieu, se présentent les canaux biliaires interlobulaires qu'on voit dans les *espaces* et les *fissures* qui séparent les lobules. Ici encore, l'épithélium offre la forme cubique. Ces canaux composent, dans l'intervalle des lobules, un réseau d'où partent les canalicules intra-lobulaires. 4° Ceux-ci, qu'on peut appeler *capillaires biliaires*, constituent un système réticulé de petits canaux cylindriques dont le diamètre ne dépasse pas 1 à 2 μ : c'est ce système que je me propose d'étudier actuellement.

A. La connaissance du réseau capillaire biliaire est une acquisition qui ne remonte pas au-delà d'une douzaine d'années. Kiernan, Beale, Natalis Guillot en avaient soupçonné l'existence. Mais la démonstration régulière, faite à l'aide d'injections, est due à Gerlach et à Brucke (1859). Cette démonstration a été rendue plus complète par Andrejevic (1861), Mac Gillavry (1864), Eberth et Chrzonszezewsky (1866). Il restait pourtant quelques incertitudes qui ont été complétement dissipées par le remarquable travail de Hering (1866). Depuis lors, l'existence du réseau des capillaires est un fait de connaissance vulgaire et vous en trouvez une description plus ou moins minutieuse dans tous les livres classiques. Il est indispensable, néanmoins, de déclarer que la démonstration par injection n'a pu, jusqu'ici, être rendue évidente que chez les animaux. Cependant, même chez l'homme, l'existence du réseau est indubitable, ainsi que j'aurai, dans un instant, l'occasion de vous le démontrer.

B. Décrivons maintenant le réseau capillaire biliaire, tel qu'il se révèle dans les injections pratiquées sur le lapin, car c'est encore cet animal qui a été utilisé surtout pour ce genre d'étude.

(1) Voir les nos 1[illegible], 1[illegible], 15, 16.

a Les caractères généraux de ce réseau sont la grande ténuité (1 μ à 2 μ) des conduits formant des mailles polygonales et l'uniformité de leur calibre. — *b*. La disposition particulière du réseau, telle que les conduits n'entrent jamais en contact avec les vaisseaux sanguins dont ils sont toujours séparés par une certaine épaisseur de protoplasma cellulaire.

Pour bien saisir la disposition de ce réseau, il importe de se reporter au schéma que je vous ai présenté dans l'avant-dernière séance et qui, d'après Hering, compare la cellule hépatique à un octaèdre tronqué à ses deux sommets et creusé le long des arêtes de gouttières destinées à recevoir les vaisseaux capillaires sanguins.

Sur chacune des faces latérales de l'octaèdre, à égale distance des gouttières qui reçoivent les capillaires sanguins et parallèlement à ces gouttières sont creusés des demi-canaux qui partagent les faces latérales en deux moitiés égales. Ces demi-canaux ou sillons se prolongent sur les faces répondant aux sommets tronqués où elles se croisent à l'angle droit. Il suit de là que, autour de chaque cellule, les demi-canaux figurent deux mailles hexagonales dont les plans se croisent sous un angle droit. Si nous supposons que dix octaèdres (ou cellules), construits sur le modèle de celui que nous venons de décrire, et creusés aussi de demi-canaux de même calibre et semblablement disposés, soient en rapport les uns avec les autres, vous comprendrez qu'il se produira des canaux cylindriques complets constituant autour de la cellule une double maille hexagonale. Admettons enfin que, par l'apposition successive d'un nombre suffisant d'octaèdres ou de cellules, cette disposition s'étende à toutes les parties du lobule, nous aurons alors une idée assez nette, quoique schématique à quelques égards, de la disposition du réseau capillaire biliaire et de ses relations : 1° avec les cellules hépatiques, 2° avec les vaisseaux capillaires sanguins qui, comme vous avez pu le remarquer, n'entrent nulle part en contact avec le réseau capillaire biliaire.

Cette vue schématique — et c'est là, en somme, son utilité, — va nous servir à mieux comprendre les apparences sous lesquelles se présentent dans la réalité, sur des coupes faites dans diverses directions, le réseau des canalicules biliaires injectés chez les divers animaux, et en particulier sur le lapin, objet actuel de nos investigations.

1° Commençons par considérer une coupe pratiquée parallèlement à la direction des vaisseaux capillaires radiés. Vous savez, par nos études antérieures, que, sur une pareille coupe, les cellules apparaissent sous la forme d'un rectangle à grand axe dirigé parallèlement aux vaisseaux sanguins. Les capillaires biliaires se montrent là sous l'aspect d'une ligne parallèle au grand axe de la cellule, à peu près à égale distance des vaisseaux auxquels ils sont également parallèles, offrant un léger coude çà et là, vers le milieu du corps de chaque cellule. Ces sinuosités répondent à l'arête transversale de l'octaèdre sur le schéma et, dans la nature, au point où se renflent les surfaces de la cellule. Au niveau de l'interstice qui sépare chaque cellule, on voit dans l'épaisseur du canalicule un pertuis foncé qui n'est autre, comme il est facile de s'en assurer en faisant varier le foyer de l'objectif, que l'orifice d'un conduit situé sur l'une des faces tronquées et parfois on peut suivre à une certaine distance le corps de ce canal. (Voir Hering, *loc. cit.*, Taf. IV, fig. V et Kölliker, *loc. cit.*, fig. 308.)

2° Si la coupe, plus épaisse, comprend une ou deux couches de cellules, on pourra voir par transparence le double réseau polygonal qui entoure chaque cellule. L'un de ces réseaux sera vu suivant un plan antéro-postérieur, l'autre suivant un plan transversal. Sur de pareilles coupes, le réseau biliaire semble sur plusieurs points en contact avec le réseau sanguin ; mais ce n'est là qu'une apparence qu'il est aisé de rectifier avec un peu d'attention. (Voir Hering, *Schultze's Archiv*. T. IV, fig. 11).

C'est sous cet aspect que se présentent la plupart des coupes et c'est ainsi que je vous ferai reconnaître ce réseau sur une belle préparation qui m'a été confiée par M. Ranvier.

3° Examinons maintenant une coupe faite perpendiculairement à la direction des vaisseaux radiés. Vous connaissez la disposition générale d'une telle coupe (Kölliker, fig. 310) ; si elle est très-mince, autour de chacun des petits carrés, que figure la cellule hépatique, dans l'intervalle et à égale distance des orifices ménagés pour le passage des vaisseaux sanguins, vous apercevrez sur la ligne de séparation de deux cellules voisines, de petits pertuis remplis par la matière colorante. Ce sont les sections transversales des canaux creusés sur chacune des faces latérales de la cellule. Si la coupe est épaisse, de manière à contenir une ou deux couches cellulaires, vous voyez, comme sur la figure 5 du mémoire de Hering, chaque orifice vasculaire entouré à distance par un système de mailles quadrilatères. Cela résulte de l'agencement des canalicules sur les sommets tronqués de l'octaèdre. Ces développements un peu arides vous montrent que le schéma rend assez exactement compte des dispositions naturelles : on ne peut guère lui demander plus.

II. La distribution générale des canalicules biliaires capillaires nous étant suffisamment connue, nous devons examiner de plus près leur structure. Ont-ils une paroi propre, indépendante de la cellule, à la surface de laquelle ils ne feraient que ramper en y laissant toutefois une empreinte, — ou bien sont-ce de simples sillons, produits par dépression à la périphérie des cellules, une sorte d'empreinte effectuée aux dépens de la couche la plus superficielle du protoplasma, rappelant les sillons que tracent les racines des certains arbres à la surface des pierres dans les interstices desquelles elles pénètrent? Cette dernière opinion est celle de beaucoup d'auteurs, de Eberth et de Hering entre autres. Seulement sur le passage du canal, suivant Eberth, le protoplasma subirait une espèce d'épaississement, d'induration formant cuticule. Henle, non plus, ne pense pas qu'il y ait de paroi propre. Il invoque, à l'appui, un argument de Schweigger-Seidel : Quand les canaux capillaires sont injectés à la gélatine, ils peuvent se détacher des cellules, cela est vrai, mais si l'on fait chauffer la gélatine, elle se dissout et il n'y a pas de résidu, il ne reste pas de paroi (1).

Toutefois, les arguments en faveur de l'existence d'une paroi distincte sont assez nombreux. Chrzonszczewsky avait déjà remarqué qu'après l'injection dite physiologique (2), les préparations par dissociation ont souvent pour effet d'isoler dans une certaine étendue les canalicules renfermant la matière à injection. Tout récemment, Fleischl (3), dans des préparations traitées à l'aide du pinceau, serait parvenu à isoler le réseau des canalicules dans une certaine étendue.

Il y a six ans, un anatomiste français, dont la carrière a été malheureusement trop courte, serait arrivé à mettre en évidence une disposition qui donnerait à la paroi du canicule une indépendance plus grande encore.

Son travail a été présenté à l'*Académie des sciences* en 1870, et une note assez longue, accompagnée de planches relatives à ces recherches, a été insérée dans le journal de M. Robin (1874). Legros faisait pénétrer chez des animaux dans les voies biliaires, suivant une méthode dont il serait trop long de reproduire le détail, une injection composée d'une solution de gélatine et de 1/600 de nitrate d'argent. Au contact avec la paroi des capillaires biliaires, l'argent dessinerait un réseau polygonal, de telle sorte que cette paroi devrait être considérée comme formée de cellules plates, séparées par un ciment que colore l'argent. La paroi propre des canalicules serait donc composée par la juxtaposition intime de ces cellules.

Ces observations très-remarquables n'ont pas, que je sache, été encore vérifiées par d'autres anatomistes. Ce sont des études qui méritent à tous égards d'être reprises (4). Si la disposition en question était bien et dûment constatée, elle donnerait sans doute la clef de certaines altérations pathologiques qui, sans cela, sont d'une interprétation difficile.

M. Cornil (5) et après lui M. Hanot (6) ont fait voir que, dans quelques cas de cirrhose, appartenant principalement à la forme hypertrophique, les canaux biliaires interlobulaires paraissent plus volumineux et peut-être plus nombreux que dans l'état normal. Leur calibre est souvent rempli et comblé de cellules épithéliales cubiques. Par conséquent, il y a lieu d'admettre qu'il existe là une véritable inflammation catarrhale de ces canalicules.

En rapport avec ces canaux et communiquant avec eux, on voit dans le lobule, dont les cellules hépatiques ont disparu

(1) *Virchow's Archiv*. 1863, Bd 27, p. 565.

(2) L'injection dite physiologique se fait sur l'animal vivant. On introduit à plusieurs reprises dans la veine jugulaire une solution froide de carmin d'indigo. On tue l'animal deux heures après et l'on aperçoit alors le liquide bleu dans les reins et dans le foie (vésicule du fiel, gros canaux biliaires). On fixe l'injection par l'alcool. Chaque lobule est entouré par l'injection que l'on retrouve aussi, dans l'intervalle des cellules sous forme d'un fin réseau (Réseau d'Andrejevic et Mac Gillavry). Chrzonszczewsky, *Virchow's Archiv*, 35 Bd, 1866.

(3) *Ludwig's Arbeiten*, 1875.—(4) C'est là un sujet de thèse tout indiqué.

(5) *Archives de physiologie*, 1871, et *Manuel d'anatomie pathologique*. Nouveau fascicule sous presse.

(6) Etude sur une forme de cirrhose hypertrophique du foie. *Thèse de Paris*, 1876.

plus ou moins totalement (1), un réseau de canalicules de 0,010 à 0,005 μ de diamètre, contenant des cellules épithéliales, non plus cubiques, mais plus ou moins allongées dans le sens du grand axe du canal. Comment interpréter cette disposition? M. Cornil pense que des cellules épithéliales, développées dans les canaux interlobulaires, se sont introduites, comme par refoulement, dans les canalicules intra-lobulaires qui, dans les conditions physiologiques, s'il faut en croire la plupart des auteurs, ne contiennent pas de cellules. Cette oblitération des canalicules intra-lobulaires serait la cause de l'ictère qui s'observe d'habitude et dès la première période dans la forme de cirrhose à laquelle je fais allusion (2).

J'avoue, Messieurs, que ce refoulement par *trop plein*, pour ainsi dire, de cellules épithéliales dans les canaux intra-lobulaires, me parait assez difficile à comprendre et si la disposition décrite par Legros était bien établie, il serait beaucoup plus simple d'admettre que les cellules plates qui, suivant cet auteur, constituent la paroi des canalicules se sont gonflées et multipliées ; mais il faut reconnaître que la description de Legros n'a pas été confirmée encore par d'autres anatomistes et partant il est sage de suspendre, jusqu'à plus ample informé, notre jugement à cet égard.

C'est, d'ailleurs, là un point sur lequel nous devrons nous arrêter à propos de l'histoire de la cirrhose et que, pour cette raison, je ne fais que mentionner aujourd'hui, en manière d'application. J'aurai aussi l'occasion, dans l'histoire de l'*atrophie jaune aiguë du foie*, de vous faire remarquer qu'une disposition des canalicules capillaires, analogue à celle qui vient d'être relevée au sujet de la cirrhose, a été mise en évidence par MM. Waldeyer, Zenker (3) et par M. Cornil lui-même (4).

Mais, je le répète, je ne veux, à l'heure qu'il est, qu'effleurer la question et j'en reviens à l'anatomie normale, car il s'agit de vous montrer maintenant que l'existence de ces canalicules biliaires capillaires, mise en évidence chez les animaux, par l'injection, peut être régulièrement démontrée chez l'homme à la vérité par d'autres procédés. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'anémie pernicieuse progressive (*Suite*).

L'observation principale du travail de Pepper (5) est relative à un cas d'anémie extrême avec tendance aux syncopes, hydropisies, fièvre irrégulière, dyspnée, délire vague, ecchymoses, autant de symptômes enfin qui, par leur ensemble et l'ordre de leur apparition, avaient permis de porter le diagnostic d'anémie pernicieuse progressive. — L'examen du sang, pratiqué pendant la vie n'avait fait constater qu'une diminution en masse du chiffre des globules rouges, mais sans augmentation du chiffre des globules blancs. A l'autopsie, on trouva dans le cœur, dans le foie, dans les reins, la dégénérescence graisseuse que les auteurs avaient signalée. La rate était légèrement gonflée, sans présenter dans sa structure aucune particularité notable. Enfin les ganglions lymphatiques étaient absolument sains, mais il y avait un développement anormal des follicules clos de l'intestin. — On examina la moelle du canal du radius et celle du sternum, et on la trouva nettement plus pâle que dans l'état de santé. Au microscope, elle parut uniquement constituée par des cellules rondes, serrées, renfermant quelquefois de la graisse, et qui, traitées par l'acide acétique, laissaient voir un noyau bien net, quelquefois granuleux. Le diamètre de ces éléments était de 10 mill. de millimètre environ. Dans le sternum, cette altération était moins accentuée que dans le radius.

(1) Cette disparition des cellules s'opère surtout à la périphérie.
(2) On trouvera tous les détails qui concernent ce point dans le fascicule actuellement sous presse du *Manuel* de MM. Cornil et Ranvier (p. 914), fascicule que M. Cornil a mis obligeamment à la disposition de M. Charcot, et aussi dans la thèse de notre ami et collaborateur, M. Hanot).
(3) *Deutsche Archiv*, t. X. — (4) *Loc. cit.*, p. 891. — (5) *The American Journal of medical Sciences*, oct. 1875.

Il est certain que dans la plupart des cas d'anémie pernicieuse, observés jusqu'à ce jour, l'étude des lésions de la moelle des os a été un peu négligée. Dans beaucoup d'observations, on ne les a même pas recherchées. C'est ainsi que dans le cas de Schumann, qui est pourtant très-récent (octobre 1875), il n'est fait aucune allusion aux lésions possibles de la moelle, et la chose est d'autant plus regrettable que sous le rapport clinique le fait est un des plus remarquables et des plus complets qu'on ait pu observer. Zenker avait dit un mot en passant de l'altération médullaire. Ponfick avait signalé un cas analogue à celui de Pepper. Ueber Fetthertz, p. 10). La moelle était pâle, d'un rouge gris clair, tout-à-fait ramollie et d'une apparence uniforme. Si, dans tous les faits observés, comme dans celui de Pepper, on avait pu constater une lésion semblable, le diagnostic de la maladie nouvelle ou l'interprétation pathogénique auraient pu être ainsi sensiblement modifiés. Le professeur de Philadelphie s'exprime à ce sujet de la manière suivante : « Il serait prématuré de baser aucune théorie sur les conditions spéciales qu'on a observées dans un cas unique ; mais s'il est reconnu que dans une anémie *idiopathique* ou *pernicieuse progressive* les lésions de la moelle des os sont constantes, il sera établi que cette affection est une simple forme médullaire de la pseudo-leucémie ; telle est la véritable interprétation à laquelle je m'arrête dès aujourd'hui. »

On pourrait rapprocher de l'observation de Pepper un cas fort intéressant de pseudo-leucémie myélogène publié en 1873 par M. Kelsch. Il s'agit surtout ici d'une description anatomique. Après avoir rappelé les recherches de Ranvier sur les modifications de la moelle dans la leucémie, l'auteur de l'observation fait voir l'analogie frappante qui existe entre les résultats des travaux précédents et ceux que lui fournirent ses propres recherches. Comme dans les observations de Ranvier, de Mursick (1) de Neumann (2), de Waldeyer (3), de Mosler (4). On avait affaire à une hyperplasie du tissu lymphatique de la moelle. — Sous le rapport clinique, l'histoire de ce cas particulier n'est pas très-complète; mais il semble bien qu'il s'est agi là de la forme anémique décrite par Biermer sous le nom d'anémie pernicieuse. La fièvre a présenté l'irrégularité signalée par les auteurs; elle est devenue permanente pendant les cinq derniers jours de la vie. — La pâleur extrême des téguments et des muqueuses, les caractères du sang observé pendant la vie, la marche de la maladie et sa durée ainsi que tous les autres principaux symptômes, à part les hémorrhagies qui faisaient défaut, permettent de supposer que le malade a succombé à l'anémie pernicieuse progressive.

Les hémorrhagies, nous l'avons dit d'ailleurs, ont été signalées parmi les symptômes inconstants de l'affection. A l'autopsie, outre les lésions de la moelle sur laquelle insistait M. Kelsch, on constata des ecchymoses à la surface des ganglions mésentériques.

Le diagnostic porté avait été celui de pseudo-leucémie myélogène. Si l'on doit admettre l'identité clinique de cette

(1) *Case of leucæmia occurring in connection with osteomyelitis following amputation of the thigh. New-York med Rec.* 1868.
(2) *Arch. d. Heilkunde*, 1870. T. XI, S. 10.
(3) *Virchow's Archiv. Diffuse hyperplasie des Knochenmarkes leukämie.* — 1871.
(4) *Zur symptomatologie d. myelogenen leukamie. Virchow's Archiv.* LVII, 3 et 4, 1873.

observation avec celles qu'on a qualifiées jusqu'à ce jour d'anémie pernicieuse, l'interprétation de Pepper restera définitive. Mais il n'est pas dit pour cela que la maladie soit uniquement constituée par une pseudo-leucémie médullaire. Les cas simples de cette forme morbide ont été jusqu'ici excessivement rares. La plupart du temps, on a constaté des lésions multiples qui ont pu être le point de départ de la maladie. Tantôt ç'a été l'hypertrophie des ganglions mésentériques; (on l'a particulièrement observée dans le cas de Schumann); tantôt on a trouvé un développement anormal des follicules clos de l'intestin; tel est le cas de Pepper.

En somme il n'y a dans la forme anémique dont il s'agit, rien qui soit véritablement pathognomonique, ni sous le rapport anatomique, ni dans la série des phénomènes cliniques observés.

L'opinion de Pepper qui fait rentrer l'anémie pernicieuse progressive dans la catégorie des diathèses lymphogènes, s'explique d'autant plus facilement qu'il n'y a dans cette anémie aucun symptôme dont on n'ait constaté l'apparition dans l'une ou l'autre de ces diathèses. Il n'y a guère que la conservation de l'embonpoint qui paraisse spéciale à l'anémie pernicieuse. Mais les troubles circulatoires, les signes physiques de l'anémie constatés à l'auscultation du cœur ou des vaisseaux, les crises dyspeptiques, les phénomènes psychiques, les accès fébriles irréguliers, les hémorrhagies, et particulièrement les hémorrhagies rétiniennes ont été depuis longtemps signalés parmi les symptômes communs de la leucémie. La rétinite leucémique, décrite par Liebreich en 1861 n'est pas une rétinite, à proprement parler. Notre distingué collaborateur, M. F. Poncet a signalé l'intégrité des cônes et des bâtonnets dans cette lésion. Elle ne consiste véritablement que dans la formation des épanchements dont nous avons dit quelques mots un peu plus haut.

Cet ensemble de faits rapprochant par d'aussi étroites connexions l'anémie pernicieuse de Biermer et les différentes formes de la cachexie lymphogène, permettait à M. Jaccoud de dire avant l'observation de Pepper : « La ressemblance de l'anémie pernicieuse progressive avec certaines formes de la cachexie lymphogène est si parfaite, que l'on pourrait se demander avec raison peut-être, si dans quelques faits rapportés par Immermann et Zenker, il ne s'agirait pas d'une lymphadénie méconnue, forme myélogène ou autre (1). » Nous reviendrons sur cette question lorsque seront publiés de nouveaux faits. Les développements qui précèdent suffiront, nous le croyons, pour éveiller l'attention de nos lecteurs. E. Brissaud.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Appendice à la séance du 8 *avril.*

M. F. Raymond. — Depuis que l'étude des *localisations cérébrales* est entrée dans une voie véritablement clinique, grâce aux méthodes d'analyse données par M. Charcot, un certain nombre de faits, et des plus importants, ont été produits en faveur de la doctrine; je viens, avec M. Gubler, à Beaujon, d'observer un malade dont l'histoire, si je ne me trompe, est particulièrement intéressante. Il s'agit d'un homme de 22 ans, entré à l'hôpital dans les premiers jours du mois de janvier. Il présentait, à ce moment, des signes évidents de tuberculose pulmonaire mais peu marqués, et l'affection paraissait devoir marcher lentement. Il était maigre, pâle, toussait beaucoup, peu ou point de fièvre, etc.

A la fin du mois de janvier, le 25, il commença à se plaindre d'une douleur violente dans l'hypochondre droit ; deux jours après l'apparition de cette douleur, il fut pris de vomissements répétés, abondants, verdâtres; en même temps, il avait une céphalalgie assez vive, siégeant principalement dans le côté gauche de la tête ; la fièvre apparut bientôt et la température atteignit 40° ; les lésions pulmonaires s'accusèrent davantage, et l'état général devint de plus en plus mauvais. Le 24 mars, il se plaignit de souffrir beaucoup de son bras, il lui semblait très-lourd ; par moments, il avait de grandes difficultés à le mouvoir. Le 25 mars, nouvelles douleurs dans le bras ; la paralysie de la motricité est complète ; la sensibilité est conservée ; le soir il pouvait, mais à grand peine, lever son bras sur sa tête. La paralysie du bras, jusqu'au moment de la mort, a présenté ce caractère d'intermittence ; il n'a jamais existé d'autres paralysies, soit dans la jambe droite, soit dans les bras et la jambe gauche ; peut-être bien que le muscle bucco-labial du côté droit ne se tendait pas aussi énergiquement que celui du côté opposé, peut être aussi que la langue était un peu déviée à gauche; mais ces symptômes étaient au moins douteux ; dans tous les cas, il n'y avait rien de comparable à la paralysie du bras, dont l'existence était indiscutable. Le malade mourut le 4 avril. L'autopsie montra du côté du poumon, des lésions tuberculeuses assez avancées. Le cœur est petit, sans lésions ; rien à noter du côté de l'abdomen.

Les enveloppes du cerveau sont le siége de granulations tuberculeuses ; la pie-mère, sur le lobe droit, en présente quelques-unes; celles-ci sont surtout disséminées le long des branches pariétales de la sylvienne ; à gauche, outre les granulations tuberculeuses, il existe de la méningite avec dépôts purulents ; la méningite qui est pour ainsi dire circonscrite, siége le long des deux circonvolutions marginales antérieure et postérieure, près du lobe paracentral; là, les granulations tuberculeuses sont nombreuses ; elles forment pour ainsi dire tumeur : la pie-mère, recouverte de pus, adhère d'une façon intime au tissu cérébral sous-jacent; il existe un pareil état anatomique, mais moins étendu ; dans les autres parties, il y a quelques granulations sans trace de méningite ; point de lésions cérébrales, point de foyers de ramollissements, point d'oblitérations capillaires; peu de liquide dans les ventricules ; rien du côté de la moelle ni des nerfs du bras.

Tel est le fait ; il peut se résumer ainsi : paralysie de la motricité du bras droit, paralysie un peu intermittente, en ce sens qu'à certains moments elle est complète et en d'autres moins absolue ; pour expliquer la paralysie, pas d'autres lésions que de la méningite tuberculeuse siégeant au niveau des centres moteurs du bras.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 avril 1876. — Présidence de M. Bouley.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique. La commission présente : en 1re ligne, M. Oulmont ; en 2e ligne, M. Boinet ; en 3e ligne, M. Delioux de Savignac ; en 4e ligne, M. Constantin Paul ; en 5e ligne, M. Dujardin-Baumetz. Nombre des votants, 73 ; majorité absolue, 37. Ont obtenu au premier tour de scrutin : M. Oulmont 66 voix ; M. Boinet, 5 voix ; M. Roux (?) 1 ; bulletin blanc 1. — En conséquence, M. Oulmont sera proposé à l'acceptation de Président de la République en qualité de membre titulaire de l'Académie.

M. Roussel (de Genève, lit une note sur la *tranfusion du sang* et présente à l'Académie l'appareil spécial dont il est l'inventeur. Le mérite de cet instrument, dont l'application est indiquée dans des cas extrêmement nombreux (hémorrhagies traumatiques, chirurgicales, puerpérales, spécifiques — anémie et ses formes variées — catalepsie et affections mentales ou névroses — autophagisme des convalescents, leucocytose —

(1) *Nouv. Dict. de méd. et chirurgie pratiques.* T. XX, page 474.

dénutrition générale,— tétanos,— choléra,— empoisonnements — emploi thérapeutique pour faire passer dans l'économie des substances médicamenteuses et *même le courant électrique* ? consiste en ce que le sang passe de la veine de l'individu qui donne dans la veine de l'individu qui reçoit sans arriver au contact de l'air.

M. Larrey lit au nom de M. Bérenger-Féraud une note manuscrite sur les relations qui existent entre la *colique sèche* et la *colique saturine* dans les pays chauds. Certains médecins qui pratiquaient aux colonies avaient remarqué que la colique particulière, endémique des régions équatoriales, affectait plutôt les Européens que les créoles blancs ou colorés ; et que cette colique présentait tous les caractères du mal produit par l'intoxication saturnine. D'où ils avaient tiré cette conséquence que la colique sèche des pays chauds et la colique saturnine n'étant qu'une même maladie, les créoles et surtout les nègres jouissaient d'une véritable immunité en présence de l'empoisonnement plombique. Parmi les plus ardents défenseurs de cette idée était Dutrouleau. — M. Lefèvre fut le premier qui démontra l'identité de la colique sèche et de la colique de plomb. — L'auteur de la note, M. Bérenger-Féraud, a pu observer des cas d'intoxication saturnine chez toutes les variétés de race habitant les Antilles, et il conclut de ses recherches et de ses observations que, Européens ou autochtones, blancs, mulâtres, noirs ou sang-mêlés intermédiaires, tous payaient tribut à l'intoxication saturnine. Si ces résultats ne concordent pas avec ceux de Dutrouleau cela tient uniquement à ce que jadis les créoles ne se mettaient pas à même de s'empoisonner par le plomb tandis que maintenant ils travaillent et manient comme les Européens les substances toxiques et en subissent les atteintes.

M. Gubler, à ce propos, rapporte un fait très-intéressant. Il y a quelque 15 ans, il a donné des soins à une famille composée du père, de la mère et de deux jeunes filles, dont tous les membres, sauf le père, étaient atteints des manifestations accoutumées de l'intoxication saturnine. Cette famille avait quitté une de nos colonies où régnait en grand une épidémie de colique sèche, épidémie qui paraît-il sévissait plus spécialement sur les femmes et surtout sur les enfants dont la plupart succombaient. Les phénomènes de la maladie se rapportaient évidemment à l'empoisonnement plombique. Mais l'étiologie en était totalement inconnue, lorsque le hasard fit découvrir que la poudre de toilette dont se servaient habituellement et les malades rentrés en France et les habitants de la colonie contenait près de 20 0/0 de céruse. L'emploi quotidien d'un poison aussi actif expliquait tous les accidents observés, et l'usage universel donnait la raison du caractère épidemique de l'empoisonnement.

M. Hardy désirerait qu'un débat s'élevât sur la question des rapports qui semblent exister entre la colique sèche et la colique de plomb, et demande l'opinion des médecins de marine.

M. Le Roy de Méricourt répondra dans la prochaine séance A 4 h. 1/2 l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission pour l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie interne. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 14 janvier 1876. — Présidence de M. Charcot.

9. Rein contracté. Absence presque complète d'albuminurie ;
par M. Magnant, interne des hôpitaux.

F.., A.. âgé de 45 ans, peintre en bâtiments, entré au mois de juillet 1875 (service de M. Mesnet), à l'hôpital Saint-Antoine.

Ce malade, qui est peintre en bâtiment, a eu antérieurement et à plusieurs reprises des coliques de plomb. Il a eu de plus une paralysie des extenseurs ; vers le commencement de juillet, c'est-a-dire environ trois semaines avant son entrée dans le service, il fut pris d'une toux fréquente avec expectoration muqueuse simple et peu abondante En même temps. il avait de la dyspnée lorsqu'il montait un escalier ou voulait accélérer sa marche.

L'examen du thorax, fait lors de son entrée, permettait de reconnaître une légère augmentation de sonorité à la percussion, avec un peu d'exagération des bruits respiratoires. Pas de râles. La dyspnée revenait alors par accès surtout le soir et allait même jusqu'à l'orthopnée. Du côté du cœur, on trouvait que les bruits avaient un timbre légèrement métallique, en même temps que le malade accusait quelques palpitations. Enfin le malade avait un facies cachectique, mais n'offrait aucune trace d'anasarque. Les urines contenaient à peine traces d'albumine.—Les jours suivants apparurent des signes de bronchite généralisée — Cet état était resté stationnaire pendant très-longtemps Plus tard, on constata un léger épanchement pleurétique du côté gauche.

Presque simultanément, on voyait alors apparaître l'œdème des jambes puis des cuisses, et des bourses, et enfin l'ascite. Pendant tout ce temps le malade souffrait beaucoup d'hémorroïdes, qui étaient toujours très-congestionnées et très-tuméfiées. L'état général s'altéra de plus en plus, et jusqu'au 1er janvier l'affaiblissement et la cachexie ne cessèrent de faire des progrès.

Dans les premiers jours de janvier, nous trouvons en effet le malade dans un état cachectique des plus prononcés. Son facies est des plus altéré. La peau a une couleur d'un blanc mate uniforme La face est boursouflée, tuméfiée, sans expression. Le ventre est volumineux, tendu ; la fluctuation y est des plus manifeste. Les cuisses et les jambes sont complétement œdématiées. Le malade passe ses jours et ses nuits assis dans son lit, ne prenant presque plus rien et dans un état de somnolence continuel, ne répondant presque plus aux questions qu'on lui fait. La respiration est lente et rare, mais l'état du malade ne permet plus de pratiquer l'examen direct du thorax. Le pouls est petit, à peine sensible.

L'urine pendant tout ce temps a été examinée par M. Mesnet avec la plus grande attention, et jamais il n'a pu y constater la présence d'une quantité appréciable d'albumine. Quant à la quantité d'urine rendue par le malade en 24 heures, elle s'est assez longtemps maintenue vers 500 grammes. Dans les derniers temps, elle a diminué, mais sans jamais tomber au-dessous de 300 grammes environ. L'état du malade s'aggrava de plus en plus pendant les derniers jours la somnolence devint presque du coma ; enfin il succomba le 8 janvier sans avoir présenté d'autres phénomènes particuliers.

Autopsie On constate que les deux *reins* sont considérablement atrophiés, réduits à la moitié du volume normal. Examinés extérieurement, ils sont pâles, et leur enveloppe fibro-celluleuse est résistante. La surface est en même temps finement granuleuse, sans bosselures ni saillies véritables. Le rein en un mot est granuleux, mais non lobulé. Sur la face antérieure de l'un, on trouve un petit kyste, absolument superficiel de la grosseur d'une toute petite noisette, et dont le contenu est analogue pour l'aspect à l'urine.

En faisant une *coupe* longitudinale d'abord convexe au bord concave, on constate : 1° que le tissu est plus ferme que normalement ; 2° que la portion corticale est à peu près annihilée, réduite à une étendue d'environ 0, 001 ; 3° que la portion médullaire est envahie de toutes parts par la dégénérescence graisseuse. Quant à l'aspect granuleux, il n'existe presque pas sur la coupe.

Le cœur est augmenté de volume, hypertrophié, avec quelques plaques laiteuses sur la face antérieure. Le muscle cardiaque est décoloré, et graisseux, mais les orifices et les valvules sont sains. A peine trouve-t-on un peu de dilatation de l'orifice auriculo-ventriculaire droit. Il y avait aussi un peu de liquide dans le péricarde.

L'aorte est saine, sauf en un point, voisin de l'origine des artères coronaires, points dans lequel il y a un peu d'athérôme au début.— Le poumon est un peu emphysémateux avec un peu de liquide dans les plèvres. — La rate a perdu environ la moitié de son volume mais est facile a déchirer. — Le foie enfin petit et manifestement sclérosé.

A quelle cause pouvons-nous rapporter dans le cas présent la maladie ? Nous avons dit que cet homme était peintre en bâtiments, et qu'il avait à plusieurs reprises présenté des accidents saturnins manifestes. Devons-nous aussi imputer au plomb la maladie des reins, et la sclérose des autres organes ?

Nous ne savons, le malade étant parfaitement guéri de tous ses accidents antérieur lors de son entrée. Toutefois s'il n'y a pas là un rapport direct de cause à effet, il faut reconnaître qu'il y a tout au moins une parfaite coïncidence, qui nous semble digne d'attention.

10. Maladie de Bright. — Anomalie du rein gauche ; par le même.

M. A... âgée de 36 ans, couturière, est restée longtemps dans le service de M. Mesnet à l'hôpital Saint-Antoine, elle a toujours uriné, quoique en petite quantité, mais jamais on n'a trouvé que des traces d'albumine dans ses urines. Il n'y avait pas non plus d'hydropisie. La malade était affaiblie ; ses traits décolorés annonçaient une cachexie avancée ; la respiration était pénible. Dans les derniers jours la dyspnée augmenta peu à peu et la malade succomba le 12 janvier 1876.

Autopsie. On ne trouve qu'un rein. Le gauche est à peine gros comme une noisette, arrondi, et perdu dans une loge cellulo-graisseuse qui a les dimensions habituelles. — Le rein droit a son volume normal. Sa surface e[illegible] lisse, non bosselée, non granuleuse, mais pâle, anémiée, et présente un aspect graisseux.

Une coupe suivant la longueur nous montre la couche corticale très-atrophiée, ayant presque disparu, et la substance médullaire congestionnée et graisseuse. — Le cœur est petit, contracté, graisseux, sans lésions des orifices, ni des valvules. Les vaisseaux ne présentent pas d'athérôme. — Les poumons sont: le gauche absolument sain, le droit également, sauf au sommet où on aperçoit les vestiges d'une ancienne lacune, et les traces d'une cicatrice rayonnée. (Un peu de liquide dans les plèvres). Le foie est gros et très-augmenté de volume. La rate est normale.

11. Gangrène de la bouche. Néphrite interstitielle. Excrétion d'urines bleues ; par M. Ramonède, interne des hôpitaux.

Pendant toute la durée de la maladie, les urines ont renfermé de l'indican ; à l'autopsie on trouva une néphrite interstitielle commençante et des infarctus multiples de la rate.

M. Robin fait remarquer combien il est nécessaire de bien indiquer dans les faits de ce genre les caractères de la matière bleue. Il règne à ce sujet, dit-il, de grandes confusions et la matière bleue n'est certainement pas identique dans tous les cas ; elle ne peut-être presque jamais considérée comme de l'indigo dont M. Gubler ni lui-même n'ont jamais reconnu la présence. L'indican ne doit pas être rapproché de l'indigo ; il se produit par l'action des oxydants qui détruisent l'indigo. Il rappelle un cas présenté par lui dans lequel la coloration des urines bleues était due à la présence de la cyanourine.

M. Longuet. C'est en vue d'éclairer cette obscure question que le fait actuel a été soigneusement étudié. J'ai fait l'examen histologique des reins et j'ai reconnu une néphrite interstitielle commençante ; le tissu de l'organe était décoloré ; les vaisseaux et surtout les veines étaient entourés de tissu conjonctif de nouvelle formation ; sur quelques points se montraient des ruptures vasculaires.

Il faut aussi tenir compte de l'état de la rate dont les altérations ont certainement précédé la mort de longtemps et ont peut-être joué un rôle dans l'apparition de la matière bleue.

M. Robin. Les urines de l'état fébrile, celles qui sont sécrétées pendant le cours des diarrhées abondantes se rapportent à un premier type : la matière bleue est constituée par des substances albuminoïdes à peine brûlées. Dans d'autres cas, on trouve de la cyanurine, c'est-à-dire un principe intermédiaire à l'urée et à l'acide urique. Enfin l'indigo qui est produite par une transformation de l'indol constitue une troisième espèce de matière bleue.

13. Hemorrhagie du centre ovale. Contracture. — Eschare fessière precoce ; par M. D[illegible]ssay, interne des hôpitaux.

B. M. 57 ans, couturiere, entrée le 10 décembre 1875, à Lariboisière dans le service de M. Millard.

La veille de son entrée à l'hôpital, elle a été pour la quatrième fois, frappée d'apoplexie cérébrale, avec perte absolue de connaissance. Au moment de l'entrée, et à la visite du 11 la malade est toujours dans le coma. On reconnaît une hémiplégie droite complète (paralysie flasque) ; la sensibilité est abolie partout ; les mouvements réflexes sont nuls. Déviation conjuguée des yeux, et du cou à gauche : déglutition difficile ; incontinence de l'urine et des matières fécales ; pas de bruit m[illegible] cœur.

Le 12, le 13, le 14, on note un certain degre de contracture des fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras du côté paralysé. Les fléchisseurs des doigts sont intacts. Du reste même état qu'au moment de l'entrée. Le 15 la contracture a disparu.

16. Il existe un léger degré de connaissance : la déglutition est plus facile, les mouvements réflexes reparaissent ; la sensibilité est toujours très-obtuse Paralysie flasque complète du bras, et de la jambe à droite ; l'aphasie persiste. Commencement d'eschare à la région fessière droite ne dépassant pas la ligne médiane. — 17. L'eschare fessière s'étend rapidement.

20. Quelques légers mouvements du côté paralysé. La malade peut s'asseoir sur son lit, se tourner sur le côté droit. La sensibilité reparait aussi un peu à droite. Toujours aphasie complète. Pas de contracture. Pas de fièvre.

28. En plus de l'état précédemment décrit et qui n'a pas varié, il existe un peu de fièvre et de l'agitation.

2 *janvier*. La fièvre et l'agitation persistent. L'intelligence est complétement abolie.

L'hémiplégie est de nouveau complète, sans contracture. La déglutition est assez facile ; incontinence des matières fécales et de l'urine. Rien du côté des yeux. L'état de la malade rend l'exploration de la sensibilité impossible. Il existe sur la fesse droite une large eschare noirâtre en partie éliminée.

9. Depuis le deux, on n'a observé aucun symptôme nouveau. Même agitation, même impossibilité de parler, même paralysie flasque à droite. Seulement l'état général déjà très mauvais a été s'aggravant de plus en plus. La malade est tombée dans le coma et est morte ce matin à 4 heures.

Autopsie. — *Cerveau.* Dans l'hémisphère gauche, on trouve un foyer hémorrhagique, renfermant un sang noir demi-solide ; il est situé dans le centre ovale, sur la limite des lobes frontal et parietal. Il est limité en dedans par la substance grise du lobe paracentral, en haut et en dehors par l'écorce des circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante. En bas, il est séparé du corps strié par un lit de substance blanche de 1 centimètre d'épaisseur. En avant, il ne s'étend pas au delà de la scissure frontale parallèle. En arrière il s'arrête au niveau du bord postérieur de la circonvolution pariétale ascendante. Rien dans le ventricule gauche. Le reste du cerveau est sain.

Cœur. — La valvule mitrale est épaissie, opaque, blanchâtre, manifestement insuffisante. Rien à noter dans les poumons, le foie, la rate et les reins. L'eschare fessière, qui recouvre une bonne partie de la fesse droite, sans dépasser la ligne médiane, occupe toute l'épaisseur de la peau et une partie du tissu cellulaire sous cutané.

14 Fracture intra-capsulaire du col du femur ; cloisonnement de la cavité cotyloïde ; par M. Féré, interne des hôpitaux.

Cette pièce provient d'une femme de 75 ans (service de M. Charcot) qui, il y a quinze ans, fut renversée par une voiture, tomba sur la hanche droite et ne put se relever. Elle resta couchée pendant vingt jours, puis se leva ; jamais elle n'a pu marcher depuis qu'avec des béquilles. Le raccourcissement était de 4 centimètres.

Autopsie. — En pratiquant une incision de trois centimètres sur la partie antéro-supérieure de la capsule articulaire, on pénètre dans une cavité à fond plat et lisse dans laquelle se meut le moignon du col élevé au niveau du bord supérieur de la cavité cotyloïde. Ce moignon, réduit au volume du pouce, n'a qu'un centimètre et demi de longueur et offre un aspect lisse et éburné. Au premier abord, on pourrait croire à une disparition de la tête articulaire et à un effacement de la cavité, et n'était l'aspect lisse de toutes les parties qui glissent sans bruit l'une sur l'autre, penser à l'arthropathie des ataxiques avec laquelle cette pièce présente une analogie appa-

rente. Mais en faisant une autre incision sur la face postérieure de la capsule, on ouvre une autre cavité contenant, comme la première, une petite quantité de liquide, et la tête fémorale séparée du col au niveau du bord de la surface articulaire qui a conservé son aspect lisse et nacré. La surface fracturée de la tête est recouverte de tractus fibreux qui se réunissent sur la demi-circonférence antérieure d'où se détache une lame aplatie de toute la largeur de la cavité capsulaire qu'elle divise en deux et qui va s'insérer en arrière du col, sur la face postérieure de la capsule. C'est cette lame fibreuse qui forme le fond de la cavité antérieure et masque la tête articulaire. Quant à la cavité cotyloïde elle a conservé son aspect normal. Le ligament rond est très-mince, mais paraît sain.

15. Fracture mixte du col du fémur; par M. Féré, interne provisoire.

La nommée L... âgée de 82 ans (service de M. Charcot), est tombée de son lit il y a six mois, sur la hanche droite, et s'est fracturé le col du fémur Quand elle fut apportée à l'infirmerie pour l'affection pulmonaire dont elle mourut, on pouvait constater un raccourcissement de trois centimètres et une énorme déviation en dehors du pied qui reposait sur son bord externe.

A l'Autopsie, on trouva une fracture de l'extrémité supérieure du fémur. Cette fracture présente en avant un trait oblique de haut en bas et de dehors en dedans qui porte en haut sur la partie la plus interne du grand trochanter et va rejoindre en bas le petit trochanter qui n'est pas entamé. La fracture est donc en dehors de la ligne saillante qui unit les deux trochanters. En haut le trait de la fracture se recourbe pour se diriger suivant l'axe du col en dedans de l'insertion postérieure de la capsule; puis continuant son trajet sur la face postérieure du col, il va rejoindre la ligne antérieure sur la limite supérieure du petit trochanter.

Cette fracture présente donc ce caractère particulier qu'elle est *extra-capsulaire en avant* et *intra-capsulaire en arrière;* le col est taillé en biseau aux dépens de sa face postérieure. Une synovie roussâtre baigne les fragments dont le tissu est ramolli à la surface et la laisse écraser sous le doigt.

La déviation excessive du pied en dehors s'explique par ce fait que le sommet du trochanter s'applique contre la face postérieure de la capsule articulaire; la rotation du fémur est telle que la ligne âpre regarde directement en dedans.

16. Enfoncement du côté droit du thorax. — Déchirure du foie et du rein droit. Entorse du genou gauche; par M. Moutard-Martin, interne des hôpitaux.

Ferr..., 19 ans, fumiste, entre le 8 janvier dans le service de M. Gosselin (salle Sainte-Vierge, n° 25). Il dit avoir fait une chute de la hauteur du cinquième étage, et être tombé d'abord sur une barre de fer, puis ensuite sur le sol. Au moment de son arrivée, nous constatons les symptômes suivants: Emphysème occupant tout le côté droit du thorax, remontant jusqu'à l'épaule et descendant près de l'épine iliaque: tout ce côté de la poitrine est nettement aplati, déprimé. Ce qui frappe tout d'abord, c'est la dyspnée et la décoloration du blessé. Ces deux phénomènes attirent l'attention vers le poumon droit.

L'emphysème gêne la percussion qui ne révèle aucun tympanisme; l'auscultation ne fait entendre aucun bruit métallique; la respiration est faible, lointaine. Nous concluons à l'existence d'une hémorrhagie interne qui, très-probablement, a pour siége la plèvre.

Le malade soulève et soutient sans difficulté ses quatre membres. P. 70. Il n'a pas craché de sang, et le ventre n'est pas excessivement douloureux.

9 janvier, matin. La nuit a été agitée; le blessé a uriné; la dyspnée continue, et même elle a augmenté. L'emphysème gagne sur la ligne médiane. Pas de douleurs de péritonite, pas de teinte subictérique des conjonctives; l'urine ne contient ni bile ni sang. M. Gosselin porte néanmoins le diagnostic de contusion probable du foie à cause de l'enfoncement des côtes qui lui correspondent. P. 80; T. 37°,1. — *Soir*: la dyspnée est plus forte; on applique 30 ventouses sèches; ni albumine ni bile dans l'urine. P. 76; T. 37°,6.

10 janvier, matin. Même état général si ce n'est que la prostration a augmenté: on obtient un son tympanique par la percussion du poumon droit sous la clavicule. Il existe un pneumo-thorax. Pas de crachats sanguinolents. P. 70; T. 37°,4. — *Soir*: le malade n'a pas uriné: l'urine est évacuée par la sonde: elle est absolument normale. P. 80; T. 37°,8.

11 janv., mat. La dyspnée est extrême, et les mucosités trachéales abondantes; le malade ne peut les expectorer. Il se plaint du genou gauche. En l'examinant, nous trouvons une mobilité anormale qui permet de porter la jambe en dehors en lui faisant décrire une sorte de mouvement de rotation autour du condyle externe comme centre. Ces signes permettent de conclure à l'existence d'une entorse du genou avec rupture du ligament latéral interne. En outre, nous remarquons l'existence d'un petit corps allongé, résistant, mobile, auquel on fait quitter sa place, et que l'on y fait rentrer au niveau de la face supérieure de la tubérosité interne du tibia; il est allongé transversalement, d'une longueur de deux centimètres environ, et ce n'est certainement pas une esquille, car la face interne du tibia est intacte. Ce corps n'a d'ailleurs ni la forme ni les caractères d'un tendon luxé. P. 70; T. 37°,5. Le malade meurt le soir.

Autopsie 36 heures après la mort. — *Cavité thoracique*: Rien au cœur ni au poumon gauche. A droite, la plèvre est ponctionnée sous l'eau; il ne s'échappe aucune bulle d'air. A l'ouverture du thorax, il s'écoule une grande quantité de liquide sanguinolent: la cavité pleurale est remplie d'adhérences filamenteuses qui relient la plèvre pariétale au feuillet viscéral. Celles-ci sont tenues et très-longues, car le poumon est aplati, affaissé et refoulé en haut et en dedans vers la colonne vertébrale. Le diaphragme est intact. Mais les extrémités des côtes fracturées font saillie dans la cavité pleurale: il n'y en a que quatre qui aient été épargnées, ce sont les 1re, 2e, 3e et 12e. Le poumon est alors insufflé; tout d'abord on n'aperçoit aucune perforation, mais bientôt quelques bulles d'air s'échappent par un point voisin de la scissure qui sépare le lobe inférieur du moyen, point que recouvrait une fausse membrane molle.

Cavité abdominale: Rien à noter sauf au foie et au rein droit. — *Foie*: Dans le lobe droit, à 3 centimètres environ de sa surface supérieure et de son bord droit, nous trouvons une déchirure anguleuse, peu profonde, longue de 3 centimètres environ; elle aboutit à un point où la substance hépatique est déchirée sur l'étendue d'une pièce de 50 centimes environ. Pas de déchirure superficielle de l'organe. Une hémorrhagie peu considérable s'est faite dans le petit épiploon gastro-hépatique.

Rein droit: Du sang est épanché en quantité notable dans l'atmosphère celluleuse du rein. Sa tunique fibreuse est parcourue horizontalement par des déchirures superficielles dont l'une, la plus longue, occupe la partie moyenne de la face antérieure, et s'étend du hile à un centimètre environ du bord externe de l'organe. Elle est irrégulière, sinueuse, peu profonde, et ses lèvres sont réunies par l'épanchement d'un peu de sang. — Sa profondeur ne dépasse pas 2 millimètres.

Une autre, longue de deux centimètres et offrant les mêmes caractères se trouve à la face postérieure. Deux ou trois plus petites se trouvent à la face antérieure sur l'extrémité inférieure de ce rein. Aucune altération à la coupe.

Genou gauche: Sous la peau, ecchymose occupant les faces latérales et postérieure et remontant sur la cuisse à quatre travers de doigt au-dessus de la rotule et descendant sur la jambe, surtout au côté interne à la partie moyenne du mollet. Epanchement de sang au côté interne de la rotule. Rupture du ligament latéral interne dont les fibres sont rompues à son insertion sur le tibia à des hauteurs différentes. A ce niveau, l'articulation est largement ouverte. Les ligaments extérieurs à l'articulation sont intacts. Mais les ligaments croisés sont rompus, l'antérieur incomplétement à son insertion supérieure, le postérieur complétement. Leurs insertions inférieures persistent, mais elles ont été fortement tiraillées et sont altérées: il y a eu rupture de plusieurs fibres, et leur résistance a beaucoup diminué.

Le fibro-cartilage inter-articulaire interne offre les altérations suivantes : Il est rompu au niveau de son insertion antérieure : il est demeuré adhérent à la partie du ligament latéral interne déchiré qui a suivi le fémur, de telle sorte qu'il est entraîné avec elle et resté collé au condyle interne. Son insertion postérieure n'est pas altérée.

1° L'absence d'air au moment de l'ouverture du thorax ne nous paraît pas contradictoire avec l'existence du pneumo-thorax constaté le second jour de l'accident. Il peut s'être passé les phénomènes suivants :

Primitivement, hémo-thorax partiel et pneumo-thorax que l'emphysème sous-cutané ne permettait pas d'apprécier ; puis l'épanchement liquide continuant dans la plèvre, refoulement de l'air dans le tissu articulaire des parois thoraciques et réplétion de la plèvre par le liquide.

2° L'entorse du genou est une affection dont on a rarement l'occasion d'étudier les désordres anatomiques. Celle-ci était caractérisée par la rupture du ligament latéral interne, des ligaments croisés et du fibro-cartilage inter-articulaire interne.

Séances de décembre 1875. — Présidence de M. Charcot.

Rétrécissement aortique et aortite chronique chez un enfant de deux ans ; par Moutard-Martin.

M... Eugène, âgé de deux ans, entre à la Salle Saint-Jean avec les antécédents suivants : il a été enflé il y a quelques mois, et depuis que sa mère l'a retiré de nourrice, il est oppressé.

Au moment de son entrée, nous lui trouvons une hypertrophie du cœur avec exagération de l'impulsion de l'organe : à la partie moyenne de la région précordiale, un frottement, que révèlent la palpation et l'auscultation fait diagnostiquer une péricardite; en même temps, un souffle très-fort et très-rude, dont le maximum occupe nettement la base, cache le premier bruit et fait reconnaître un rétrécissement aortique. Ce souffle s'entend dans tout le thorax avec une grande intensité. Quant au pouls, il est large, vibrant, et ressemblerait plutôt à celui d'une insuffisance aortique. — Pas d'albumine dans les urines. Malgré les vésicatoires, les choses ne se modifient pas, et tout-à-coup l'enfant fut pris de convulsions très-graves. L'application du marteau de Mayr le rappela à la vie : mais le lendemain, il avait une éruption variolique qui devint hémorrhagique, et à laquelle il succomba rapidement.

A l'autopsie, outre l'éruption variolique qui se prolongeait jusqu'aux dernières ramifications de l'arbre aérien, nous avons trouvé au cœur les lésions suivantes :

Péricardite peu étendue, sans épanchement. Cœur énormément hypertrophié. Rien à l'orifice mitral. Mais, à la face aortique de la valvule mitrale qui forme le sinus mitro-sigmoïdien, on remarque deux petites plaques jaunâtres, sans saillie, trace d'une poussée inflammatoire antérieure. Les valvules sigmoïdes sont rouges, épaissies, boursouflées ; elles étranglent au point de leur accollement un caillot agonique. Quant à l'aorte, elle offre sur une hauteur de deux à trois centimètres, à partir de son origine, de petites plaques de dimension inégale, variant de 2 à 5 mm. de couleur blanchâtre, légèrement jaunes qui font une saillie à peine appréciable.

(Sur la poussée inflammatoire qui s'était traduite par de l'œdème et de l'ascite, nous n'avons pu avoir des parents aucun renseignement détaillé. Quant aux parents, ils n'étaient pas rhumatisants).

13. Apoplexie pulmonaire d'origine embolique à forme miliaire, dans un cas d'angine diphthérique. Hémorrhagies de l'œsophage et de l'estomac; par Henry de Boyer, interne aux Enfants.

Au n° 24 de la salle Sainte-Catherine (service de M. Bouchut) entre, le 28 novembre 1875, la nommée C... âgée de 6 ans; en même temps entre même salle sa sœur âgée de 7 ans.

Ces deux enfants sont atteints d'angine diphthérique des plus graves, avec gonflement du cou, coryza couenneux, mais peu de symptômes laryngés; un plus jeune frère, qui paraît les avoir contagionnées, est mort quelques heures après avoir été opéré. C... présente sur presque toute l'étendue du cuir chevelu un impétigo ulcéré et qui s'est recouvert de productions diphthériques. Elle est soumise au traitement par l'émétique et prend, du 28 novembre au 2 décembre, jour de sa mort, quatre potions de 0 gr. 05 et quatre vomitifs de 0 gr. 25, en tout 0,30 ctg. L'examen du cœur et des poumons dénotait leur intégrité absolue ; les fonctions digestives étaient assez bonnes, pas de diarrhée, car on avait administré le tartre stibié en potion concentrée. — L'état général empire tous les jours et le 2 décembre l'enfant meurt subitement.

Autopsie. Gonflement considérable du cou ; ulcérations desséchées sur presque toute l'étendue du cuir chevelu ; nombreuses hémorrhagies sous-cutanées surtout prononcées à la face ; pas de diphthérite vulvaire.

La coupe du tissu sous-cutané montre que les hémorrhagies s'étendent dans la profondeur, et que quelques-unes accompagnent les gros vaisseaux. Après durcissement dans l'acide picrique il est évident qu'il y a eu et rupture de certains ramuscules oblitérés et transsudation séreuse en d'autres points. — Le sang est du reste consistant, de la teinte sépia caractéristique. — *Cœur*. Pas de traces d'endocardite ; du reste pas de caillots dans les cavités gauches, taudis que l'oreillette droite globuleuse est distendue par des coagulations relativement anciennes mais peu adhérentes aux parois. — *Rate, reins, foie*. Rien à noter au point de vue des infarctus, mais plusieurs points sont gras, surtout dans les reins. — *Larynx* obstrué par une fausse membrane encore perméable à l'air (la trachéotomie n'avait pas été faite). *Trachée, Bronches*, rougeur prononcée.

Poumons. Les deux poumons sont libres d'adhérences. Leur parenchyme est normal comme couleur et comme consistance mais semé de nodosités isolées les unes des autres, d'un volume allant jusqu'à celui d'un pois, parfaitement globuleuses, dures, imperméables à l'air : à la coupe on y retrouve les éléments du sang contenus dans les alvéoles déchirés : l'hémorrhagie est en tout semblable à celles qu'on détermine artificiellement par l'introduction de poussières dans les veines — (Cohn et Feltz). On ne voyait pas de caillot dans les branches de l'artère pulmonaire.

Œsophage. Estomac. L'œsophage présentait vers son extrémité inférieure quelques traces d'hémorrhagie, mais pas d'érosions ni de pustules; — l'estomac était le siége d'un pointillé hémorrhagique dans toute son étendue. Par places, ces taches étaient confluentes et formaient de larges plaques non ulcérées. L'*intestin* était aussi fort vascularisé et présentait une tuméfaction considérable des glandes de Peyer.

Réflexions. Nous avions dans ce cas à noter des lésions d'origine embolique et d'autres dues sans doute à l'état particulier du sang ; la disposition presque lobulaire de l'hémorrhagie pulmonaire, sa dissémination ne peuvent s'expliquer que par une obstruction des capillaires pulmonaires.

Mais c'est un mécanisme qui ne rend pas compte de l'irritation du tube intestinal qu'on ne compte ordinairement pas au nombre des lésions de la diphthérie. Faudrait-il rapporter ces lésions à l'action de l'émétique? Nous voyons, en effet, dans l'*Etude médico légale sur l'empoisonnement* de M. Tardieu, des cas, où l'on a observé l'hémorrhagie pulmonaire, la rougeur des bronches, et surtout l'hémorrhagie de l'estomac à la suite de doses peu considérables d'émétique (0 40 ctg. en 4 jours), et chez un adulte (cas de Laveran). Notons cependant que, dans ces cas, il y a eu des symptômes d'intoxication et des éruptions stibiées, et que dans celui dont nous nous occupons rien de tel n'a eu lieu. Peut-être faudrait-il alors plutôt attribuer l'hémorrhagie même de l'estomac à l'altération prononcée du sang dans la diphthérie?

Kéloïdes spontanées ; par E. Ory, interne.

Le nommé Ard... Charles, âgé de 38 ans, chapelier, est entré, le 24 novembre 1875, à l'hôpital Saint-Louis, n° 20, salle Saint-Jean, pour se faire traiter de nombreuses petites tumeurs douloureuses qu'il a vu se développer sur ses épaules, depuis plusieurs années.

Cet homme grand, robuste, bien constitué, est défiguré par des marques de la petite vérole, maladie qu'il a contractée en 1864. Les cicatrices sur le visage sont très-profondes et m...

tiples. Ce malade avait cependant été vacciné avec succès dans sa première enfance, ainsi qu'en témoignent sur les bras les traces de boutons de vaccine. Comme antécédents, il accuse en outre une fluxion de poitrine en 1861. A part ces deux maladies, il dit avoir une bonne santé habituelle; il affirme n'avoir jamais eu, dans son enfance, ni maux d'yeux, ni gourme, ni ulcération derrière les oreilles, ni ganglions volumineux ou douloureux.

L'affection actuelle débuta, ou mieux fut reconnue par le malade, vers l'âge de 18 ans, par deux plaques symétriquement placées, à la partie interne et supérieure des bras. Ces plaques existent encore actuellement; elles affectent une forme cruciale, dont les branches ont environ 3 centimètres. Cet aspect est surtout très-marqué du côté droit, où la lésion représente assez bien une croix de Malte. Puis apparurent (à 8 ans après), et grandirent successivement, les autres tumeurs sessiles que l'on constate sur les épaules. On voit, en effet, du côté gauche plusieurs groupes au voisinage de l'angle inférieur de l'omoplate, d'autres répondant à la région deltoïdienne se prolongent en arrière, par une traînée inégale, irrégulière, interrompue, suivant une ligne qui répond à peu près à la direction de l'épine de l'omoplate. Ces tubérosités se trouvent également du côté droit, elles y sont même plus nombreuses.

Ces nodosités sont recouvertes d'un épiderme sain; elles ont une coloration rosée un peu pâle, leur consistance est ferme mais non pas dure, elles se déplacent avec la peau; leur développement a été lent et progressif; leur aspect est celui des cicatrices qui succèdent aux brûlures, ou bien encore à celles qui sont consécutives aux plaies chez certains scrofuleux. Elles font une saillie notable, mais variable suivant les points; les unes à peine marquées, les autres s'élevant de plusieurs millimètres au-dessus de la peau. Elles sont limitées par un bord net bien tranché et sont toutes sessiles. A leur niveau, la sensibilité tactile n'est pas modifiée, mais au dire du malade, ces tumeurs sont le siége de picotements, de démangeaisons et même d'élancements douloureux, survenant par accès, persistant parfois une demi-heure, et dont le retour serait plus fréquent depuis quelques mois. La peau au niveau du sternum, ne présente pas de lésion analogue; le reste du corps paraît sain. Cependant, au niveau des six piqûres (traces de vaccine) on constate l'aspect franchement kéloïdien des cicatrices; mais là, les kéloïdes sont plus blanches; enfin au niveau du pli du coude gauche, les traces d'une double saignée faite en ce point sont marquées par de petites kéloïdes blanches, mais très-nettes.

Le malade ne prétexte ni coup, ni frottement habituel, ni application irritante; il est chapelier, ne porte pas de lourds fardeaux; il n'est ni scrofuleux, ni syphilitique, ni rhumatisant; il affirme jouir d'une bonne santé, les douleurs qu'il éprouve au niveau des tumeurs l'ont seules déterminé à venir consulter.

Il paraît donc qu'il s'agit bien ici de *vraies kéloïdes spontanées*, décrites par Alibert; maladie classée par M. Hardy parmi les difformités de la peau. On retrouve, en effet, dans ce cas, des tumeurs bien limitées, saillantes, au-dessus du niveau de la peau de 1 à 5 ou 6 millimètres, variables de forme et d'étendue, mais d'une consistance un peu ferme et élastique. Ces tumeurs sont enfin le siége de démangeaisons et même d'élancements douloureux. Or ces symptômes sont ceux que M Hardy indique dans son article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. On retrouve ici l'aspect en croix de Malte observé une fois par Alibert. Quant au siége, ce cas a ceci de remarquable que la région sternale, lieu fréquent de sa production est ici intacte, puis les lésions siégent à la partie supérieure des membres supérieurs, ce qui est rare; leur nombre, enfin, est exceptionnel (plus de vingt plaques).

La santé générale est restée bonne, c'est la règle; le développement a été lent et progressif. il n'y a jamais eu d'ulcération de la peau; ce sont encore la des caractères propres aux kéloïdes spontanées, ainsi que l'indique Hébra et mon maître M. Hardy, contrairement à l'opinion d'Alibert qui admettait la possibilité de l'ulcération. Quelques-unes de ces tumeurs paraissent avoir diminué de volume, ce qui a été également noté.

Je ferai remarquer la symétrie, au début de l'apparition, des deux premières plaques, toutes deux de forme cruciale, siégeant à la face interne et supérieure de chacun des deux bras; la coloration plus rosée des kéloïdes spontanées, comparées à celle des kéloïdes cicatricielles répondant aux piqûres de vaccin, et aux deux petites plaies de la saignée du bras gauche. J'ajouterai enfin, que contrairement à l'opinion de M. Bazin, le sujet, blond il est vrai, n'est certainement pas scrofuleux (1).

M. Sevestre. J'ai observé cette année dans le service de M. Sée, à la Charité, un fait qui me paraît assez analogue à celui de M. Ory, et dans lequel l'examen histologique a pu être pratiqué. Il s'agissait d'une femme de 65 ans, arrivée au dernier degré de la cachexie et qui faisait remonter à 4 mois environ le début de sa maladie. Depuis cette époque, elle avait perdu ses forces, avait maigri et en même temps avait constaté le développement de tumeurs sur la partie supérieure du tronc. Ces tumeurs avaient grossi progressivement, mais quelques-unes d'entre elles, après avoir pris un certain développement, s'étaient affaissées peu à peu, sans s'être ramollies auparavant, et avaient laissé une dépression cicatricielle d'un brun plus ou moins foncé. Au moment de l'entrée à l'hôpital, le 27 juin, voici ce que l'on constatait: «Sur la partie antérieure et supérieure de la poitrine, se voient de petites taches rosées ou légèrement brunâtres, un peu saillantes et ayant assez bien l'apparence d'une lentille. Le doigt promené sur ces tâches perçoit une induration limitée à la peau, et de plus la palpation révèle aussi l'existence d'autres plaques également un peu saillantes, mais au niveau desquelles la peau a conservé sa coloration normale. Ces plaques, pâles ou colorées, deviennent plus abondantes à mesure qu'on se rapproche de la région externe et sur la paroi antérieure de l'aisselle, elles sont à la fois plus larges et plus saillantes; elles forment là des plaques irrégulières résultant pour la plupart de la réunion de petites saillies signalées plus haut. Au même point, on trouve d'autres taches brunes mais qui au lieu d'être saillantes sont au contraire déprimées et plissées, comme si la peau à ce niveau était revenue sur elle-même après avoir été distendue. La malade dit du reste que ces taches étaient autrefois saillantes. Une de ces dépressions brunes existe aussi dans le dos vers le milieu de la région dorsale, et une autre a la face interne du bras droit. Ces taches, quelle que soit la variété, sont à peu près indolentes et deviennent seulement le siége d'une légère démangeaison par le frottement. »

La malade, ainsi que je l'ai déja dit, était très-maigre, pâle, cachectique, et présentait un peu d'œdème du membre inférieur; les urines ne contenaient pas d'albumine; l'examen du sang montra qu'il n'y avait pas de leucocythémie. Malgré cela, on crut pouvoir considérer les plaques cutanées comme des productions lymphatiques. Il n'y avait du reste de ganglions développés en aucun point du corps. La rate paraissait un peu grosse, mais ne pouvait être limitée facilement. La malade mourut au bout de quelques jours sans avoir présenté aucun phénomène nouveau.

L'autopsie permit d'affirmer la nature lymphatique des lésions. En effet, la rate, qui pesait 960 grammes, contenait dans son intérieur des masses blanches présentant à l'œil nu et au microscope les caractères du lymphome, et l'examen des plaques cutanées, fait par M. Cornil, montra aussi que ces plaques étaient constituées par du tissu lymphatique.

Les lésions de la peau présentaient la plus grande analogie avec celles que nous voyons dans le fait de M. Ory. Aussi serait-il bon de faire l'examen du sang, dans les cas de ce genre et quand même on ne trouverait pas de leucocythémie, je crois qu'un bon nombre de ces faits pourraient être rapprochés des cas de lymphadénie cutanée; on sait, du reste, combien est encore mal connue l'histologie des kéloïdes spontanées.

---

(1) Le moulage est déposé au musée de l'hôpital Saint-Louis.

Molluscum; Fibrômes multiples de la peau; par Ch. Remy, interne.

Bertrand, Françoise, 42 ans, entre le octobre 1875 à l'hôpital des Cliniques, service de M. le professeur Broca, pour y subir l'extirpation d'un sein cancéreux.

Le sein droit est dégénéré dans toute son étendue; il représente une tumeur multilobée, du volume de deux poings, de consistance mollasse, sur laquelle se voient trois ulcérations par où font saillie des bourgeous cancéreux. Le mamelon est rétracté. De gros ganglions existent dans l'aisselle droite. La malade présente la maigreur et la teinte cachectique jaune paille des cancéreux.

Mais c'est à un autre point de vue que cette malade nous intéresse; elle a une multitude de petites tumeurs disséminées à la surface de la peau. Ces tumeurs donnent la sensation de noyaux mollasses et sans élasticité, enkystés dans l'épaisseur de la peau qui ne leur adhère pas et glisse sur elle. Sphériques pour la plupart, ces tumeurs varient depuis un volume à peine appréciable à l'œil nu jusqu'au volume d'une noisette. Les plus petites font à peine saillir la peau. Plus volumineuses, elles forment des saillies demi-sphériques. Quelques-unes sont pédiculisées et suspendues dans une sorte de scrotum cutané, résultant des tractions excercés par les vêtements sur les saillies qu'elles forment.

Ces tumeurs demeurent flasques et ridées, après qu'on les a pressées. La peau qui les recouvre est amincie et lisse, sans changement de coloration; elle ne présente aucun orifice ni aucune dépression. Les poils, comme nous avons pu le voir sur le pubis, sont écartés par la tumeur et n'émergent pas de sa surface. Le nombre de ces tumeurs peut être évalué à plusieurs centaines; elles occupent de préférence les endroits où la peau est la plus fine, les seins, la face interne et antérieure des membres. Les plus volumineuses, siégent l'une à l'apophyse mastoïde gauche, l'autre sur la hanche gauche, l'autre à la face interne de la cuisse droite.

On devait se demander si ces tumeurs n'étaient pas une répullulation du cancer du sein, mais les seuls renseignements de la malade ne laisseut pas de doute à ce sujet. La tumeur du sein ne date que deux ans environ, tandis que les petites tumeurs sont beaucoup plus anciennes.

Ces petites tumeurs auraient, au dire de la malade, dix-huit ans d'existence; elles se seraient produites sur les cicatrices de pustules d'une variole contractée vers cette époque, et les premières de ces tumeurs seraient apparues peu de temps après l'évolution de la variole.

Elles offrent les caractères cliniques du *molluscum*; elles n'ont jamais produit ni douleur ni incommodité. Quelques jours après l'opération, la malade succombe à l'infection purulente.

Autopsie. — Phlébite axillaire; trois accès métastatiques du poumon ayant le volume d'une noisette. La tumeur du sein est un épithélioma à cellules épithéliales pavimenteuses, qui paraît être né dans les culs-de-sac des glandes.

Par une incision on peut se renseigner que les tumeurs cutanées sont formées par une pulpe mollasse, blanchâtre qui ne renferme pas de cavités. Ces nodosités s'énucléent avec la plus grande facilité de l'épaisseur du derme où elles sont situées, mais on ne leur trouve aucune enveloppe fibreuse.

Ces tumeurs sont composées par un tissu toujours semblable à lui-même. Les éléments primordiaux sont des fibrilles tenues de tissu conjonctif, mesurant 8 à 10 μ, qui sont pressées les uns à côté des autres et présentent une grande quantité de noyaux un peu allongés. Ces fibrilles, le plus souvent parallèles, décrivent de grandes couches proportionnelles au volume de la tumeur. Leur disposition rappelle quelquefois celles des myômes, mais nous ne sommes pas parveuu à y démontrer l'existence de fibres lisses. On peut voir à la périphérie quelques-uns des faisceaux qui composent la tumeur s'écarter pour laisser passage à quelques fibres de tissu conjonctif normal qui les entrecroisent. Quelquefois le centre de ces tumeurs offre un certain nombre de cellules graisseuses. Des vaisseaux capillaires parcourent ce tissu. Quelques-uns le continuent jusque dans les papilles du derme et sont accompagnés par des prolongements du tissu nouveau. On rencontre assez rarement des tronçons de glandes sudoripares.

Nous avons examiné les rapports de ce néoplasme avec la peau et les annexes de la peau. Les tumeurs sont plongées au milieu du tissu conjonctif normal dont quelques fibres au moins séparent toujours la tumeur du revêtement épithélial. Le revêtement épithélial, les glandes sudoripares, les glandes sébacées ne contractent aucun rapport avec elles. La tumeur nous a paru plusieurs fois développée sur les parties latérales de la gaîne d'un cheveu; ce qui pouvait mener à l'idée d'un myôme que nous avons repoussée à cause de l'absence des éléments caractéristiques. Nous croyons pouvoir conclure à un *fibrome embryonnaire ou fibro-sarcome*.

Quelques jours plus tard nous avons pu examiner une tumeur pédiculisée, mollasse, du volume d'un pois qui fut enlevée sur le dos d'un homme.

Cette tumeur était constituée par des fibres de tissu conjonctif dépourvues de noyaux enroulées comme dans le cas précédent, et moins vasculaires. Elle appartenait nettement aux *fibrômes*. Le malade ne put nous préciser ni la cause ni la durée de cette tumeur qu'il croit s'être toujours connue.

Réflexions. — La structure de ces tumeurs a déjà été bien étudiée par M. Malassez. (*Rapport de Challand; Bull. soc. anat.*, 1874). Cet examen concorde avec le nôtre pour en affirmer la nature fibromateuse. M. Malassez a rencontré sur trois cas un fibro-sarcome, un fibro-myôme et un fibrôme caverneux. MM. Bazin, Hillairet, Hardy admettent de même la structure fibreuse d'un certain nombre de tumeurs cliniquement décrites sous le nom de molluscum. Il y aurait lieu de décrire dans un chapitre spécial les *tumeurs fibreuses de la peau*, afin d'éviter une confusion que provoque constamment la dénomination de molluscum.

Ces tumeurs constituent quelquefois une véritable diathèse, à cause de leur généralisation (*Vanzetti, Bull. Soc. chirurg.* 1867, *p.* 429). MM. Broca et Bazin admettent cette diathèse. Cette diathèse peut être transmise par hérédité et consanguinité. (Michel, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*: art. *Molluscum* 1875.)

L'étiologie de ces fibrômes nous intéresse principalement dans notre cas; ils succédaient manifestement aux cicatrices de pustules varioliques.

Il n'est pas facile de rencontrer d'observations aussi nettes que celle-ci. Sans parler de fibrômes ainsi généralisés, il n'est pas rare de rencontrer au niveau de cicatrices, des exubérances de tissu fibreux quelquefois pédiculisées, ordinairement dénommées chéloïdes. Ainsi M. Landouzy a présenté en 1871 (*Bull. Soc. anat.*) un fibrome de l'oreille pédiculé, représentant un pendant d'oreille naturel, provoqué par une boucle d'oreille; il existait chez ce malade une sorte de diathèse, la tumeur récidiva 5 fois. Dans la même famille, le frère eut des tubercules fibroïdes sur des piqûres vaccinales.

MM. Broca, Dolbeau, Demarquay ont rapporté de semblables cas de tumeurs fibreuses de l'oreille produites par une boucle d'oreille.

M. Guéniot (*Bull. Soc. anat.* 1871, *p.* 65), a vu survenir des chéloïdes sur les cicatrices de furoncles, chez une femme grasse. Murray (*Medical and Surgical Society, Gaz. méd. hebd.* 1875, *p.* 222), a remarqué que des molluscums-fibrômes étaient précédés d'ecchymoses; y avait-il eu contusions? M. Ory (*Soc. anat.* 1875), a montré des chéloïdes provoquées par des piqûres vaccinales.

Ces quelques recherches nous ont amené à penser qu'il y aurait lieu de voir une certaine analogie entre les fibrômes molluscum et les chéloïdes de la peau. Ces deux variétés de tumeurs bénignes, peuvent survenir après des causes identiques, un traumatisme, ou une irritation. — Leur structure est voisine. — Elles ne se produisent que chez les individus atteints d'une véritable diathèse.

Molluscum pendulum généralisé; par E. Ory.

M. Ory présente un malade atteint de molluscum pendulum généralisé pour faire voir toute la différence d'aspect qui existe entre cette affection et le cas de kéloïde spontanée qu'il a montré dans la séance précédente.

Ce malade, est âgé de 36 ans, très-petit, d'une intelligence

un peu borné : il jouit d'une bonne santé, mais il est souvent ramené à l'hôpital Saint-Louis où il est accueilli à cause de la lésion qu'il porte depuis l'âge de 17 ans environ. C'est à ce moment que, selon lui, il reconnut le développement progressivement d'une centaine de petites tumeurs qui couvrent tout son corps. Actuellement, quelques-unes sont grosses comme une noisette, d'autres plus nombreuses ont le volume d'un pois. Il y en a beaucoup de plus petites encore. Sur les tumeurs qui ont un volume d'un pois, on rencontre au sommet un petit point noir, orifice d'une glande, par où sort assez facilement par la pression de la substance sébacée. C'est surtout sur la région pectorale que cette recherche est facile à faire.

Ces tumeurs sont molles, comme une vessie demi pleine d'eau, irréductibles, *indolentes absolument ;* leur coloration est d'un rouge violacé, enfin les unes sont sessiles, ce sont les plus petites; les autres, les plus volumineuses, sont plus ou moins pédiculisées, elles se déplacent avec la peau qui, à leur niveau. est violacée ; l'épiderme est ridé en quelques points ; en d'autres, il est tendu mais il n'est pas ulcéré. Enfin il n'y a en aucun point du corps de cicatrices difformes.

Interrogé sur ses antécédents, il dit que son père avait également des tumeurs de même aspect, et qu'un de ses frères en est porteur également. On lui en a enlevé par excision quelques-unes et il ne s'est pas produit de tumeur kéloïdienne au niveau de la plaie.

Cette maladie est donc bien différente de la kéloïde spontanée par l'absence de douleur au niveau des tumeurs, par leur aspect pédiculé, leur consistance plus mollasse, leur coloration plus violacée, par la possibilité chez quelques-unes de ces tumeurs d'exprimer de la matière sébacée ; par le nombre qui est ici très-considérable ; par le siége, car ici il y a généralisation à presque tout le corps, dans le cuir chevelu, au dos, aux reins, aux jambes, etc.; enfin, point très-important pour le traitement, par l'absence de développement de tissu cicatriciel alors qu'on enlève l'une de ces tumeurs par l'excision.

20. Antéflexion de l'utérus: par Feré, externe.

Cet utérus provient de l'autopsie d'une fille de 25 ans, épileptique, morte dans le service de M. Charcot, à la suite d'un état de mal qui a duré 36 heures.

B... était d'une constitution vigoureuse ; elle a toujours été bien réglée : elle perdait abondamment quelquefois pendant cinq jours, mais ordinairement pendant trois seulement ; jamais elle n'éprouvait de douleurs à ses époques, qui ne provoquaient pas de manifestation de l'épilepsie. Elle était incontestablement vierge ; l'ouverture de l'hymen laissait à peine passer le petit doigt.

L'utérus est en antéflexion extrême ; il présente deux incurvations, l'une aux dépens du col, l'autre aux dépens du corps, de sorte qu'il a pris la forme d'un fer à cheval. Le fond, tourné directement en bas, correspond au cul-de-sac vésicoutérin qu'il déprime, et descend un peu au-dessous du niveau de la lèvre antérieure du col entraîné en haut par le mouvement de bascule imprimé à tout l'organe par la chute du corps en avant. La face postérieure du corps est devenue autérieure, tandis que sa face antérieure regarde en arrière et répond à la face antérieure du col à laquelle elle est exactement parallèle.

Cette déviation est maintenue irréductible par une bride celluleuse courte et résistante, qui s'insère d'une part sur le fond de l'utérus et d'autre part sur la partie la plus déclive du cul-de-sac vésico-utérin.

Quand on a rompu cette bride, on peut redresser l'utérus et on voit que ses dimensions sont un peu augmentées :

Diamètre longitudinal..........	75 mil.
Longueur du col...............	35
Diamètre transversal...........	55
Diamètre antéro-postérieur....	25

Une sonde cannelée ordinaire traverse facilement les orifices du col, et son introduction suffit pour redresser l'organe quand on l'a remis dans la flexion. La perméabilité des orifices peut expliquer l'absence de troubles menstruels malgré la déviation excessive.

Une incision verticale antéro-postérieure montre que les deux parois ont la même épaisseur (11 mm.). Mais la paroi antérieure dans toute l'étendue qui correspond à l'incurvation est creusée de cavités dont la plus grande logerait une lentille et qui se prolongent latéralement jusqu'à près d'un centimètre de la ligne médiane. Ces sortes de sinus présentent une surface lisse et rosée sur laquelle on voit s'ouvrir une foule de petits pertuis d'où suinte du sang. Sur la coupe de la paroi postérieure, on ne retrouve pas cette disposition ; il n'y a que des orifices vasculaires qui laissent à peine pénétrer une épingle.

Les cavités ne présentent rien de spécial. La muqueuse saine n'offre pas d'éperons saillants correspondant aux flexions du col et du corps.

21. Sarcome mélanique primitif du rectum; par A. Meunier, externe des hôpitaux. **Examen microscopique;** par le Dr Nepveu,

Athénaïs C..., âgée de 54 ans, ménagère, entre à l'hôpital de la Pitié, dans la clinique du professeur Lasègue, le 8 octobre 1875. Elle était atteinte d'un cancer du rectum, disait le médecin qui l'avait recommandée.

Il n'y a rien d'héréditaire chez cette malade ; elle a encore son père et sa mère. Depuis un an seulement, elle digère mal, mais elle ne rend jamais ses aliments ; depuis le même temps, elle a des alternatives de diarrhée et de constipation. Il y a quatre mois, elle eut quelques selles hémorrhagiques. Depuis lors elle perdit très-rapidement ses forces. Elle entre peu après à l'hôpital. On constate facilement à environ 5 à 6 cent. de l'anus une tumeur assez dure, siégeant sur la paroi postérieure du rectum. On ne peut en limiter le bord supérieur avec le doigt. Peu à peu l'état général s'aggrave ; l'anorexie augmente, une forte diarrhée et des coliques très-vives continuent à l'épuiser, il n'y a pas d'œdème aux membres inférieurs.

On la soumet au régime lacté. L'état général s'aggrave de jour en jour. Le 18 novembre elle se plaint de douleurs à la région du foie. Elle a un teint subictérique généralisé, et de l'œdème aux membres inférieurs ; le foie a augmenté considérablement de volume.

De jour en jour l'œdème devient plus considérable ; la peau des jambes s'ulcère, et laisse échapper une quantité énorme de sérosité. L'ascite remonte jusqu'au niveau de l'ombilic. Il n'y a pas d'œdème pulmonaire. La constipation est toujours opiniâtre. — La malade s'affaiblit progressivement et meurt le 15 novembre.

Le Dr Nepveu, chef du Laboratoire d'anatomie pathologique, qui a pratiqué l'autopsie, nous a remis la note suivante : Le rectum dans l'étendue de 10 cent., à partir de l'anus et dans tout son pourtour, est occupé par une masse noire, résistante et élastique, d'un centimètre et demi d'épaisseur. Cette masse présente à sa surface des saillies verruqueuses de volume variable, de même consistance, dont quelques-unes sont à peine exulcérées et qui ressemblent à des mûres. La muqueuse passe intacte ou à peu près sur toutes ces inégalités.

Le calibre total du rectum est fortement rétréci ; mais laisserait encore passer un boudin fécal de petit volume, l'anus est rétréci et en écartant les plis sur le cadavre, on peut y voir quelques saillies verruqueuses, lisses et noirâtres.

Le rectum est étroitement adhérent au vagin et à la partie inférieure de l'utérus ; mais peut s'en décoller encore assez facilement. La matrice présente une série de petits corps fibreux, dont aucun ne dépasse le volume d'une aveline, mais l'ensemble ainsi formé devait encore rétrécir de beaucoup le petit bassin et comprimer le rectum.

Les ganglions vertébraux dans la région abdominale sont la plupart augmentés de volume et parmi eux les uns incolores, les autres et le plus grand nombre complétement noirs ; de même pour les ganglions médiastinaux ; le canal thoracique offre une teinte café au lait très-nette.

Parmi les viscères, le foie est celui qui est le plus altéré ; il pèse 5 kilos et présente sur des coupes, des masses noires faisant nettement saillie sur le fond clair du parenchyme, et dont le volume est très-variable. L'aspect d'une coupe sur un pâté fortement truffé en donnerait assez bien une idée.

Le parenchyme rénal n'offre rien de particulier, mais les ganglions du hile et l'enveloppe graisseuse de ces organes sont infiltrés de matière mélanique. Les poumons et la rate n'offrent aucun noyau de généralisation. Les vertèbres, les côtes sont d'une teinte noire très-foncée. Enfin dans les espaces intercostaux, on voit quelques masses noires plus ou moins volumineuses. Le cerveau n'a pu être examiné. Les autres organes et la peau étaient entièrement sains. — Dans quelques veines intercostales en relation avec certains foyers métastatiques, j'ai pu voir très-nettement quelques petites particules de matière mélanique. (Voir *Soc. Biologie* 1873; diagnostic des tumeurs mélaniques par l'examen du sang, des urines et des crachats.) — J'ai fait l'examen microscopique de la tumeur, c'est un sarcome fuso-cellulaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 avril 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. HOUEL dépose sur le bureau le *Traité des maladies du larynx* de M. Fauvel. C'est un travail considérable contenant le manuel opératoire et l'étude complète des maladies de cette région, suivis de 300 observations personnelles.

M. POLAILLON commence la lecture d'un rapport sur le *sériceps* présenté à la Société en avril 1875, par M. Poullet (de Lyon). Comme le travail de M. Poullet a été imprimé dans l'intervalle, le rapport de M. Polaillon ne sera pas inséré au Bulletin.

M. LE DENTU lit un rapport sur une observation de *ligature de l'artère iliaque externe* dans un cas d'anévrisme, suivie de guérison, observation envoyée par M. *Fochier* (de Lyon). Un homme de 35 ans éprouve, en soulevant un fardeau, une vive douleur dans l'aine gauche, au-dessus de l'arcade de Fallope. Il se produisit immédiatement en ce point une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, douloureuse et présentant des battements. Elle ne fit que s'accroître et six semaines après, elle atteignait le volume du poing. Elle présentait tous les signes d'un anévrisme. Après quatre jours de compression, on se décida à lier l'artère au-dessus du sac. L'opération fut assez pénible; néanmoins l'inflammation de la plaie n'amena aucun accident. 20 jours après, les battements de la pédieuse étaient sentis; dix jours plus tard, on les trouvait dans la fémorale. Cette guérison rapide s'est maintenue; le malade a été vu quinze mois après l'opération. Cependant le membre opéré est un peu plus froid que l'autre.

M. TERRIER donne lecture d'un rapport sur une observation de *taille bi-latérale* pratiquée par M. Fleury (de Clermont), pour l'extraction d'un calcul vésical volumineux. Une fistule urinaire a persisté. Le calcul mesurait 5 cent. de long sur 6 cent. de large; l'extraction a été laborieuse, des eschares se sont produites et à leur chute une fistule urinaire est survenue.

M. ROUSSEL (de Genève) présente un *appareil pour la transfusion directe*. Cet instrument a été surtout employé en Autriche et en Russie, et l'inventeur cite cinquante cas de réussite obtenus par son emploi. Une commission est nommée pour l'examen de l'appareil de M. Roussel.

M. CHASSAGNY présente un appareil qu'il a dénommé: *double ballon hémostatique et dilatateur utérin*. Rien n'est plus simple, au dire de l'inventeur, que de provoquer l'accouchement prématuré ou d'arrêter les hémorrhagies par suite d'inertie utérine, à l'aide de cet instrument.

La commission nommée pour l'examen des candidats au titre de membre titulaire est composée de MM. *Le Dentu*, *Blot*, *Tillaux*. I. B.

Réunion des Sociétés savantes.

La réunion des Sociétés savantes départementales de France a eu lieu mercredi 13 avril, à la Sorbonne. Le 20 et le 21, il y aura des séances de lecture et des conférences publiques. Le samedi 22 avril, M. le Ministre de l'Instruction publique présidera la séance générale dans laquelle seront distribués les encouragemants aux Sociétés. Une somme de 3,000 francs est mise à la disposition de chacune des sections du comité pour être distribuée à titre d'encouragement : 1° Par les sections d'histoire et d'archéologie aux Sociétés savantes des départements dont les travaux auront contribué le plus efficacement aux progrès de l'histoire de l'archéologie. 2° Par la section des sciences, soit aux Sociétés savantes, soit aux savants des départements dont les travaux auront contribué au progrès des sciences.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE.

VIII. Leçons sur les kératites, par F. PANAS, chirurgien de Lariboisière, agrégé de la Faculté, rédigées par H. BUZOT, interne. — Paris 1876. A. Delahaye, éditeur.

IX. Clinique Ophthalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts, par le Dr. FIEUZAL médecin en chef. A. D. Delahaye, 1876.

X. Essai d'électrothérapie oculaire, par le Dr BOUCHERON, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique ophthalmologique. (J. B. Baillière, 1876. Paris.

VIII. Le sujet choisi cette année pour ses conférences cliniques par le chirurgien de Lariboisière n'est assurément pas un des mieux élucidés en ophthalmologie: quoique simple en effet, ou même élémentaire en apparence, il abonde en difficultés de toute nature, à son origine même, dès l'anatomie ou la physiologie du tissu.

La monographie de M. Panas, sans résoudre tous ces problèmes de haute histologie, a l'immense mérite de réunir sous une forme des plus nettes et de plus précises, toutes les connaissances certaines, éparses jusqu'ici dans les différents recueils périodiques. Ces leçons ont, en outre, un caractère essentiellement pratique tout en laissant bonne part aux discussions scientifiques: elles montrent, côté un peu trop négligé en France, l'application qui peut être faite de données histologiques nouvelles au traitement même des lésions interprétées d'après ces connaissances.

Divisant cette étude en 16 leçons, l'auteur examine d'abord l'influence des nerfs sur la circulation et la nutrition de l'œil, les effets consécutifs aux sections, les relations des troubles oculaires avec les centres nerveux, la sécrétion et la résorption des liquides oculaires d'après Leber, la tension de l'œil avec Nagel et Grœfe.

L'étude de l'atropine et de l'ésérine, de la morphine, des ponctions, etc., précède, suivant l'ordre physiologique, la kératite dont la thérapeutique découle logiquement des chapitres précédents.

Les six dernières leçons sont consacrées à l'anatomie de la cornée, à la description des modes d'inflammation et aux kératites proprement dites. M. Panas divise ces affections en: 1° Phycténulaire ou lymphatique; — 2° vésiculeuse ou herpétique; — 3° vasculaire ou pannus; — 4° interstitielle diffuse ou hérédo-syphilitique; — 5° suppurative; — 6° ponctuée ou descemeïte.

Ces tableaux sont tracés de main de maître; les caractères en sont tranchés, faciles à reconnaître: c'est la clinique française. A côté de ces divisions principales naissent d'autres variétés avec leur anatomie pathologique et leur traitement spécial. En un mot, ce fascicule, qui fait honneur à l'école de Paris, représente pour la première fois, dans son ensemble la pathologie de la cornée telle qu'elle résulte des études physiologiques modernes.

IX. M. Le Dr Fieuzal a divisé son compte-rendu en trois parties : 1° Renseignements sur la population même de l'hospice ; 2° Statistique des cas qui se sont présentés à la consultation externe ; 3° résultat des opérations.

La population des Quinze-Vingts, réduite à 274 malades est ainsi composée.

Cécité par atrophie papillaire 53 ; par irido-choroïdite 83; par ophthalmie purulente 90 ; après opérations de cataracte 21 ; par traumatisme 27.

Près de 1900 malades sont venus au dispensaire externe dont l'installation est due à l'initiative de M. Fieuzal : Nous relevons 130 affections des voies lacrymales; — 65 cataractes; — 13 glaucomes; — 45 affections de l'iris réclamant intervention opératoire; — 90 cas d'amétropie. — Les opérations de cataracte ont donné les résultats suivants: sur 51 cas opérés:

Succès complets......	31
Demi succès.........	»
L'opéré pouvant lire avec S moindre que s normale à son âge.. ..	18
Insuccès relatif nécessitant opération secondaire..............	2
Insuccès complet.....	0

ce qui donne avec les modifications apportées aux deux insuccès relatifs 60 0|0 de succès complet; 39 0|0 demi-succès.

« Toutes ces opérations, dit l'auteur, ont été faites avec iridectomie, résultat plus que suffisant pour assurer à cette méthode la suprématie sur ses rivales. »

Nous pensons que dans un temps prochain, M. Fienzal modifiera peut-être cette dernière conclusion, mais ces documents prouvent au moins que toutes les méthodes sont bonnes quand on sait s'en servir.

En parcourant ce compte-rendu fidèle, consciencieux, révélant chez son auteur le sens vraiment clinique, le respect du malade, l'habileté opératoire, un fait important se dégage : c'est la richesse de l'établissement à la tête duquel se trouve M. Fieuzal, en ressources de toute nature, cliniques et anatomiques. Si l'École de la Salpêtrière, ignorée il y a quelques années, a été fondée par Charcot, les Quinze-Vingts pourraient devenir le centre de l'ophthalmologie française.

X. Le programme indiqué par le titre est assurément vaste pour une monographie inaugurale : mais le sujet était mûr dans l'esprit de l'auteur qui, nous le savons, le travaillait depuis plusieurs années. De plus, des observations bien authentiques, fournies par des membres de la Société de Chirurgie dont la devise est « vérité dans la science », ont permis à M. Boucheron de former un ensemble nouveau, à peu près complet sur l'emploi de l'électricité en ophthalmologie et l'on sait quelle défiance a toujours excité, jusqu'ici cet agent, dont l'usage a été signalé par de nombreux abus.

Un premier chapitre est consacré à l'influence exercée sur l'œil par la section du trijumeau et du corps ciliaire, dont les départements trophiques seraient différents. Puis viennent successivement l'exposé des résultats obtenus par la section du grand sympathique au cou, le résumé des causes qui font varier la pression oculaire, et quelques considérations sur l'action trophique des tubercules quadrijumeaux et de la rétine sur le nerf optique.

La deuxième partie comprend l'étude des résultats thérapeutiques obtenus par l'électricité : 1° dans les affections musculaires, spasmodiques et asthénopiques ; 2° dans les troubles du corps vitré ; 3° dans les amblyopies sans lésions. A ce sujet nous relevons : 10 observations de paralysies à frigore guéries par les courants continus. Six appartiennent à M. Giraud-Teulon. Treize observations de paralysies syphilitiques ou diphthéritiques renferment des résultats véritablement remarquables par la rapidité de la guérison. Certains cas d'asthénopie musculaire, d'insuffisance des droits internes dus à Landsberg de Dantzig mériteraient peut-être confirmation.

Pour les troubles du corps vitré, l'auteur recommande les courants faibles mais permanents et donne de nombreux exemples d'améliorations. Pour les amblyopies sans lésions, et les atrophies papillaires, nous avouons demander encore d'autres observations à joindre à celles de Driver et de Dor.

Un dernier mot de critique : pourquoi ne consacrer qu'une page aux dangers de l'électricité ? C'est trop peu, notre confrère ne l'ignore pas. Quoi qu'il en soit, cette thèse très-remarquable, fruit de longues études et de laborieuses recherches, contient de précieuses indications pour l'emploi de l'électricité : c'est un travail bien conçu sur la nutrition du globe oculaire, c'est une alliance heureuse de la bonne physiologie à la thérapeutique.

F. Poncet.

CORRESPONDANCE

Lettre d'Angleterre : La *Royal Medical Society* d'Edimbourg.

Avril 1876.

Décidément Edimbourg est toujours la plus gracieuse et la plus pittoresque des cités du nord : elle forme avec Londres un contraste frappant. Je ne vous parlerai aujourd'hui ni du Collège des médecins si richement installé, ni du Collège des chirurgiens et de son musée, ni de la *Royal Infirmary*, ni des médecins, chirurgiens et accoucheurs qui y sont attachés et dont les noms sont bien connus de vos lecteurs, ni de Lister au profil si correct, à l'air si convaincu, à la physionomie si franche et si sympathique, ni de Joseph Bell dont la parole instructive entraîne toujours après lui un grand nombre d'élèves, ni de Watson, ni de Balfour, ni de Matthews Duncan un des premiers, sinon le premier obstétricien actuel de l'Angleterre, ni du neveu et successeur dans sa chaire du grand Simpson, Alexandre Simpson qu'on a pu voir il y a quinze jours assistant au cours du professeur Pajot et visitant l'hôpital des Cliniques, ni de Begbee si universellement regretté et dont on voit la photographie à toutes les vitrines ; non, je vous parlerai seulement de la *Royal medical Society* d'Edimbourg.

La *Royal medical Society* : ces mots n'indiquent rien au premier abord : une Société médicale, il y en a beaucoup ici ; Royale, tout est Royal dans la grande Bretagne en attendant que tout y devienne impérial. Et cependant cette Société est curieuse à connaître ; elle est tout simplement composée d'étudiants, et elle possède une bibliothèque de plus de 20,000 volumes. Voici en deux mots son histoire.

En 1737, six étudiants de l'université résolurent de se réunir d'une façon périodique afin de discuter des questions scientifiques et d'intérêt professionnel. Leurs conférences devinrent bientôt si célèbres qu'un grand nombre de leurs camarades se joignirent à eux. En 1775 on posa la première pierre du bâtiment qui devait servir de lieu de réunion et contenir la bibliothèque : et cette institution a toujours été depuis en s'accroissant. Les réglements de cette société sont très-sévères et strictement appliqués. Les membres nomment chaque année quatre présidents, un trésorier, des secrétaires, un bibliothécaire et des comités. Les présidents, secrétaires, etc., qui commettent une infraction au réglement sont obligés de payer des amendes deux ou trois fois plus considérables que celles imposées aux autres membres : à tout seigneur, tout honneur. La société tient séance tous les vendredis pendant la session d'hiver : les réunions ont lieu le soir dans une salle très-vaste. On y traite d'abord les questions d'intérêt particulières à la société, c'est la séance privée ; puis, un des membres lit un travail qui est ensuite discuté, c'est la séance publique.

En outre, il y a une bibliothèque qui comprend, je l'ai dit, plus de 20,000 volumes ; on y trouve sur une table tous les journaux de médecine anglais, et quelques journaux français et allemands et de plus les livres nouvellement parus qui ont été achetés par la société ou lui ont été offerts. Il y a plusieurs exemplaires des livres classiques nécessaires aux élèves pour préparer leurs examens, et un certain nombre d'atlas. — La bibliothèque est ouverte *de neuf heures du matin à dix heures du soir*, sans interruption. Il y a même un laboratoire de chimie et un d'histologie.

Toute personne qui désire faire partie de la société doit être présentée par six membres : on paie 2 guinées (52 fr.50) par an de cotisation. Après cinq années, on devient membre honoraire et on n'a plus rien à payer.

De la sorte, et grâce à une discipline rigide, cette association a pu persister et progresser et elle rend ici de grands services : elle est complétement indépendante et n'en fonctionne que mieux je ne puis entrer dans le détail des articles du réglement, car ils sont très-nombreux ; quelques-uns sont forts curieux. Tout y a été pour ainsi dire prévu et l'ensemble des lois forme un volume de 76 pages.

En résumé, cette société a un double but : d'abord réunir, rassembler les étudiants et les exercer aux discussions scientifiques ; en second lieu, leur fournir une excellente bibliothèque et les moyens d'étudier.

Evidemment une telle association n'est pas dans nos mœurs, mais elle pourrait certainement rendre de grands services à Paris, de plus grands même qu'à Edimbourg car les étudiants y sont plus nombreux. En ce qui concerne les réunions et les discussions scientifiques, elles seraient moins nécessaires chez nous où existent tant de conférences dans l'internat et même pour l'externat ; mais la bibliothèque serait précieuse. Supposez que mille étudiants seulement se réunissent et donnent chacun 50 fr. (combien donnent 5 fr. par mois à leur cabinet de lecture) cela ferait 500.000 fr. pour la première année, au bout de dix ans, en supposant que leur nombre n'ait pas augmenté, une somme de 50.000 fr. aurait été versée ; et nous

ne comptons pas les hommages innombrables de livres qui seraient faits à cette bibliothèque par les auteurs, les legs qu'elle pourrait recevoir, etc..

On ne manquerait pas de faire à un semblable projet de nombreuses objections. D'abord, la fondation d'une telle bibliothèque toute privée serait inutile : celle de l'école de médecine suffit ou suffira. Actuellement tout au moins elle est insuffisante ; elle suffira, c'est probable, grâce, sans doute aux modifications qui seront apportées dans son aménagement et dans sa réglementation, car chacun se plait à rendre justice à l'excellent esprit de réforme dont est animé notre doyen actuel, M. le professeur Vulpian. Mais une bibliothèque de plus n'a jamais été nuisible, au contraire, car que de fois ne peut-on et ne pourra-t-on trouver à l'école le livre dont on aura besoin, livre nécessaire simultanément à plusieurs, surtout quand il s'agit de préparer une conférence ?

De plus, certains esprits, douteront qu'une pareille institution puisse réussir à cause de la jeunesse même de ses membres. On a tort, suivant nous, de croire qu'il faille toujours tenir la jeunesse en tutelle sans lui laisser d'initiative. Il serait en outre curieux de juger les étudiants incapables de diriger leurs propres affaires alors qu'en leur qualité d'électeurs ils ont voix au chapitre sur les questions plus graves qui intéressent la Cité, l'Etat et le Gouvernement.

Mais je ne veux pas m'étendre davantage sur ce sujet, je m'arrête n'ayant eu pour but que de vous montrer ce côté particulier de la vie des étudiants en médecine d'Edimbourg. Tout ce que je puis ajouter, c'est que la *Royal Medical Society* est en pleine prospérité......

BIBLIOGRAPHIE

De la glycosurie ou diabète sucré, son traitement hygiénique, par le professeur A. Bouchardat. — Germer-Baillière, éditeur.

Dans cet important ouvrage, le savant professeur d'hygiène réunit ses différentes publications sur le traitement de la glycosurie, en les complétant, par les faits nombreux qu'une observation de quarante années lui a permis de découvrir ou de confirmer. Il prend soin de joindre à son œuvre personnelle, qu'on sait considérable, l'exposé des travaux parus en France et à l'étranger sur la glycosurie; si bien, qu'il nous donne une histoire complète du diabète sucré.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude de la symptomatologie envisagée appareil par appareil, de la durée, de la marche, de la terminaison et des complications de la maladie.

La deuxième partie traite longuement de la pathogénie et de l'étiologie : la troisième, la plus importante, est consacrée au traitement dont les moyens hygiéniques (alimentation, exercice) font surtout les frais, les agents thérapeutiques ne jouant, dans la médication du diabète, qu'un rôle très-secondaire. C'est dans ce chapitre qui renferme, sur le régime et l'hygiène du diabétique les détails les plus circonstanciés, qu'on trouvera l'expérience tout entière de l'auteur dont les travaux « n'ont toujours eu qu'un but, guérir. »

Après la lecture des observations rapportées par M. Bouchardat, médecins et malades ne pourront plus douter de la nécessité absolue de l'essai quotidien des urines, puisque, celles-ci, sucrées ou non sucrées, interdiront ou permettront « l'usage des féculents tout à fait nuisibles, quand les urines » renferment du sucre, très-bons, au contraire, quand ils sont » utilisés. »

La conclusion légitime de ce livre, le plus important que nous ayons sur la matière : c'est que, l'auteur est arrivé au but de ses efforts « guérir, par l'exercice d'une hygiène en- » tendue, une maladie jugée incurable par tous les bons ob- » servateurs »; c'est, qu'un diabétique ne guérit, « qu'à con- » dition de ne se croire jamais guéri »; c est que, sa santé est entre ses mains et qu'il dépend de lui, « en réglant convena- » blement l'alimentation glycogénique dans le régime, en » activant la dépense par l'exercice forcé, de faire, à volonté, » diminuer ou disparaître la glycose de ses urines. » L.

VARIA

Souscription pour faire exécuter le buste du professeur Lorain.

Les élèves et les amis du professeur Lorain ont eu la pensée, en témoignage de leur gratitude et de leur affection, de faire exécuter son buste en marbre et de l'offrir à la Faculté de médecine.

La lettre qui nous avertit de l'ouverture de cette souscription est signée par MM. J. Besnier, Brouardel, Debove, Fioupe, Joffroy, Lépine, Prevost, Quinquaud, J. Renaut, anciens élèves de M. Lorain, et par Claude Bernard, Berthelot, Van Blarenberghe, H. Sainte-Claire Deville, Marey, de Mondésir.

Le *Progrès médical* s'associe de tout cœur à l'idée qui a guidé les élèves et les amis de M. Lorain, et fera parvenir à M. le Dr Renaut, toutes les souscriptions qui seront directement adressées aux bureaux du Journal.

Congrès international de médecine à Philadelphie.

Section I. Médecine. — 1re Question. De la fièvre typho-malarial ; est-elle un type spécial de fièvre ? par J.-J. Woodward. — 2e Question. Le croup diphtéritique et le croup pseudo-membraneux sont-ils des maladies identiques ou distinctes ? par Louis Smith. — 3e Question. Les conditions de la vie moderne favorisent-elles particulièrement le développement des maladies nerveuses? par Roberts Bartholow. — 4e Question. De l'influence des hautes altitudes sur les progrès de la phthisie, par Ch. Denison.

Section II. Biologie. — 1re Question. Microscopie du sang, par Christophe Johnston. — 2e Question. De la fonction excrétoire du foie, par Austin Flint. — 3e Question. Histologie pathologique du cancer, par J.-W.-S. Arnold. — 4e Question. Du mécanisme des articulations, par Marrisou Allen.

Section III. Chirurgie. — 1re Question. Chirurgie antiseptique, par John T. Modgen. — 2e Question. Traitement médical et chirurgical de l'anévrysme, par William H. Van Buren. — 3e Question. Traitement de la coxalgie, par Lewis A. Sayre. — 4e Question. Des causes et de la distribution géographique des maladies calculeuses, par Claudius M. Martin.

Section IV. Dermatologie et syphilologie. — 1re Question. Des variations dans le type des maladies de la peau, et de leur prédominance dans diverses contrées d'une égale civilisation, par James C. White. — 2e Question. L'eczéma et la psoriasis sont-ils des maladies locales, ou des manifestations de désordres constitutionnels ? par Lucius Duncan Bulkley. — 3e Question. Du virus des maladies vénériennes, son unité ou sa dualité, par Freeman J. Bumstead. — 4e Question. Du traitement de la syphilis par rapport spécialement aux remèdes constitutionnels appropriés à ses différentes périodes; de la durée de leur emploi et de la question de savoir si cet emploi doit être continu ou intermittent, par E.-L. Keyes.

Section V. Obstétrique. — 1re Question. Des causes et du traitement des hémorrhagies non-puerpérales de la matrice, par William H. Byford. — 2e Question. Du mécanisme des accouchements naturels ou artificiels dans les bassins étroits, par William Goodell. — 3e Question. Du traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, par Washington L. Atlee. — 4e Question. De la nature, des causes et des moyens de prévenir la fièvre puerpérale, par William T. Luck.

Section VI. Ophthalmologie. — 1re Question. De la valeur comparative des caustiques et des astringents dans le traitement des maladies de la conjonctive, et du meilleur mode de les employer, par Henry W. Williams. — 2e Question. Tumeurs du nerf optique, par Hermann Knapp. — 3e Question. Des anévrysmes de l'orbite; exolphthalmos pulsatile; de leur diagnostic et de leur traitement, par C. Williams. — 4e Question. La myopie progressive et le staphylome postérieur sont-ils dus à des prédispositions héréditaires, ou peuvent-ils être produits par des défauts de réfraction agissant sous l'influence du muscle ciliaire ? par E.-G. Loving.

Section VII. Otologie. — 1re Question. De l'importance du traitement des maladies de l'oreille à leur début, spécialement quand elles proviennent d'un exanthème, par Albert H. Buck. — 2e Question. Quel est le meilleur mode de mesurer uniformément l'ouïe ? par Clarence J. Blake. — 3e Question. Dans quelle proportion, sur un nombre donné de cas, la membrane artificielle du tympan donne-t-elle un bon résultat pratique ? par H.-N. Spencer.

Section VIII. Science sanitaire. — 1re Question. De la disposition et du moyen d'utiliser les égoûts, par John H. Ranch. — 2e Question, Construction et ventilation des hôpitaux, par Stephen Smith. — 3e Question. De la quarantaine considérée spécialement au point de vue du choléra et de la fièvre jaune, par J.-M. Woodworth. — 4e Question. Des conditions actuelles de l'évidence concernant les germes des maladies, par Thomas E. Satterthwaite.

Section IX. Maladies mentales. — 1re Question. De l'étude microscopique du cerveau, par Walter H. Kempster. — 2e Question. De la responsabilité des aliénés dans les actes criminels, par Isaac Ray. — 3e Question. De la folie simulée chez les fous, par C. H. Hughes. — 4e Question. Des meilleures précautions contre la folie chronique, par C. H. Michols.

Les personnes désireuses de faire quelque communication sur des sujets

scientifiques, ou voulant prendre part à la discussion, sont priées d'en informer la Commission avant le 1er août, afin qu'elle puisse leur assigner une place dans le programme. Pour faciliter la discussion les remarques des divers reporters seront publiées sommairement vers les premiers jours de juin. On pourra s'en procurer dee copies dans le secrétariat de chaque section.

Les travaux du Congrès seront publiés en volume le plus tôt possible après son ajournement. Le dîner public du congrès aura lieu le jeudi 7 septembre à 6 h. 30 du soir. Le registre sera ouvert tous les jours à partir du jeudi 31 août, de midi à 3 heures, dans la salle du « College of physicians » N. E. corner 13 th. and Locust Streets. Des lettres de créance seront exigées dans tous les cas. Le prix d'inscription au registre (les étrangers en sont exemptés) est fixé à dix dollars, et donnera droit à un exemplaire des travaux du congrès.

Les personnes faisant partie du congrès pourront faire adresser leur correspondance aux soins du « College of physicians » of Philadelphia, N. E. cor. of Locust and 13 th streets, Philadelphia, Pensylvanie. Tout porte à croire que les hôtels seront préparés d'une façon très-confortable et à des prix modérés, pour les étrangers visitant Philadelphie en 1876. On obtiendra de plus amples informations dans les secrétariats des sections.

Toutes les communications doivent être adressées aux secrétariats respectifs à Philadelphie. Ce programme est publié par les soins du comité d'organisation de la Commission médicale du Centenaire.

Concours pour l'internat en pharmacie des hôpitaux de Paris.

Les épreuves du concours de l'internat en pharmacie viennent de se terminer. Les juges du concours étaient MM. Chatin (empêché dès la 1re séance), Baudrimont, Débu, Patrouillard, Desnoix, Vigier (Ferdinand), Cassan. 126 candidats étaient inscrits, 74 ont été maintenus après les deux premières épreuves. Il y avait 35 places vacantes dans les hôpitaux. Voici, par ordre de mérite, les noms des 35 élus : 1, Menessier; 2, Floquet; 3, Blarez; 4, Degranwe; 5, Hariat; 6, Küss; 7, Pihier; 8, Jolivet; 9, Lecœur; 10, Rambaux; 11, Fleury; 12, Dupont; 13, Marsault; 14, Gallard; 15, Guignard; 16, Debœcker; 17, Bordenave, 18, Mornet; 19, Morin; 20, Bresson; 21, Buts; 22, Trappenard; 23, Bossuge; 24, Blaque; 25, Honoble; 26, Saint-Martin; 27, Monhin; 28, Girard (Hoswald); 29, Lespiau; 30, Therain; 31, Du Bouays; 32, Laboune; 33, Demandre; 34, Bargullo; 35, Girard (Léonard).

Le nombre maximum des points était 105. Le premier a été reçu avec 97 et le dernier avec 65. Les sujets de la composition écrite étaient : 1° Des composés oxigénés du phosphore; 2° Des vins médicinaux; 3° Des cantharides. — Le concours entre les internes des hôpitaux de Paris a donné les résultats suivants : 1re et 2e année. Prix : Degrave; accessit : Bourquelot. — 3e et 2e année. Prix : Villejean, Demelle; mentions : Cautenat et Barnouvin. (*Répertoire de pharmacie.*)

Une Louise Lateau italienne.

Il y a quelque temps, le bruit courait à Turin que la ville avait le bonheur de posséder une miraculée. Tous les vendredis, des stigmates se montraient sur le front, les mains et les pieds d'une sainte nonne de l'hospice de Cottolengo. Les autorités, voulant s'assurer de la réalité du miracle, firent examiner la nonne par les professeurs Pacchioti, Rovida et Giacomiui. Les médecins rédigèrent la consultation suivante : « Premièrement, la malade est dans un état d'exaltation extrême, qui la pousse à imiter les blessures que porte le Christ en croix, ce qui, jusqu'ici, ne lui a guère réussi. Deuxièmement, les blessures ont été produites par des instruments aigus, tels que des aiguilles ou des épingles, et chaque vendredi, lorsqu'elles sont sur le point de se cicatriser, elles sont ravivées au moyen des mêmes instruments; 3° la malade doit être transportée dans un hôpital pour y être surveillée et guérie. » Les autorités, conformément à la consultation des médecins, ont fait transporter la nonne à l'hôpital. (*Union médicale.*)

Médecins militaires.

Par décret en date du 20 mars 1876, les officiers de santé militaires ci-après désignés ont été promus, savoir : 1° au grade de médecin major de 1re classe : (choix) M. Noizet (Henri-Victor-Romain), médecin major de 2e classe au 17e régiment d'artillerie, en remplacement de M. Mulot, retraité. — 2° Au grade de pharmacien principal de 1re classe : (choix) M. Roussin (François-Zacharie), pharmacien principal de 2e classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, en remplacement de M. Leprieur, retraité; M. Mossie (Jean-François Alphonse), pharmacien principal de 2e classe à la réserve des médicaments de Marseille, en remplacement de M. Coulier, promu. — 3° Au grade de pharmacien principal de 2e classe : M. Cauvet (Philippe-Emilien-Luc-Désiré), pharmacien major de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes, en remplacement de M. Roussin, promu; M. Courant (François-Louis), pharmacien major de 1re classe à l'hôpital militaire Saint-Martin, en remplacement de M. Massie, promu. — 4° Au grade de pharmacien major de 1re classe : (ancienneté) M. Rives (Jean-Marie-Elisabeth-Achille), pharmacien major de 2e classe à l'hôpital militaire de Toulouse, en remplacement de M. Montèze, retraité. (Choix.) M. Thomas (François-Joseph), pharmacien major de 2e classe à l'hôpital militaire de Sedan, en remplacement de M. Cauvet, retraité; (ancienneté) M. Parant (Emile-François), pharmacien major de 2e classe à l'hôpital militaire de Nancy, en remplacement de M. Courant, promu.

Changement de Faculté. — *Arrêté du Ministre de l'Instruction publique.*

Cet arrêté est déjà ancien puisqu'il date du 24 novembre 1875 ; mais il intéresse trop MM. les élèves pour que nous ne le mettions pas sous leurs yeux. Art. 1er. Tout élève d'un établissement d'enseignement supérieur public ou libre qui veut passer d'une Faculté dans une autre, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a passés, doit prendre : 1° Un certificat de scolarité délivré par le doyen de la Faculté ou le directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie, ou de l'Ecole de médecine et de pharmacie d'où il sort; le dit certificat visé par le recteur; 2° Son acte de naissance. En cas de refus du doyen ou du chef d'une Ecole publique de délivrer le certificat de scolarité, l'élève a le droit de se pourvoir devant le conseil académique. — Art. 2. A moins de motifs graves le Ministre sera seul juge; les étudiants en médecine sont tenus de subir devant la même Faculté l'ensemble de leurs examens probatoires et d'y soutenir leur thèse. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*)

Université en Sibérie.

Nous avons annoncé, il y a quelque temps, la création d'une université en Sibérie. Le projet concernant cette fondation vient d'être présenté au Ministère de l'Instruction publique de Russie. Nous y voyons que le budget dudit établissement sera de 212,220 roubles, (le rouble argent vaut 4 fr.,) soit 126,000 roubles (en chiffre rond) de moins que celui de l'université de Karkow; 133,000 de moins que celui de l'université de Kiew; 135,000 de moins que celui de l'université de Kazan, et 199,000 de moins que celui de l'université de Moscou. Le nombre des chaires devant y être relativement assez restreint, il en résultera une certaine économie ; en outre, l'hôpital existant remplacera la clinique pour la Faculté de Médecine. Les professeurs seront ainsi répartis : 8 professeurs et 3 agrégés pour la Faculté d'histoire et de philologie ; 12 professeurs et 4 agrégés pour la Faculté des sciences physiques et mathématiques ; 8 professeurs et agrégés pour la Faculté de droit ; 11 professeurs et 9 agrégés pour celle de médecine. Tout ce personnel jouira des droits et prérogatives que comporte le service en Sibérie. Le nombre des étudiants est évalué à 240 ; les frais de construction se monteront à un demi-million. Le recteur de l'université sera, à ce qu'on suppose, M. le professeur Florinskij. Déjà plusieurs savants et professeurs ont promis de léguer à l'université naissante leurs collections et leurs bibliothèques.

En même temps, on transmet quelques renseignements sur d'autres universités russes. A celle de Kazan, le nombre des étudiants est, pour l'année courante, de 506. Pendant l'exercice précédent, 463 étudiants avaient fréquenté l'université. Cette dernière dispose de 195 bourses, dont la moindre est de 142 roubles et la plus forte de 300 roubles (1,200 fr.). A Karkow le nombre des étudiants est de 700. L'université dépense 30,000 roubles pour des bourses aux étudiants pauvres. En outre, il existe une société de secours à leur usage, laquelle, d'après le compte rendu qui vient de paraître, a distribué en 1875, 4,261 roubles, sans compter 4,243 roubles accordés à des étudiants à titre de prêts. Enfin, l'université d'Odessa va recevoir une Faculté de médecine. Les frais annuels d'entretien de cette Faculté se sont élevés à 127,000 roubles. L'administration municipale s'est déclarée prête à contribuer. pour 150,000 roubles à cette dernière somme. (*Journ. Officiel.*)

Universités italiennes.

Dans sa chronique des Universités, la *Gazette d'Augsbourg* donne quelques renseignements sur un nouveau règlement qui vient d'être promulgué dans les Universités italiennes, relatif à l'organisation des services et des écoles de sages-femmes en Italie, ainsi qu'aux études des femmes concernant cette branche de la science médicale.

Le décret royal qui date du 10 février, et qui a été tout récemment promulgué par la *Gazette officielle*, place sous la surveillance et la dépendance académiques toutes les écoles de ce genre qui existent actuellement en Italie et toutes celles qui se fonderont par la suite ; dans ce but, le pays est divisé en 17 districts répondant au nombre des 17 Universités du royaume. Les directeurs de ces écoles, lesquels ne correspondront pas directement avec le Ministère, mais se mettront en rapport avec lui par l'intermédiaire du recteur de l'Université royale du ressort, seront nommés directement par le roi ; les premiers assistants et la sage-femme en chef par le Ministère de l'Instruction publique; les seconds assistants et les sages-femmes ordinaires seront nommés sur la proposition du directeur et toujours pour une durée de deux ans. A chaque école devra être annexée une clinique d'accouchements de 15 lits au moins et de 120 naissances à l'année ou pour plusieurs années en moyenne; quant au nombre d'élèves et d'auditrices, l'établissement ne pourra en recevoir plus du double du nombre de lits.

Ces cours seront de deux années avec deux examens ; l'un, théorique, à la fin de la première, l'autre, pratique, à la fin de la deuxième année. Outre des aspirantes sages-femmes, qui sont inscrites comme élèves et qui, dans les écoles académiques, auront les mêmes devoirs que les étudiants, le directeur de l'école pourra autoriser l'admission aux cours d'autres personnes du sexe féminin, mais seulement aux cours théoriques.

Aux écoles qui existent à Milan et à Venise, ainsi qu'en six autres établissements, de décider maintenant si elles veulent continuer ou non dans les nouvelles conditions; dans le premier cas, elles auront à se soumettre à ces nouveaux règlements. Les sages-femmes fonctionnant actuellement, ont trois ans pour suppléer à l'examen pratique qu'elles n'ont point passé, et, au bout de ce temps, elles devront se faire confirmer en qualité de sages-femmes. Tel est le résumé des 44 articles du règlement.

Enseignement médical libre.

3e *examen de doctorat et 1er de fin d'année.* — M. le Dr Lelorain, licencié ès-sciences naturelles, recommencera le mercredi 26 avril à 1 h. 1/2, un cours préparatoire à cet examen ; interrogations fréquentes, droguier complet. Deux leçons par jour de 1 h. 1/2 à 4 ; deux leçons pratiques par semaine aux jardins de botanique ; herborisation ; durée du cours 6 semaines, environ 75 heures. S'inscrire chez le Dr Lelorain, 9, rue Bertin-Poirée, de 4 à 6 h.

19. Poudre contre la salivation mercurielle (*Panas*).

Quinquina pulvérisé	15	grammes.
Cachou pulvérisé	15	—
Acide tannique pulvérisé	2	—
Sulfate d'alumine et de potasse	1	—
Essence de menthe ou d'anis	q. s.	

Mêlez. — Plusieurs fois par jour, on frictionne les gencives avec cette poudre, pour en prévenir ou en diminuer le gonflement, chez les malades qui font usage de mercure, et surtout chez ceux qui se frictionnent avec l'onguent napolitain. (*Annuaire de thérapeutique*).

Mortalité a paris. — Population d'après le recensement de 1872 : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 20 avril 1876 on a constaté 1075 décès, savoir : Variole, 4; rougeole,11; scarlatine,3; fièvre typhoïde,15; érysipèle, 7; bronchite aiguë 43, pneumonie 105, dysenterie 1, diarrhée cholériforme des jeunes enfants 7, choléra nostras 1; angine couenneuse 7; croup, 30; affections puerpérales 2; autres affections aiguës, 280; affections chroniques 491 dont 204 dues à la phthisie pulmonaire, affections chirurgicales 44, causes accidentelles, 25.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Alphonse Milne-Edwards, professeur de zoologie (mammifères et oiseaux) au muséum d'histoire naturelle, commencera ce cours le lundi 24 avril 1876, à deux heures, dans la salle des cours de zoologie et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Bureau central. — *Concours de médecine.* — Le jury est définitivement composé ainsi qu'il suit : MM. Mauriac, Moutard-Martin, Labbée, Luys, Mesnet, Peter, Voillemier. — Les séances ont lieu les lundis, mardis et jeudis.

Concours de chirurgie. — Jury : MM. Duplay, L. Labbé, Péan, de Saint-Germain, Le Dentu, Th. Anger et Bucquoy. — Suppléants : MM. Chassaignac, Depaul, Le Fort, Tarnier, etc.

Médecins-députés. — M. le dr Bouquet vient d'être élu député pour le département des Bouches-du-Rhône.

Londres. — Un des jeunes accoucheurs les plus distingués de Londres, M. le dr A. Wiltshire vient d'être nommé *Lettsomian professor* à la *Medical Society* de cette ville.

Nécrologie. — L'un des médecins les plus célèbres de l'Allemagne, M. le professeur Traube, vient de mourir. — Nous apprenons la mort du professeur Antonio Bartolini, ancien surintendant de l'hôpital *Santa Maria nuova*, et professeur de clinique à l'Université de Pise. Observateur profond et doué d'un immense savoir, il sut se faire apprécier de tous ses collègues de l'Athénée et chérir des étudiants qui déplorent aujourd'hui sa perte. Il emporte dans la tombe des regrets unanimes. (L'*Imparziale*). — Nous apprenons la mort, à l'âge de 46 ans, de M. Ch. Mène, rédacteur en chef de la *Revue de Chimie*. M. Vleminckx, trente-quatre ans, inspecteur général de la santé de l'armée, et presque tout aussi longtemps président de l'Académie, était arrivé d'emblée au grade le plus élevé, à la tête du service de santé de l'armée, pour s'être mêlé aux hommes influents qui ont constitué la nationalité belge en 1830. Depuis lors, il a cumulé une infinité d'emplois et de sinécures par lesquels il s'est fait de beaux revenus. M. Vleminckx était un administrateur habile. Mais si, d'une part il a fait quelque bien, d'autre part il a fait ou laissé faire beaucoup de mal. Ainsi, comme chef de service de santé de l'armée, il pouvait tout par son influence, et il a constamment dédaigné de faire obtenir au corps des officiers de santé de l'armée, la position qui lui revenait de droit comme corps scientifique. Ce n'est que dans ces derniers temps que nos confrères de l'armée ont obtenu l'assimilation de leur grade à celui des officiers des armées savantes et que l'on a admis en plus quelques grades supérieurs. Le service médical des chemins de fer de l'Etat est l'œuvre de M. Vleminkcx. On sait ce qu'il vaut d'humiliations aux confrères qui en font partie. M. Vleminkcx, en mourant, nous inspire le regret qu'il n'ait pas usé de sa haute position en faveur du corps médical belge tout entier dont la cause est en ce moment celle de l'humanité. (*Le Scalpel.*)

Librairie V.-A. DELAHAYE et Ce, place de l'Ecole-de-Médecine.

Boyron. Etude sur la ladrerie chez l'homme comparée avec cette affection chez le porc. In-8. 2 fr.

Bulletin de la Société de médecine pratique de Paris. Année 1875. In-8.

Bouloumié. De la goutte. In-8. 1 fr.

Contamin. Etude sur les hémorrhagies qui surviennent pendant les suites des couches. In-8. 2 fr.

Demarquay et Saint-Vel. Traité clinique des maladies de l'utérus. 1 vol. in-8 de 600 pages, avec figures dans le texte. 10 fr.

Desbrosse. De l'anesthésie dans l'hémiplégie hystérique. In-8. 2 fr.

Fauvel. Traité pratique des maladies du larynx. 1 vol in-8 de 930 pages avec 144 figures dans le texte et 20 planches dont 7 en chromolithographie. 20 fr., cartonné 21 fr.

Fonssard. De l'empoisonnement par la nicotine et le tabac. In-8. 2 fr. 50

Frantz Glénard. Etude physiologique sur le souffle maternel. In-8. 1 fr. 25.

Guéneau de Mussy. Etude sur la transmission des sons à travers les liquides endopleurétiques. In-8. 1 fr. 50.

Philbert (E.). Traitement de l'obésité aux eaux de Brides. Petit in-8 de 16 pages. 0 fr. 50.

Librairie GERMER BAILLIÈRE, 17, rue de l'Ecole de Médecine.

Jousset de Bellesme. Recherches expérimentales sur la digestion des insectes et en particulier de la blatte ; in-8° de 87 p.

Vulpian (P.). Excursions de la Société géologique de France dans la Suisse, la Savoie et la Haute-Savoie; lettres à un ami. In-8 de 108 pages.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

Labbé (L.) et Coyne (P.). Traité des tumeurs bénignes du sein. In-8 de 560 pages avec 2 planches en couleur et 33 fig. dans le texte, 12 fr.

Diday et Doyon. — Thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies cutanées. 1 vol. petit in-8° de 887 p., 9 fr.

Libraire J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

Fiouppe. — Lymphatiques utérins et parallèle entre la lymphangite et la phlébite utérines. 1 vol. in-8°, 82 p.

Le Bœuf fils. — Notice sur l'émulsion du Coaltar saponiné antiseptique puissant, cicatrisant les plaies, adopté par les hôpitaux de la ville de Paris et par la marine nationale française, et de quelques autres émulsions médicamenteuses à la saponine. In-8°, 90 p. 0 fr. 75.

Annuaire de l'Académie royale des sciences, des lettres et des Beaux-Arts de Belgique, 1876, 42e année. Hayez, imp. à Bruxelles.

Association des médecins du département de la Seine, in-8° de 40 p.

Bergman. On Sveriges folksjukdomar . In-8.

Von Carl Voit. Beschreibung eines Aapparates zur Untersuchung der gasfrmigen Ausscheidungen des Thierkorpers.

Duncan Bulkley. The relations of the nervous systems to diseases of the skin. New-York, George P. Putnam's sons. — Two cases of exophthalmic goitre. New-York.

Chronique des Hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — Service de M. Fauvel. Salle Saint-Landry (H.) : 5, névralgie faciale (syphilis, intoxication phosphorée); 5, péritonite tuberculeuse, pleurésie; 8, hémorrhagie cérébrale; 9, pleuro-pneumonie; 11, insuffisance aortique ; 17, bronchite aiguë ; 19, tumeur probable du poumon. — Salle Saint-Joseph (F.): 9, insuffisance aortique; 11, rhumatisme articulaire aigu, endocardite, pleurésie sèche; 13, rhumatisme, congestion des méninges spinales ; 15, pleurésie rhumatismale ; 16, cancer de l'estomac, endocardite; 18, catarrhe suffocant; 19, phlegmon des ligaments larges.

Service de M. Fremy. Salle Sainte-Martine (H.): 1, rhumatisme articulaire aigu ; hydarthrose, 5, pneumonie, néphrite catarrhale; 9, pneumonie adynamique ; 14, pneumonie du sommet droit ; 18, syphilis secondaire. — Salle Sainte-Marie (F.): 1, insuffisance mitrale, cirrhose hypertrophique; 3, insuffisance mitrale; 8, ulcère de l'estomac ; 9, phthisie laryngée, grossesse, hypertrophie du cœur; 11, cancer de l'estomac.

Service de M. Guéneau de Mussy. Salle Saint-Bernard : 13, maladie bronzée; 17, rhumatisme articulaire, endo-péricardite; 21, leucocytémie ganglionnaire ; 25, péritonite tuberculeuse ; 31, dilatation de l'estomac (emploi de la *pompe stomacale*). — Salle Saint-Pierre : 6, ataxie locomotrice, crises gastriques; 12, arthrite blennorrhagique mono-articulaire. — Crèche : 15, broncho-pneumonie.

Service de M. Hérard. Salle Saint-Pierre (F.): 19, pleurésie gauche, thoracentèse; 21, hémorrhagie cérébrale; 23, épithélioma du col, grossesse de 6 mois; 25, chorée et catalepsie; 31, rétrécissement mitral. — Salle Saint-François (F. : 3, maladie bronzée; 4, insuffisance mitrale; 5, dothiénentérie, délire de la convalescence; 6, perforation syphilitique du voile du palais; 7, phymie aiguë. — Salle Saint-Landry (H.): 21, cirrhose; 20, 22, 24, 30, 32, pneumonie; 23, pleurésie droite; 25, diarrhée chronique; 31, insuffisance mitrale. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le mercredi à 9 h. 1/2.

Service de M. Oulmont. Salle Saint-Raphaël : 1, dysenterie consécutive à une variole; 3, paralysie saturnine avec hémianesthésie; 7, pneumonie de la base; 8, pleurésie du côté droit; 11, tumeur cérébrale syphilitique;— Salle Sainte-Monique : 1, hystérie; 2, fièvre typhoïde et pneumonie; 12, fièvre typhoïde; 14, rhumatisme articulaire; 15, érysipèle; 18, chloro-anémie; 22, myélite; 25, alcoolisme et hypochondrie.

Service de M. Alph. Guérin. Salle Saint-Maurice : 24, décollement du cuir chevelu avec dénudation du crâne, pansement A. Guérin; 29, engorgement utérin, suite de couches, défaut d'involution de l'utérus; 30, mal vertébral de Pott; 31, décollement du cuir chevelu, dénudation de la bosse frontale

gauche, pansement A. Guérin, guérie; 28, carcinôme du torse, récidive; 25, caucer de l'utérus; 26, ostéite du fémur et du tibia, coxalgie 27, cancer utérin. — Salle Saint-Antoine : 23, phlegmon du cou; 24, ostéite de l'apophyse mastoïde ; 25, carie costale; 26, calcul vésical: 26 bis, plaie contuse du crâne; 27, décollement du cuir chevelu, os dénudé (pansement A. Guérin); 28, ostéite du tarse: 29, carie du bassin; 34, hémohydarthrose du genou.

Service de M. Richet. Salle Saint-Charles (F) : 6, kyste ovarique; 7, phlegmon diffus; 13, fistule vésico-vaginale; 15, entorse médio-carpienne; 18, fistule anale; 24, tumeur de l'abdomen.

Hôpital Saint-Antoine. Service de M. Mesnet. Visite à 9 h. Salle Sainte-Cécile : 11, tumeur cérébrale; 16, endocardite; 25, chorée hystérique; 26, insuffisance mitrale et rétrécissement aortique; 27, cancer de l'estomac. — Salle Saint-Hilaire : 2, hystéro-épilepsie; 4, insuffisance mitrale; 6, aphasie et hémiplégie; 7, cirrhose; 43, endocardite rhumatismale.

Service de M. Peter. Visite à 9 h. Salle Saint-Antoine : 3, diabète; 14, oreillons; 21, adénie; 22, paralysie agitante. — Salle Sainte-Adélaïde : 3, phlegmatia alba dolens; 16, tumeur cérébrale; 21, mélancolie; 23, éclampsie post-puerpérale.

Service de M. Constantin Paul, suppléé par M. Grancher. Visite à 9 h. Salle Saint-Louis : 17, leucocythémie splénique; 32, tumeur blanche des 2 coudes. — Salle Sainte-Thérèse : 7, paralysie labio-glosso-laryngée : 22, adénie de la glotte (tuberculose).

Service de M. Lancereaux. Visite à 9 heures. Salle Saint-Lazare : 3, phthisie aiguë; 7, pleurésie tuberculeuse; 11, affection cardiaque; 14, néphrite atrophique; 23, rhumatisme articulaire aigu; 29, pneumonie chronique. Salle Sainte-Agathe : 1, paralysie générale; 5, pleurésie, 8, typhlite; 12, 15, paralysie générale; 19, rhumatisme chronique.

Service de M. Molland, suppléé par M. Rigal. Visite à 9 h. Pavillon III : 2, hémianesthésie; 4, tumeur de la fosse iliaque et abcès ; 12, tumeurs multiples de l'abdomen; 14, ataxie locomotrice; 18, coliques hépatiques. — Pavillon IV : 28, pneumonie; 38, rhumatisme articulaire aigu; 43, ataxie, amaurose. — Pavillon V : 4, gastrite chronique; 3, insuffisance mitrale; 11, rougeole; 23, cirrhose.

Service de M. Anger. Visite à 8 h. 1/2. Salle Sainte-Marthe : 3 fracture bi-malléolaire; 11, cancroïde de la lèvre inférieure; 19, fracture du col du fémur. — Salle Saint-Joseph : 33, arthrite suppurée du coude. — Salle Saint-Barnabé : 18, plaie de poitrine; 24, phlegmon du bras.

Service de M. Meunier, suppléé par Delens. Visite à 8 h. 1/2. — Salle Saint-Christophe : 4, fracture de la rotule; 35, épanchement séreux de la cuisse; 39, fracture de jambe avec plaie; 38, fracture de la rotule. — Pavillon I : 8, fistule de l'anus; 5, tumeur ganglionnaire; 1, polype fibreux de l'utérus.

Hôpital Beaujon. Service de M. Lefort. Opérations les mercredis à 9 h. Salle Sainte-Agathe : 5, nombreuses végétations sur les petites lèvres; 9, fibrôme cancéreux à la région mammaire; 14, fracture de la rotule; 15, synovite fongueuse du pied. — Pavillon II : 2, fracture de cuisse compliquée; 10, commotion cérébrale; 10 bis, fracture du col du fémur avec pénétration; 17, carie du sternum; 43, fistules urinaires.

Service de M. D[illegible]. O[illegible] 4, plaie de la radiale, 9, fract[illegible] de l'humérus; 11, abcès du sein; 23, tumeur abdominale; [illegible] maxillaire inférieur. — II : 12, fracture sponta[illegible] 25, plaie pénétrante de poitrine, empyème; 29, mal de Pott, abcès par congestion, 48, fracture du maxillaire inférieur; 50, fracture intra-articulaire du coude droit.

Service de M. Moutard-Martin. Salle Saint-François : 1, insuffisance avec rétrécissement mitral, alcoolisme, saturnisme; 7, rhumatisme, aortite, [illegible] néphrite albumineuse, infarctus pulmonaire; 20, emphysème pulmonaire et lésion du cœur droit chez un jeune homme.

Salle Sainte-Claire : 2, symphyse cardiaque, néphrite albumineuse, hydro-thorax; 16, érysipèle, albuminurie; 19, cancer du foie, phlegmatia alba dolens; 22, cancer de l'estomac, hématémès.

Service de M. Lépine. Salle Beaujon : 2, pneumo-thorax; 6, hémiplégie traumatique; 7 bis, pleurésie; 16, fièvre intermittente, albuminurie. — Salle Sainte-Monique : 13, pneumonie; 7, rétrécissement mitral; 4, hystérie, forme particulière; 16, aphasie.

Service de M. Gubler. Salle Saint-Louis : 4, emphysème, bronchectasie, 7, fièvre typhoïde; 11, pneumonie double. — Salle Saint-Martin : 2, insuffisance aortique; 6, myélite subaiguë; 19, rétrécissement mitral.

Service de M. Lecorché. Visite tous les jours à 9 h. Salle Beaujon.

Hôpital Lariboisière. Service de M. Millard. Salle Saint-Vincent : 3, [illegible] 6, pneumonie; 7, pleurésie; 16, cancer du foie; 17, érysipèle de la face, 14, ataxie locomotrice; 25, rhumatisme, endopéricardite. — Salle Sainte-Joséphine : 10, affection cardiaque, embolie cérébrale, hémiplégie gauche; 1[illegible], ataxie locomotrice; 14, asystolie; [illegible], pelvi-péritonite; 34, pleurésie gauche.

Service de M. Jaccoud. Salle Saint-Jérôme : 2, ramollissement dans le domaine du corps opto-strié; 3, fièvre intermittente quarte, cachexie palustre; 7, cachexie palustre, dégénérescence amyloïde des reins; 10, maladie de Bright; 12, cancer du foie; 14, diabète; 1[illegible] bis, colique de plomb; 16, fièvre typhoïde compliquée de fièvre intermittente quotidienne, 23, gangrène symétrique des extrémités; 24, érysipèle de la face; 31, insuffisance aortique et mitrale; 33, péricardite simple. — Salle Sainte-Claire : 3, entérite chronique, cachexie de misère; 11, phthisie pulmonaire, péritonite chronique; 12, pelvi-péritonite puerpérale, endopéricardite; 15 bis, hématocèle rétro-utérine; 16, pelvi-péritonite chronique, métrite aiguë hémorrhagique; 19 bis, pneumonie gauche; 20, fièvre typhoïde; 25, ramollissement cérébral; 28, érysipèle de la face; 29, insuffisance avec rétrécissement mitral; 32, hystérie.

Service de M. Guyot. Salle Saint-Henri : 1, pleurésie; 4, pleurésie purulente, vomique; 8, maladie de Bright; 9, pleurésie purulente ponctionnée; 10, ramollissement cérébral; 15, sciatique; 16, cancer du cœcum; 18, cancer de l'estomac; 20, affection mitrale. — Salle Sainte-Elisabeth : 2, épithélioma du col utérin, au début; 5, mal de Pott cervical; 9, 32, asystolie; 1[illegible], insuffisance mitrale; 15 bis, manie; 17, pelvi-péritonite; 20, phthisie à marche rapide.

Service de M. Siredey. Salle Saint-Augustin bis : 11 bis, pleurésie gauche; 12, mal de Pott; 13, rhumatisme; 14, pneumonie droite; 17, néphrite interstitielle chez un saturnin, hémorrhagie cérébrale; 20, insuffisance aortique; 25, kyste de la rate; 27, coliques de plomb; 30, pneumo-thorax. — Salle Sainte-Geneviève : 14, insuffisance mitrale; 16, métrite; 19, 22, pelvi-péritonite; 23, esthiomène éléphantiasique de la vulve; 31, coliques néphrétiques; 34, fibrome utérin; 35, œdème du membre inférieur consécutif à une phlegmatia alba dolens.

Service de M. Panas. Maladies des yeux. Opérations de chirurgie le mardi.

Service de M. Tillaux. Opérations le mercredi.

Hôpital du Midi — Maladies syphilitiques. — M. le dr Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera des conférences cliniques le dimanche 30 avril, à 9 h. 1/2 et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Visite des malades à 9 heures.

BIBLIOTHÈQUE

DE

M. GIRALDÈS

La vente des livres qui composent la Bibliothèque si riche de M. Giraldès, aura lieu du *8 au 13 mai*, par le ministère de M. E. Girard, commissaire-priseur, assisté de M. Leclerc, libraire-éditeur. — Salle Sylvestre, rue des Bons-Enfants, 28, à 7 heures 1/2 du soir.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

4e ANNÉE. — N° 18 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 29 AVRIL 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. S. DUPLAY.

Sur une variété rare de fracture de l'extrémité supérieure du tibia;

Leçon recueillie par Eug. MAROT, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Il vient de se présenter à notre observation une variété de fracture qui n'est certainement pas commune et dont il n'existe pas encore de description spéciale dans les auteurs : je me propose de l'étudier aujourd'hui, devant vous. Il y a trois semaines, on nous amena un homme de 60 ans, qui venait de recevoir sur la jambe droite un bloc de moellons qui l'avait renversé ; un mur qu'il était en train de démolir s'était effondré sur lui.

Le lendemain, le membre inférieur, depuis le pied jusqu'au tiers inférieur de la cuisse, présentait un gonflement et une tension considérables des téguments sous lesquels s'étendait une infiltration sanguine énorme. L'articulation du genou était aussi le siége d'un épanchement. Mais on était surtout frappé par une déformation particulière du membre, très-appréciable malgré le gonflement. Immédiatement au dessous de la rotule, il y avait une dépression subite du niveau de la face antérieure de la jambe, figurant le déplacement dit en coup de hache : à peu de chose près c'était ce que l'on observe dans la luxation incomplète de la jambe en arrière.

On imprimait facilement à la jambe des mouvements étendus de mobilité latérale ; on pouvait l'élever assez fortement sans que la cuisse ni le genou quittassent le plan du lit, mais la déformation antérieure n'en était nullement modifiée, le coup de hache persistait.

Il y avait évidemment une fracture du tibia (et l'on pouvait en revanche constater l'intégrité du péroné) : ces différents mouvements ne se passaient pas dans l'articulation du genou. En effet, aucun effort de traction ne pouvant réduire le déplacement, le chloroforme fut administré, qui permit de saisir à pleine main le membre au niveau du genou d'une part, et de l'autre au-dessous du siége de la déformation. Il devint évident alors que les mouvements de latéralité si étendus que nous avions observés, se passaient à quelques centimètres au-dessous de l'articulation, dans le foyer d'une fracture tibiale.

En outre, à la partie antéro-externe, au-devant de la tête du péroné, où la peau seule recouvre l'os, nous constations la mobilité avec crépitation d'un petit fragment osseux complétement détaché. En revanche, aucune crépitation n'accompagnait les grands mouvements de latéralité, et ceci avait fait méconnaître par d'autres personnes le véritable siége de ces mouvements. Il était facile de reconnaître que les condyles fémoraux, le péroné, la rotule, et les différents ligaments articulaires, étaient absolument sains. Le diagnostic fut donc : fracture limitée au plateau tibial, communiquant probablement avec l'articulation ; on ne pourrait rien affirmer à cet égard, et la déformation s'expliquait sans qu'il fût nécessaire d'invoquer une fracture articulaire. Pendant les diverses tentatives de réduction, ce mécanisme se révéla très-nettement : en effet, tandis que les tractions directes, exercées dans l'axe du membre, restaient sans résultat et sans influence sur l'angle en coup de hache, il suffisait de fléchir simplement la jambe pour amener la réduction ; ce faisant, il était clair que l'on ne fléchissait pas la jambe sur la cuisse, mais que l'on mettait l'axe du tibia dans la direction perpendiculaire normale au plan de son plateau articulaire. En d'autres termes, le coup de hache était produit par le déplacement anguleux à sommet en arrière des deux portions du tibia; l'extrémité supérieure était en demi flexion sur les condyles fémoraux, tandis que le corps de l'os et la jambe étaient, comme la cuisse, parallèles au plan du lit, de sorte que fléchir la jambe avait pour effet de coapter les fragments. Le même résultat eût été produit si l'on avait pu mettre le plateau tibial dans la position d'extension, la jambe reposant sur le plan du lit.

Une fois le fragment inférieur mis en contact avec le supérieur par cette flexion du membre, la réduction était parfaite et le diagnostic du siége de la fracture se confirmait du même coup : seul, l'état de l'articulation restait douteux au point de vue de la pénétration. Après cette coaptation, le membre fut fixé dans cette position fléchie au moyen d'un coussin cunéiforme insinué entre la jambe et la cuisse, la pointe répondant au jarret : dans cette position, la fesse et la plante du pied touchaient seules le plan du lit. Quelques tours de bande peu serrés maintenaient seuls l'appareil. Cependant le lendemain, le malade se plaignait de fourmillements dans le pied : comme la contusion avait été générale et très-violente, le gonflement et la tension persistant au même degré, il fut jugé prudent d'abandonner ce procédé de coaptation comme pouvant entraver le cours du sang dans le membre. La chaleur et la sensibilité étaient conservées partout sauf à la face dorsale du pied; mais partout jusqu'au genou la peau était couverte de vastes phlyctènes séro-sanguinolentes dues à la contusion des téguments. On posa dès lors simplement le membre dans un très-léger degré de flexion, sur un double plan incliné à angle obtus, sans tours de bandes. Malgré ces précautions, on ne sentait pas les battements de l'artère tibiale postérieure.

Nous étions au troisième jour de l'accident, le malade ne ressentait pas de douleur, mais on remarqua que la température du pied s'abaissait, et que les téguments à son niveau prenaient graduellement une teinte violacée, sans qu'on dût se reprocher la moindre compression exercée par les appareils ; pour en écarter tout soupçon, on laissa simplement le membre reposer par sa face externe sur le plan du lit. Dans cette position, bien entendu, le déplacement s'était reproduit au complet.

Malgré tout, il devint évident dès le cinquième jour que le sphacèle du pied et d'une partie de la jambe était inévitable ; on n'en pouvait cependant préciser les limites, et de fait celles-ci se reculèrent jusqu'au dernier moment, le refroidissement et la teinte spéciale gagnant progressivement du terrain. Lorsque le malade succomba le treizième jour à une pneumonie rapidement développée et accompagnée de troubles cérébraux, la mortification était complète de toute la jambe jusqu'au genou.

L'autopsie nous rendit compte non-seulement des causes immédiates de la mort, pneumonie étendue et méningite déjà ancienne de la convexité des hémisphères, mais encore des phénomènes physiques observés localement pendant la vie du malade.

La jambe était le siége d'un vaste phlegmon gangréneux qui se limitait mal au niveau du genou ; autour du foyer de la fracture, outre l'infiltration sanguine et purulente commune au tissu cellulaire de toute la région, nous trouvâmes deux épanchements sanguins profonds limités par des muscles, l'un à la partie supérieure du losange poplité, l'autre entre les muscles tibiaux antérieurs au point où les vaisseaux passent à travers le ligament interosseux à sa partie supérieure.

Ces deux foyers sanguins semblaient correspondre à deux ruptures vasculaires, dont l'une était indubitable, siégeant sur la veine poplitée, oblitérée déjà par un caillot

sanguin. Les veines tibiales antérieures présentaient des lésions moins faciles à constater en raison de leur calibre. Il y avait là, Messieurs, de quoi expliquer en partie les troubles circulatoires observés pendant la vie, mais non l'absence bien constatée de battements au niveau des artères du pied ce qui vient maintenant en rendre compte, c'est l'état de l'artère poplitée que nous avons trouvée presque complètement oblitérée sur un trajet de 5 centimètres environ au-dessus et au-dessous de l'interligne articulaire. A ce niveau l'artère était brusquement transformée en un cordon dur, inégal, bosselé : il n'y avait plus de lumière pour ainsi dire à ce vaisseau, dont le calibre diminué de moitié était occupé par un caillot fibrineux adhérent dont vous pouvez encore constater la présence. Le vaisseau cependant ne présentait nulle part trace évidente de solution de continuité.

Il y avait eu compression par un des fragments et probablement rupture de la tunique interne.

Quant à la fracture elle-même, vous pouvez voir qu'elle était aussi pénétrante que possible ; les traits multiples dont elle se compose, et que nous allons étudier en détail, aboutissent tous à la surface articulaire du plateau tibial ; c'est dire qu'il y avait non-seulement un phlegmon périarticulaire, mais encore invasion du genou par un pus infect dans lequel baignaient les fragments osseux, aussi bien que les muscles jambiers voisins ou du moins ce qui restait de ces muscles. Du côté de la cuisse et du fémur tout était relativement sain, tandis que les cartilages de la rotule et du tibia avaient commencé à se ramollir et à se soulever.

Vous avez, Messieurs, les pièces sous les yeux et vous pouvez ainsi vous convaincre que s'il est facile d'apprécier les désordres, il est moins aisé de procéder à leur description méthodique. Je vais l'essayer cependant. D'une manière générale, le tout consiste en une division multiple du plateau tibial détaché du corps de l'os.

En regardant par la face postérieure, on voit un premier trait de fracture oblique plutôt que transversal, partant du bord interne du tibia à 4 centimètres au-dessous de la surface articulaire, pour croiser la face postérieure de l'os en remontant en dehors jusqu'à l'articulation péronéo-tibiale, c'est-à-dire à un centimètre et demi de la surface cartilagineuse du plateau. Du milieu de ce trait oblique en part un second, plus voisin de la verticale, bien qu'oblique lui-même dans le même sens : celui ci gagne la surface articulaire, mais sans intéresser toute l'étendue antéro-postérieure de la masse spongieuse ; il limite un petit fragment postérieur et externe, écorné pour ainsi dire du plateau tibial.

Si nous regardons en avant, nous trouvons de chaque côté de la tubérosité antérieure du tibia qui est intacte, un fragment complétement isolé et qui, vu de face, présente l'aspect d'une sorte de lamelle ou d'écaille osseuse arrachée de chaque condyle du tibia. Mais un examen plus attentif permet de constater que l'un et l'autre de ces fragments comprend de chaque côté une bonne portion du condyle et de la cavité glénoïde correspondante. Le fragment interne est limité latéralement par un trait vertical qui suit le bord postérieur et interne du tibia, et supérieurement par un trait antéro-postérieur qui partage en deux parties à peu près égales la cavité glénoïde interne. Le fragment externe, moins volumineux, est limité en dehors par un trait oblique qui se dirige vers l'articulation péronéo-tibiale, et en haut par un trait également oblique qui aboutit au même point. Il comprend donc la portion antéro-externe de la cavité glénoïde externe du tibia.

Si vous avez bien suivi Messieurs, cette description qui ne laisse pas que d'être assez compliquée, vous pourrez vous convaincre qu'en résumé le plateau tibial est partagé en quatre fragments : un moyen, un interne et deux externes. *Le fragment moyen*, le plus volumineux, en forme de coin à face postérieure, comprend la partie moyenne du plateau tibial et donne insertion aux deux ligaments croisés. Il commence immédiatement en arrière de la tubérosité antérieure et au-devant de l'insertion du ligament croisé antérieur, pour se terminer en arrière à 4 centimètres au-dessous de la surface articulaire. *Le fragment interne* comprend la moitié interne de la cavité glénoïde interne et du condyle qui la supporte. *Les deux fragments externes* comprennent également la plus grande partie du condyle externe et la cavité glénoïde correspondante qui se trouve partagée en trois parties.

Cette variété de fracture du tibia n'est certainement pas commune : on ne trouve même dans les auteurs presque aucune description qui s'y rapporte, presque aucun fait qui lui soit comparable, ni dans le traité de Malgaigne si complet cependant, ni dans les travaux spéciaux sur la question (thèse de Durochas, Paris, 1867). Quelques exemples de fracture présentent cependant une certaine analogie avec celui qui nous occupe. Ainsi l'on peut voir, dans l'*Iconographie chirurgicale* de Benjamin Anger, un fait de cette nature, sur lequel malheureusement font absolument défaut les détails cliniques : cette fracture ayant été constatée pour ainsi dire par hasard à l'amphithéâtre.

Je ne parle bien entendu que des fractures du tibia seul à son extrémité supérieure : les cas de fracture des deux os, c'est-à-dire de la jambe au tiers supérieur, sont relativement fréquents et vous pourrez même en observer actuellement deux exemples dans nos salles.

Et tout d'abord la fracture est-elle de cause directe ou indirecte ?

Bien évidemment, Messieurs, la cause n'est pas directe, car si la fracture était un effet de l'écrasement, les téguments auraient été en état d'attrition, tandis que les désordres ici sont dans la profondeur, limités au tibia ; il y a intégrité absolue de la rotule et de son ligament, les condyles fémoraux ne sont pas séparés, etc., etc. D'autre part, il est depuis longtemps connu que certaines fractures de l'extrémité supérieure du tibia se produisent d'une façon indirecte par le mécanisme de l'arrachement. Vous pouvez, à cet égard, consulter le fascicule récemment publié des cliniques de M. le professeur Richet (1), sur les fractures de jambe : dans cet ouvrage on lit que deux fois la fracture au tiers supérieur a été produite par une flexion forcée de la jambe en avant, l'articulation restant intacte. Il s'agit d'individus dont le corps avait été lancé en avant, tandis que la partie inférieure de la jambe et le pied étaient retenus dans un marchepied de wagon ou de voiture : le corps avait par conséquent décrit une sorte d'arc de cercle et la jambe avait cédé Mais vous remarquerez qu'il s'agit ici de fractures des deux os, tandis que nous n'avons affaire actuellement qu'à un arrachement partiel du tibia, dont le mécanisme n'est indiqué nulle part.

Deux modes de violence, inégalement vraisemblables peuvent être invoqués pour expliquer les désordres que vous avez sous les yeux. On pourrait croire, en premier lieu, et certaines personnes en ont exprimé l'avis, que la masse vulnérante surprenant le genou en demi flexion, attitude des gens qui manient la pioche, il y a eu choc violent sur les condyles fémoraux qui ont transmis la poussée aux tubérosités tibiales : celles-ci surplombant le corps du tibia, n'auraient pu résister et se seraient détachées.

Mais ceci n'expliquerait pas la division en trois fragments Tout au plus ce mécanisme donnerait-il la raison de la forme en écailles verticales que les deux fragments latéraux affectent. De plus, ce mécanisme ne pourrait être admis que si l'on constatait en effet des traces de contusion au bas de la cuisse, point d'application supposé du choc ; il y aurait eu dans ce cas une ecchymose, ou un épanchement traumatique dans le triceps fémoral. Or les téguments eux-mêmes étaient absolument intacts à ce niveau.

D'ailleurs, si le fémur avait servi d'intermédiaire à la force fracturante, comment expliquer que les condyles n'aient pas subi le plus léger degré d'écrasement au niveau de leur face articulaire? L'examen attentif de l'ensemble des lésions, et les considérations qui précèdent me conduisent à admettre que la fracture a résulté d'une violence exercée sur la jambe seule.

(1) Leçons cliniques sur les fractures de jambe, recueillies par Ledouble et Garnier, internes du service 1876.

En effet, certaines particularités doivent faire admettre le mécanisme de *l'extension forcée* : en premier lieu, l'intégrité de la rotule, de son ligament et de la tubérosité tibiale, indique bien que ces parties ont été surprises dans le relâchement et non dans la tension qu'ils subissent lors de la flexion du genou : dans ces conditions, ils auraient difficilement échappé à la violence. Vous savez, d'autre part, Messieurs, que dans l'extension, en revanche, tous les autres liens articulaires, y compris les ligaments croisés, subissent une tension proportionnelle à l'effort d'extension.

Ce doit être dans un moment exagéré d'extension, c'est-à-dire dans un effort de *flexion en avant*, que s'est produit le détachement de l'énorme fragment médian qui porte encore intacte l'insertion des deux ligaments croisés. Ce véritable arrachement du plateau tibial ne peut s'expliquer que par le mécanisme de l'extension forcée : on peut encore tirer en sa faveur un dernier argument du genre de la déformation que nous avons eue à combattre. Vous n'ignorez pas, Messieurs, que le déplacement imprimé à des fragments osseux par une violence considérable se maintient ordinairement tel que le corps vulnérant l'a produit : la saillie que faisait en arrière le fragment supérieur pendant la vie, c'est-à-dire l'angle ouvert en avant du tibia, datait probablement du moment de la pression d'une pierre pesante.

En résumé, Messieurs, et à quelque mécanisme que vous vous arrêtiez, retenez que cette fracture s'est révélée pendant la vie par les caractères suivants : gonflement et tension énormes des téguments, déformation particulière, et mobilité latérale indiquant de graves désordres au niveau du tibia. L'administration du chloroforme nous a été utile pour ces diverses constatations. En dernier lieu, il faut signaler la crépitation fournie par la mobilité d'une des écailles.

Le pronostic de cette lésion traumatique est évidemment grave à tous les points de vue. Il y a, en effet, une contusion violente rendant probable le sphacèle ou tout au moins le phlegmon. Or, vous le savez, l'articulation communique avec le foyer de la fracture ; de plus la réduction de ces fractures est très-difficile à obtenir et à maintenir, même quand elles siégent plus bas que dans le cas particulier : ceci constitue une importante complication.

D'après ce qu'il nous a été donné d'observer, je pense à ce propos que la demi-flexion, qui replace le tibia dans l'axe du fragment supérieur, est le meilleur moyen de réduction, bien que d'une façon générale cette position soit mauvaise dans tous les cas où l'ankylose peut survenir. Au bout de quelque temps, on pourrait revenir à l'extension, si l'ankylose devenait probable.

Enfin, à un dernier point de vue, il importe de se rappeler que ces fractures de la partie supérieure du tibia (que le péroné soit ou non intact, que le trait de fracture siége plus ou moins près de l'articulation) sont d'une consolidation difficile dans tous les cas. Les auteurs ont insisté déjà sur ce point (Malgaigne, Laugier, Durochas); on ne doit pas l'attendre moins de 7 ou 8 mois, et ceci pour des raisons faciles à saisir : la solution de continuité, en effet, porte sur une masse éminemment spongieuse et vasculaire, et il se fait entre les fragments un épanchement de sang considérable. Souvent on n'obtient qu'une pseudarthrose; Durochas en cite 2 cas dans son travail : la fracture de l'un des malades, après 153 jours, était à peine consolidée; celle de l'autre, au bout de 8 mois, ne l'était pas encore, et comme dans les deux cas, pour éviter l'ankylose, on cherchait à communiquer des mouvements à l'articulation, on reproduisit la fracture. Vous avez un exemple analogue dans notre salle des femmes : il s'agit d'une malade qui se fit, il y a trois ans, une fracture de l'extrémité supérieure du tibia pour laquelle on dut lui faire garder le lit pendant trois mois à l'hôpital Beaujon. Ensuite, elle resta un mois encore en convalescence au Vésinet. Cette malade n'est sous l'empire d'aucune diathèse, et cependant sa fracture ne se consolida jamais, puisqu'elle raconte très-nettement qu'au bout de ce temps elle ne pouvait faire un pas sans que sa jambe fléchît sous elle en formant un angle saillant en dehors. Il y a quelques jours, elle fit une chute pendant laquelle le poids de son corps fut reporté sur la jambe malade : la fracture se reproduisit. Il est juste de dire qu'elle siége plus bas que celle dont vous avez les pièces sous les yeux.

De ces diverses considérations, vous pouvez dès maintenant dégager cette idée, Messieurs, que l'arrachement du plateau tibial constitue une lésion d'une gravité exceptionnelle. Notre malade devait être amputé, et l'opération eut été pratiquée si l'état général rapidement désespéré ne l'eût rendue inutile au moment où elle eut pu être proposée au malade. Nous étions ici en présence de complications qui peuvent ne pas se rencontrer réunies dans d'autres cas : la consolidation ne serait dès lors pas absolument impossible. Quel serait l'état des parties après la guérison, nous ne pouvons l'indiquer faute de données acquises sur ce sujet encore nouveau.

MALADIES DES YEUX

ECOLE PRATIQUE. — COURS DE M. LE Dr **E. LANDOLT**.

Du diagnostic des maladies des yeux.

IIIe LEÇON. — **Mouvements des yeux** (*Suite*) (1).

Leçon recueillie par A. CHARPENTIER.

Revenons maintenant à notre malade. Il s'agit donc d'abord de déterminer, si son strabisme est réel ou apparent.

Pour cela nous couvrons simplement avec notre main un des yeux du malade ; (on peut se servir aussi très-avantageusement, pour le même usage, d'un verre dépoli qui, appliqué très-près de l'œil du sujet, permet au médecin de suivre tous les mouvements de cet œil sans que le patient puisse voir). Puis nous montrons au malade notre doigt indicateur de l'autre main et nous le lui faisons fixer attentivement avec son œil libre.

Pendant que ce dernier fixe bien, nous le couvrons rapidement en découvrant l'autre œil. A ce moment, si l'œil d'abord couvert ne bouge pas et voit nettement le doigt qu'on lui montre, le strabisme n'est qu'*apparent* ; il est dû à l'angle α : Déjà sous la main ou sous le verre qui le cachait, l'œil était dirigé sur l'objet fixé par l'œil libre; on avait attribué à la déviation des lignes visuelles, ce qui n'était dû qu'à la convergence des axes cornéens.

Dans l'exemple que nous avons choisi (strabisme convergent), le strabisme apparent serait un cas exceptionnel, la divergence des axes optiques étant, comme nous l'avons vu, beaucoup plus commune que leur convergence. Mais du reste tel n'est pas notre cas : en effet, à peine découvrons-nous l'œil caché, que celui-ci fait un mouvement en dehors pour se diriger sur le doigt qu'on lui montre; ce qui prouve que sous la main il était dirigé trop en dedans. Le strabisme est donc *réel*.

En présence de ce fait, nous avons à nous demander s'il y a *paralysie d'un des muscles droits externes*, ou bien *strabisme concomitant*.

Pour avoir la réponse, répétons successivement sur les deux yeux la manœuvre précédente : nous remarquerons par ce moyen, ou bien que le mouvement de redressement est le même pour chaque œil, et alors il y aura *strabisme concomitant*, ou bien que la déviation est plus prononcée d'un côté que de l'autre, et alors il y aura *paralysie*. Et dans la dernière hypothèse, le côté de la paralysie sera celui dont l'œil dévie le moins sous le verre dépoli, ou en d'autres termes, fait un mouvement de redressement moins considérable.

Dans notre cas, par exemple, l'œil gauche dévie moins que l'œil droit, c'est donc lui qui est malade, et nous avons affaire, en définitive, à une *paralysie du muscle droit externe du côté gauche*.

Voici l'explication de ce phénomène : L'œil malade étant dirigé trop en dedans à l'état de repos, exige une contraction de son muscle droit externe pour se diriger sur l'objet

(1) Voir les nos 8, 9, 10 et 16.

à fixer. Mais, pour effectuer cette contraction, ce muscle, affaibli, a besoin d'une impulsion nerveuse d'autant plus forte qu'il est plus paralysé.

Or, vous savez que le mouvement d'un œil en dehors est toujours accompagné d'un mouvement de l'autre en dedans. La contraction du droit externe gauche étant associée à celle du droit interne du côté droit, c'est la même impulsion nerveuse qui commande aux deux muscles.

Si cette impulsion devient plus forte pour faire contracter le muscle droit externe gauche paralysé, elle agira en même temps à un degré plus intense sur le muscle droit interne du côté droit, et comme celui-ci est sain, il répondra par une contraction plus considérable.

Aussi, pendant que l'œil gauche, regardant seul, fait un effort en dehors juste assez grand pour fixer l'objet qu'on lui montre, l'œil droit se dirige fortement en dedans; quand l'œil droit fixera seul, comme il demandera pour son muscle sain une impulsion moins considérable, l'œil gauche se déviera à un moindre degré. On comprend ainsi facilement que la déviation, et par suite le mouvement de redressement, soient plus considérables pour l'œil sain que pour l'œil malade.

Nous pouvons donc déjà répondre à la seconde question que nous nous étions posée: quel est l'œil dévié? Mais notre diagnostic gagnera beaucoup en précision si nous déterminons *les limites d'excursion de chaque œil.*

Pour faire cette exploration, nous faisons suivre du regard par le malade notre doigt que nous promenons à droite, à gauche, en haut et en bas, jusqu'aux dernières limites où il peut le voir.

Nous comparerons ainsi le degré d'*adduction* et d'*abduction* possible pour chaque œil, et nous verrons alors si ces mouvements sont bien conservés dans les deux yeux, comme c'est le cas pour le strabisme concomitant, ou s'ils font défaut d'un côté, comme dans la paralysie.

Dans notre cas, nous voyons qu'en faisant regarder fortement à droite, la pupille de l'œil droit est à moitié cachée sous la commissure externe des paupières, tandis qu'à la limite du regard à gauche, c'est à peine si le bord externe de la cornée gauche atteint la commissure correspondante. Quant à la force de convergence, elle est conservée sur les deux yeux à un égal degré.

Lorsque, dans une certaine direction, l'œil ne suit à aucun degré l'objet de fixation, et qu'il reste immobile, il y a évidemment *paralysie complète* du muscle qui agit dans cette direction. Si, au contraire, l'œil suit jusqu'à un certain point, comme dans notre cas, la paralysie est *incomplète.*

Quand l'œil est arrivé au bout de l'excursion qu'il peut faire dans une direction donnée, on le voit souvent animé de mouvements rotatoires oscillants. Ce nystagmus est dû à ce que des muscles qui, à l'état normal, viennent en aide accessoirement au muscle paralysé, cherchent alors à le suppléer, sans toutefois y réussir complétement. Ce sont surtout les deux obliques, et peut être quelques fibres isolées des muscles droits supérieurs et inférieurs, qui provoquent ce mouvement rotatoire.

Nous voici actuellement en mesure d'aborder d'une façon plus précise, l'étude de notre troisième question: *quel est le degré du strabisme?*

Vous avez remarqué qu'en voulant estimer approximativement la déviation, je me suis servi tout à l'heure comme point de repère de la commissure des paupières. On a, en effet, l'habitude d'exprimer le strabisme par des longueurs linéaires, qu'on mesure pour ainsi dire avec le bord palpébral. Ainsi, on parle d'un strabisme de 5 millimètres, quand le point de la paupière inférieure qui correspond verticalement au centre de la pupille de l'œil dévié, est éloigné de 5 millimètres du point auquel correspondrait le centre pupillaire du même œil à l'état normal.

Mais vous concevez facilement, Messieurs, que c'est là un mode de mensuration très arbitraire. D'abord, quoi de plus difficile que de déterminer exactement les points de la paupière qui correspondent à la première et à la seconde position?

De plus, des mouvements rotatoires comme ceux de l'œil ne doivent évidemment pas être exprimés par des grandeurs linéaires. Quand il s'agit de déplacements du globe en totalité, que l'on dise: l'œil est porté à 5 millimètres en haut, en bas, à droite, à gauche, en avant, rien de plus juste, comme nous l'avons vu dernièrement. Mais les mouvements des yeux ne sont pas des déplacements en masse, comme chacun sait; ce sont des rotations autour d'un centre qui reste immobile.

L'expression des excursions de l'œil, ainsi que des lacunes de cette excursion, est par conséquent donnée par l'*arc* que l'œil a parcouru, ou par l'*angle* correspondant, dont le sommet est au centre de rotation du globe.

Vous concevez quelles erreurs on s'expose à commettre en mesurant cet arc par sa projection sur une ligne droite. Vous trouvez un jour, je suppose, un strabisme de 5 millimètres; quelque temps après, il est de 10 millimètres; direz-vous qu'il a doublé? Ce serait essentiellement faux. Vous savez tous, en effet, que la projection d'arcs égaux sur une droite tangente au 0° diminue de plus en plus à mesure que ces arcs se rapprochent de 90°, de sorte que dans le cas dont nous parlons, la rotation de l'œil a plus que doublé. La strabométrie basée sur la mesure du *déplacement* du centre pupillaire, est donc une méthode radicalement vicieuse, et il est étonnant qu'on ait pu proposer des strabomètres linéaires.

Que l'on se serve d'une règle graduée sur laquelle on vise à l'aide d'un point de mire le centre pupillaire, que l'on se serve du bord palpébral, qui n'est ni une ligne droite, ni un arc concentrique aux excursions de l'œil, que l'on se serve de ces prétendus strabomètres qui consistent en une plaque divisée ayant la courbure des paupières, on ne peut pas espérer avoir ainsi la mesure du strabisme.

Si nous ne voulons qu'une estimation approximative, l'œil nu nous suffira. Si nous voulons une mesure exacte, telle que l'exige l'observation consciencieuse de la marche de la maladie, nous devrons déterminer l'*angle du strabisme.*

Voici comment nous avons défini cet angle dans notre Métrologie: *L'angle du strabisme est l'angle que la ligne du regard de l'œil dévié forme avec la direction qu'elle devrait avoir.*

On peut déterminer cet angle soit *objectivement*, soit *subjectivement.* La manière la plus simple de déterminer l'angle du strabisme est tout-à-fait analogue à celle que nous avons employée pour mesurer l'angle α.

Nous nous servons encore ici de l'arc gradué du périmètre, au centre duquel nous plaçons l'œil dévié c du malade, l'arc étant disposé dans le plan de la déviation. Pour le cas que nous avons choisi comme exemple, l'arc sera horizontal. Nous engageons alors le malade à fixer *avec ses deux yeux* un objet O éloigné situé sur le prolongement du rayon médian $c\,o\,O$. C'est la direction que l'œil dévié devrait avoir à l'état normal.

Ce qu'il s'agit maintenant de déterminer, c'est le point x sur lequel l'œil est dirigé en réalité; l'angle $o\,c\,x$ formé par ces deux directions est l'angle du strabisme.

Pour avoir cette seconde donnée, nous devrions déterminer la ligne du regard, mais l'obtenir n'est pas chose facile; aussi nous contenterons-nous pour la pratique d'une ligne qui ne diffère de la précédente que d'un angle négligeable (l'angle α) par rapport à celui du strabisme; je veux parler de l'axe optique, que nous avons appris précédemment à déterminer. Nous promènerons, comme nous l'avons fait, une bougie le long de l'arc jusqu'au point x où son reflet soit situé au centre de la cornée. Si l'œil est dévié en haut ou en bas, on suivra la même méthode, en plaçant l'arc verticalement.

Quand il y a une déviation, non pas horizontale ou verticale, mais dans une direction intermédiaire, il serait assez compliqué de déterminer d'abord exactement le méridien de la déviation. Dans ce cas, on partage celle-ci en deux composantes, l'une verticale et l'autre horizontale, qu'on mesure séparément. On dit alors, par exemple: tel œil

présente 2° de déviation horizontale, 10° de déviation verticale.

Cette manière de procéder est d'autant plus légitime que nous suivons le même principe, comme nous le verrons plus loin, dans la détermination subjective du degré du strabisme, et souvent même dans la thérapeutique, en combinant la ténotomie du muscle droit supérieur ou inférieur avec celle d'un muscle latéral.

Après avoir déterminé le degré de déviation de l'œil malade dans la *vision au loin*, il faut examiner les changements que subit le strabisme dans la vision rapprochée; pour cela, on rapproche simplement l'objet *o* et on procède de la même façon que précédemment.

On voit souvent changer considérablement le degré du strabisme dans la convergence, ce qui nous fournit des données précieuses pour l'opération. Si nous trouvons, par exemple, qu'un strabisme convergent diminue beaucoup dans la vision de près, nous nous garderons de donner trop d'effet à la ténotomie, et d'exposer ainsi le malade au préjudice d'une convergence pénible ou incomplète.

(*A suivre.*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Faculté de médecine. — M. CHARCOT.

5e Leçon. — **Des capillaires biliaires** (suite). — **Tissu conjonctif et vaisseaux lymphatiques du lobule. — Espaces interlobulaires — Localisations anatomo-pathologiques dans ces espaces** (1).

(Résumé de la leçon du 3 avril).

Messieurs,

Pour achever l'histoire anatomique des canalicules biliaires intralobulaires, il me reste encore à vous entretenir de quelques points. Je dois, en particulier, vous montrer que l'existence de ces canalicules, mise en évidence chez les animaux par l'injection, peut être régulièrement démontrée chez l'homme lui-même, mais à l'aide de procédés différents.

I. — A. Voici en quoi consiste cette démonstration : 1° chez l'homme, dans l'état normal, surtout chez de très-jeunes enfants (2), lorsqu'on examine des coupes minces, durcies, faites parallèlement à la direction des vaisseaux radiés, on voit, sur la ligne de séparation des cellules hépatiques, de petits pertuis arrondis, situés au milieu de cette ligne, à égale distance des vaisseaux : ces petits pertuis répondent évidemment à la lumière des canalicules capillaires biliaires coupés en travers. Il est possible de mettre en évidence le trajet des canalicules biliaires à la surface des cellules dans certains cas où, en dehors même d'un état pathologique, le pigment biliaire, sous forme grenue, s'est déposé dans leur cavité.

2° Mais, dans certains états pathologiques bien accentués, la démonstration est encore plus frappante. Il s'agit là d'une sorte d'injection, pour ainsi dire naturelle. Dans des cas de rétention biliaire prolongée, ainsi que l'a remarqué pour la première fois, je pense, M. O. Wyss (3), on trouve, en effet, sur les préparations portant sur la substance des lobules, de petits calculs rameux constituant parfois une espèce de réticulum. Ces petits calculs, de coloration verdâtre, translucides, présentent tous les caractères optiques et chimiques de la biliverdine. On peut même voir, comme vous vous en êtes assurés sur des préparations *ad hoc* et comme je vous le prouverai encore, ces petits calculs en place, ayant avec les cellules et les vaisseaux sanguins des rapports qui établissent péremptoirement qu'ils ne sont autres que les *moules internes* des canalicules biliaires capillaires (4).

Les faits, signalés à la fin de la dernière séance, relatifs à la dilatation des capillaires biliaires dans divers cas de cirrhose et à la présence de cellules épithéliales dans leurs cavités pouvaient être comptés déjà comme des arguments puissants en faveur de l'existence de ces capillaires chez l'homme, dans les conditions physiologiques.

La réalité des capillaires biliaires chez l'homme n'est donc plus douteuse et les considérations qui précèdent rendent évident du même coup que la structure et la disposition des canalicules ne diffèrent pas chez l'homme, dans les traits essentiels au-moins, de ce qu'ils sont chez les animaux.

B. Une autre question se présente maintenant ; nous devons nous contenter de la poser, car, dans l'état actuel de nos connaissances, elle ne peut encore être résolue d'une façon définitive. La continuité directe entre les canaux interlobulaires et les capillaires biliaires est parfaitement démontrée ; mais suivant quel mode cette continuité s'établit-elle ?

Dans la description de M. Legros, rien de plus simple : l'épithélium, cubique dans les canaux interlobulaires, subirait une sorte d'aplatissement en pénétrant entre les cellules hépatiques pour former les capillaires biliaires. Je dois déclarer immédiatement que ce n'est pas ainsi que les choses sont présentées dans les descriptions des anatomistes les plus autorisés dans la matière. Chez les animaux inférieurs, d'après Eberth (1) on voit l'épithélium cubique des canalicules interlobulaires se développer au moment où ce dernier devient intra-lobulaire et prendre peu à peu le caractère des cellules hépatiques. Entre ces cellules, les capillaires ainsi formés vont constituer des réseaux de canaux désormais sans paroi propre.

Telle est aussi, à quelques nuances près, l'opinion de Hering (1). Je dois vous déclarer, Messieurs, que c'est là, à mon sens, un point d'anatomie qu'il faut réserver et qui réclame certainement de nouvelles recherches.

II. J'en ai fini avec l'anatomie normale des capillaires biliaires et vous voilà complétement en mesure, Messieurs, d'interpréter à l'occasion, en temps et lieu, les dispositions anatomo-pathologiques qui les concernent. Permettez-moi, cependant, de vous dire encore quelques mots à leur sujet, en manière de conclusion.

S'il s'agissait, dans ces leçons, d'anatomie normale, faite pour elle-même, connaissant actuellement les principaux éléments de la structure du lobule du foie, ce serait le moment de rechercher les analogies et les différences qui rapprochent ou éloignent la glande hépatique du type commun aux autres appareils glandulaires. Je ne crois pas opportun d'entrer à ce propos, la tâche étant celle surtout de l'anatomiste pur, dans de grands détails. Nous ne saurions toutefois nous désintéresser absolument dans une question dont la discussion peut nous servir à mieux mettre en relief, que nous ne l'avons fait jusqu'ici, une disposition anatomique qu'il nous importe à un haut degré de bien connaître.

Il est incontestable que le foie de l'homme et celui même des autres mammifères, s'éloigne beaucoup, anatomiquement parlant, du type des autres appareils glandulaires, mais, vous allez reconnaître aisément qu'il ne s'agit pas là d'une opposition radicale. Le foie des animaux vertébrés inférieurs établit, en effet, entre les extrêmes, une sorte de transition.

Une glande se compose dans la règle : 1° d'une membrane propre sur laquelle sont appliqués les vaisseaux capillaires ; 2° en dedans de cette membrane existe un revêtement de cellules épithéliales glandulaires; 3° Celles-ci laissent dans leur intervalle une cavité où se deverse le produit de l'activité sécrétoire des cellules. Or, dans le foie des vertébrés inférieurs, dans celui de la couleuvre, par exemple, la membrane propre et cela résulte des descriptions de Eberth et de Hering, la membrane propre, dis-je, fait défaut. Mais, en dehors de ce point, on observe une disposition qui rappelle assez bien la structure des glandes en tubes. Ainsi sur certaines coupes, cinq ou six cellules épithéliales de forme pyramidale reposent par leur base sur le contour d'une maille capillaire et laissent entre elles, au niveau de leur sommet, un petit pertuis qui figure la coupe transversale d'un canal sans paroi propre. Cette disposition rappelle assez bien la section similaire d'une glande en tubes (Kölliker, fig 306). La membrane propre, je le répète, n'existe pas ici; elle est remplacée par la paroi même du vaisseau capillaire et, à part cela, nous retrouvons tous les caractères essentiels du type vulgaire des appareils glandulaires.

Il est facile de reconnaître maintenant, Messieurs, que la structure du foie de l'homme et des mammifères, du moins au

(1) Voir les nos 13, 14, 15, 16, 17. — Erratum : Dans le résumé de la dernière leçon au lieu de *Gallony*, lisez Gillavry.

(2) Hering, dans *Stricker's Handbuch*, p. 441, fig. relative au foie d'un enfant de 3 ans.

(3) *Virchow's Archiv*, 1866, p. 135.

(4) Voir à ce sujet une figure intéressante de l'Atlas de M. Thierfelder. Fig. 15.

(1) *Virchow's Archiv.*, 1869, Bd. 39, figure relative à la grenouille.

(2) Voyez la figure du *Manuel de Stricker*, p. 415.

point de vue qui nous occupe ne diffère pas foncièrement de celle du foie des serpents. 1° Nous avons, en effet, les canaux sans paroi propre, creusés dans l'intervalle des cellules hépatiques ; à la vérité, les cellules qui composent ces parois sont, chez l'homme, seulement au nombre de deux ou trois tout au plus ; mais c'est là, pour ainsi dire, toute la différence. 2° La cellule glandulaire est, d'un côté, par suite de l'absence de membrane propre, en contact immédiat avec la paroi des vaisseaux capillaires ; mais ceux-ci sont séparés de la cavité d'excrétion, ou autrement dit du capillaire biliaire, par une partie de l'épaisseur du protoplasma cellulaire, de telle sorte que ce grand caractère du type commun des glandes ou tubes se retrouve, comme vous le voyez, dans le foie de l'homme.

III. L'analyse anatomique des lobules hépatiques resterait incomplète si je ne vous disais pas quelques mots sur le tissu conjonctif et les vaisseaux ou mieux les espaces lymphatiques qui entrent dans leur composition.

a) A l'état normal, le *tissu conjonctif* est tout à fait rudimentaire dans le lobule. Des procédés spéciaux et délicats sont alors nécessaires pour mettre son existence en évidence. Pour l'objet spécial de nos études, la connaissance de cette gangue conjonctive rudimentaire n'est pas, tant s'en faut, à dédaigner. A l'état pathologique, en effet, ce tissu peut prendre une extension considérable et étouffer tous les autres éléments du lobule : c'est ce que l'on observe dans plusieurs formes de la cirrhose que, pour cette raison on appelle *intra-lobulaire*.

On démontre l'existence du tissu conjonctif normal du lobule en traitant par le pinceau des préparations durcies. Les cellules étant chassées, on a sous les yeux les mailles du réseau des vaisseaux capillaires. Par un examen attentif, on reconnaît alors, à la surface des parois de ces vaisseaux, de minces fibrilles entrecroisées qui se prolongent en s'enchevêtrant dans les mailles qui encadrent les cellules. Le tissu conjonctif ne paraît représenté là que par les fibrilles ; les cellules plates ne s'y rencontrent pas ou, tout au moins, elles y sont en petit nombre et rudimentaires.

Le tissu conjonctif est surtout dense en deux points du lobule : à la périphérie et au voisinage de la veine centrale. A propos de ce dernier point, je ferai remarquer qu'il y a une variété de cirrhose intra-lobulaire qui a pour siége la périphérie de la veine centrale et la zone immédiatement située en dehors de celle-ci. Cette variété d'hépatite lobulaire se voit dans les cas d'altération du foie consécutive à une gêne de la circulation cardiaque ou pulmonaire (*Foie cardiaque*).

b) Nous voici naturellement conduit à vous parler des *voies lymphatiques* qui ont partout des relations si étroites avec le tissu conjonctif. On décrit d'ordinaire les parois des capillaires dans le lobule, comme étant en contact direct avec celles des cellules hépatiques. En se fondant sur les résultats d'injections, nombre d'auteurs cependant, parmi lesquels Mac Gillavry, Kisslew (1) et Kölliker, admettent l'existence d'une fente ou chambre qui sépare la paroi de la travée de cellules de celle des capillaires. Les vaisseaux capillaires du foie nageraient donc, pour ainsi dire, dans une sorte de gaine lymphatique, comparable dans une certaine mesure à celle qui entoure les capillaires de l'encéphale. Seulement, on ignore, quant à présent, si les cavités ont des parois propres ou si ce sont seulement des interstices que traversent des tractus qui, de la paroi des vaisseaux, pénètrent dans l'intervalle des cellules.

Tout récemment M. Von Wittich (2) aurait de nouveau mis en relief l'existence de ces lacunes dans une expérience qui consiste, chez un animal récemment tué par hémorrhagie, à introduire dans la trachée, par des mouvements artificiels du thorax, une solution de carmin d'indigo. Si l'on examine le foie d'un animal ainsi injecté, on constate que les gros vaisseaux sont environnés d'un fin réseau bleu et que en même temps, les espaces qui séparent les vaisseaux capillaires des cellules, sont remplis par le liquide de l'injection.

Quelques conditions pathologiques donnent de l'importance à cette disposition. M. Thierfelder (3) a vu, dans plusieurs cas de maladies du cœur, les espaces lymphatiques en question distendus par une substance riche en fibrine et se dissolvant dans l'acide acétique.

Il est habituel dans les abcès lobulaires de voir, sur les points où la dissociation complète des éléments du lobule n'est pas encore effectuée, des leucocytes en plus ou moins grand nombre occuper l'intervalle qui existe entre la paroi capillaire et la travée de cellules hépatiques (1). Cette disposition s'est montrée très-accentuée chez quelques animaux dont le foie avait été, dans mon laboratoire, soumis à certaines lésions traumatiques (cochon d'Inde ; introduction d'un séton dans le foie).

c) En terminant l'anatomie du lobule, je ne ferai que signaler en passant la présence de *filets nerveux* qui y auraient été découverts par M. Nesterwsky, à l'aide du chlorure d'or et du sulfure d'ammoniaque. Contrairement à une assertion de M. Pflüger, ces nerfs ne se répandraient pas dans les interstices des cellules hépatiques et surtout ne pénétreraient pas dans la substance de ces éléments (2).

IV. Jusqu'ici, Messieurs, nos études d'anatomie normale et pathologique concernant le foie se sont principalement appliquées au lobule lui-même et nous n'avons traité des régions extra-lobulaires que d'une façon tout-à-fait incidente. Cependant, s'il est vrai que bon nombre d'altérations hépatiques importantes ont, comme nous l'avons vu, leur origine dans le lobule, il en est d'autres non moins importantes, certes, qui, tout au contraire, occupent dans leurs premières périodes les espaces interlobulaires.

Vous n'avez pas oublié ces petites régions triangulaires (sur des coupes transversales du lobule) que nous avons désignées d'après Kiernan sous le nom d'*espaces interlobulaires* et où l'on voit, enveloppées par la capsule de Glisson, une branche de la veine porte, une ou plusieurs branches de l'artère hépatique, un canalicule biliaire, des ramifications qui proviennent de ces divers vaisseaux et s'insinuent dans les *fissures*, enfin des vaisseaux lymphatiques. Ces petites régions, dis-je, sont le siége primitif d'un bon nombre de lésions hépatiques. Je veux citer quelques exemples à l'appui de ce que j'avance.

1° C'est dans les espaces interlobulaires que débutent les altérations de la *cirrhose* vulgaire. Limitée d'abord aux espaces, l'hyperplasie conjonctive s'étend progressivement aux fissures de manière à envahir finalement toute la circonférence du lobule.

2° Les petits *abcès* consécutifs à la phlébite de la veine porte, ceux qui se forment en conséquence de la dilatation et du catarrhe des voies biliaires prennent également naissance dans les *espaces*.

3° Le *tubercule*, que Louis croyait très-rare dans le foie, s'y observe au contraire très fréquemment, au moins sous la forme miliaire. Le microscope est souvent nécessaire pour découvrir cette tuberculose miliaire hépatique. Or, les granulations miliaires se voient principalement dans les espaces. Il est rare qu'on ne rencontre pas dans leur partie centrale un orifice vasculaire et communément aussi un canalicule biliaire. Autour de la granulation, le tissu de la capsule de Glisson est plus ou moins hyperplasié, de telle sorte que, quand les tubercules sont nombreux, il existe consécutivement une espèce d'hépatite interstitielle diffuse péri-lobulaire. (Cornil, Rindfleisch).

4° Ce que je viens de dire du tubercule peut être répété du *syphilome miliaire*. Je veux parler de ces petites gommes rudimentaires, moins grosses souvent qu'un grain de mil, qui constituent une des lésions caractéristiques de l'affection syphilitique du foie, décrite, pour la première fois chez le nouveau-né par M. Gubler. Ces petites nodosités se développent dans les *espaces* et elles produisent à leur périphérie un certain degré d'induration de la capsule de Glisson.

5° Je citerai encore parmi les lésions hépatiques qui naissent dans les espaces, celles de la *mélanémie*, cette altération du sang, liée aux maladies palustres, dont le point de départ paraît être dans la rate et qui consiste dans la présence de granulations pigmentaires. Ces granulations, incorporées dans les globules blancs ou dans des cellules épithéliales vasculaires, circulent avec le sang, spécialement dans le système de la veine porte. Les veines interlobulaires ont leurs parois infiltrées de granulations pigmentaires qui pénètrent même dans le tissu conjonctif des espaces. Ce tissu offre secondairement un certain degré d'hyperplasie, de cirrhose interlobulaire. L'altération pigmentaire se propage ensuite aux capillaires du lobule surtout dans les parties périphériques du lo-

(1) *Centralblatt*, 1869. — (2) *Centralblatt*, 1875. — (3) *Atlas*, taf. XIV, fig.

(1) Cornil et Ranvier. — *Manuel d'histologie path.*, p. 307 et 308 du nouveau fascicule. — (2) *Centralblatt*, 1876.

bule. A ces lésions microscopiques répond une altération macroscopique du foie, désignée par Frerichs sous le nom de *foie pigmenté mélanémique*.

6° Je mentionnerai enfin le développement des tumeurs lymphatiques ou *lymphomes* qui surviennent dans la *leucémie* et dans l'*adénie* ou autrement dit *pseudo-leucémie*. Vous savez que ces tumeurs sont constituées par un tissu réticulé dans les mailles duquel sont comprises des cellules lymphatiques. Or, dans le foie, ces lymphomes occupent en premier lieu les espaces où la capsule de Glisson paraît tout entière transformée en un tissu réticulé au milieu duquel on aperçoit encore dans les premières phases de l'évolution la lumière des vaisseaux et des canalicules biliaires.

Revenons à la composition anatomique de ces régions que nous avons appelées *espaces interlobulaires*, et nous y trouverons en quelque sorte la raison d'un bon nombre de ces localisations sur lesquelles nous venons d'appeler votre attention. Ce sont, en somme, les vaisseaux veineux (émanant de la veine porte), artériels ou les canaux biliaires qui semblent être à peu près toujours l'origine des altérations pathologiques. La capsule de Glisson peut être sans doute affectée primitivement, mais il est vraisemblable que, la plupart du temps, elle n'est altérée que d'une façon consécutive.

Le tubercule miliaire, entre autres, dans le foie de même que dans bien d'autres parties de l'organisme paraît se développer soit dans le calibre même (Schuffel), soit dans l'épaisseur des parois des artérioles (Rindfleisch), branches terminales de l'artère hépatique. Les syphilomes miliaires seraient, primitivement d'après quelques auteurs, une altération des vaisseaux lymphatiques interlobulaires (Klebs). — On conçoit que le pigment charrié par les corpuscules blancs du sang, dans le système porte, en cas de mélanémie, vienne s'accumuler surtout dans les ramifications ultimes de cette veine au moment où elles vont se capillariser. — Il est facile de comprendre enfin que les diverses inflammations soit de la veine porte, soit des canalicules biliaires retentissent aisément sur le tissu conjonctif de la capsule de Glisson et y déterminent, suivant le cas, une inflammation suppurative ou, au contraire, une simple hyperplasie, ainsi que cela se produit dans les cas de la cirrhose vulgaire.

Cet aperçu sommaire nous conduit, dès à présent, à supposer que l'hépatite interstitielle hyperplasique en particulier, ou autrement dit la cirrhose, est loin d'être d'habitude, comme on le croit généralement, le résultat d'une inflammation primitive de la capsule de Glisson, mais que, dans bien des cas, dans la plupart peut-être, elle ne survient au contraire que consécutivement à une altération des vaisseaux sanguins ou des canalicules biliaires interlobulaires. C'est là une hypothèse que je ne fais qu'indiquer pour le moment, et sur laquelle je reviendrai plus amplement lorsque je vous entretiendrai de la cirrhose du foie. Toutefois, je puis annoncer, dès aujourd'hui, que quelques faits de pathologie expérimentale rendent cette hypothèse au moins fort vraisemblable. Ainsi, M. Solovieff (1) à la suite de la ligature de la veine porte a vu se développer une hyperplasie de la capsule de Glisson dans les espaces. Wickham Legg (2) a consigné les mêmes résultats après la ligature des conduits biliaires. J'ai répété ces expériences dans mon laboratoire de la Faculté et j'ai pu noter en quelque sorte jour par jour le développement des espaces et des interstices jusqu'à production d'une cirrhose interlobulaire à peu près complète. Voilà, Messieurs, des faits qui pourront être utilisés pour la pathogénie encore si obscure de la cirrhose. (*A suivre*, p. 3[illegible])

(1) *Virchow's Archiv*, t. XLI. [illegible] *Gazette médicale*, 18[illegible], p. 16[illegible].
(2) *Bartholomew's Hospital Reports*, t. IX. 187[illegible].

Traitement du prurit de la vulve par le nitrate d'alumine,
par le Dr H.-Z. GILLE, de Jerseyville.

Nous lisons dans le *Saint-Louis medical and chirurgical Journal*, que le Dr Gille a obtenu des résultats très-favorables de l'emploi du nitrate d'alumine dans le prurit de la vulve. Il s'occupe spécialement des cas où le prurit coïncide avec la grossesse : il pense que le prurit est déterminé, dans ces cas, par l'écoulement leucorréique plus ou moins abondant que l'on observe alors. Le nitrate d'alumine lui a donné des résultats bien supérieurs à ceux qu'il a obtenus avec une foule d'autres agents médicamenteux. Les malades lui déclaraient qu'après l'emploi du nitrate d'alumine, elles éprouvaient un soulagement immédiat. Voici comment il convient d'employer cet agent. On fait dissoudre une cuillerée à café de ce sel un peu moins [illegible] au commencement dans une pinte (la pinte équivaut à [illegible] litre 0,679) ou une pinte ordinaire d'eau de fontaine et l'on fait des injections vaginales ou des lavages externes une ou deux fois par jour. En été, deux fois ne sont pas de trop. (*Annales de Gynécologie*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Faculté de médecine de Paris : Ouverture du cours de M. le professeur Potain.

Il y avait foule, mardi dernier, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, pour assister à la première leçon de M. Potain. Le nouveau professeur a été accueilli à son entrée par des applaudissements prolongés qui ont montré d'une façon très-nette que l'opinion publique ratifiait absolument le choix fait par la Faculté.

M. Potain a rappelé en quelques mots quels étaient les caractères de l'enseignement de l'Ecole de Paris; il a insisté plus particulièrement sur ce point que, loin d'être une Ecole fermée, elle était toujours prête à accepter les idées nouvelles à condition qu'elles s'appuyassent sur des faits bien observés.

Enfin, après avoir rendu hommage à M. le professeur Bouillaud et regretté, dans cette circonstance solennelle, l'absence de son ami M. Axenfeld, qu'une douloureuse maladie retient éloigné de sa chaire, M. Potain a annoncé qu'il exposerait cette année l'histoire des *Maladies du système circulatoire* et qu'il les étudierait surtout dans leurs rapports avec les affections des autres organes.

M. Potain était très-ému au commencement de sa leçon; aussi était-il difficile de saisir ses paroles dans les parties supérieures de l'amphithéâtre. Mais, au bout de quelques minutes, il était tout-à-fait maître de lui et, contrairement à ce qu'on avait avancé, sa voix est devenue suffisamment forte pour être entendue de tous ses auditeurs.

Hôpital des Enfants malades : Ouverture des cours du semestre d'été.

Les conférences du semestre d'été ont commencé, le mardi 25 avril, à l'hôpital des Enfants malades, par une leçon de M. Bouchut, sur la cérébroscopie. Le professeur a montré à son auditoire les nombreuses figures qui composent l'atlas qu'il vient de publier sur ce sujet. Les diathèses, les affections des méninges et du cerveau, peuvent, dans certains cas, donner lieu à des lésions évidentes de la choroïde, lésions faciles à reconnaître par l'ophthalmoscope. M. Bouchut se sert pour ses leçons d'un excellent moyen de démonstration, fort employé en Angleterre et en Amérique, mais peu connu en France : nous voulons parler des projections lumineuses. Il arrive à mettre ainsi sous les yeux d'un nombreux auditoire, la représentation exacte des lésions dont il s'occupe au fur et à mesure qu'il parle, ce qu'il est impossible de faire au moyen de planches réduites, passant de mains en mains et n'arrivant souvent sous les yeux de l'élève qu'une demi-heure après qu'elles ont été décrites par le professeur. Seules les grandes planches murales, — semblables à celles que M. Charcot montre à ses cours depuis dix ans, — peuvent, à notre avis, rivaliser avec la démonstration par les projections lumineuses.

M. le docteur Archambault reprend ses leçons aujourd'hui 28 avril. Dans sa première conférence, il s'occupera des malades actuellement dans son service et il donnera un rapide aperçu de leur état. Dans les leçons suivantes, il traitera de la méningite tuberculeuse qu'il étudiera en détail.

M. le docteur Simon a entrepris cette année une étude, à la fois des plus intéressantes et des plus utiles. Il existe

une véritable lacune dans l'enseignement tel qu'il est fait, aussi bien à la Faculté que dans les hôpitaux.

On n'étudie pas d'une manière suivie, la thérapeutique infantile, et le jeune docteur, se trouvant en face des difficultés de la clientèle, ne sait pas à quelle dose il doit prescrire tel médicament à un enfant d'un âge donné, il pèche alors le plus souvent par timidité et prescrit une dose absolument inactive. M. Simon étudie successivement toutes les substances employées dans la médecine des enfants, leurs indications ainsi que la dose à laquelle ils doivent être administrés. La prochaine leçon comprendra l'étude de l'iode et aura lieu le mercredi 3 mai.

M. le docteur de Saint-Germain reprendra, le jeudi 4 mai, ses leçons sur la chirurgie des enfants, et les continuera le jeudi de chaque semaine. Ces leçons comprendront, outre l'étude des malades actuellement en traitement, une histoire détaillée des variolés.

Les leçons de M. Blachez, actuellement empêché, seront annoncées par une affiche spéciale.

Enfin, chaque jour ont lieu à l'Hôpital des Enfants des consultations fort suivies et justement célèbres, où l'on peut, en quelques heures, voir la plupart des maladies du jeune âge. Ces consultations sont faites le lundi, par M. Bouchut, le mardi, par M. Archambault, le jeudi, par M. Blachez, le vendredi, par M. Labric, et le samedi, par M. Simon. La consultation de chirurgie a lieu tous les jours excepté le jeudi. Les maladies chroniques sont spécialement étudiées le lundi et le jeudi dans des consultations qui leur sont consacrées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 avril 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. MOREAU dépose sur le bureau une note sur la vessie natatoire des poissons; puis il communique un travail de M. Philippeaux sur les effets de la section du sciatique chez les cochons d'Inde et les rats blancs.

M. de SINÉTY fait au nom de M. *Malassez* et au sien une communication sur l'examen histologique des kystes de l'ovaire. Dans le 1er cas, à l'œil nu, les kystes ne paraissaient être que des follicules de Graaf très-volumineux; mais, à la coupe de l'ovaire, on vit que ces cavités kystiques, au lieu de se trouver dans l'écorce, étaient disséminées dans toutes les parties de l'ovaire. Ces kystes, très-variables de volume, renfermaient un épithélium cylindrique avec ou sans cils vibratiles ou des cellules cal[illegible]. Sur aucun point de l'ovaire, il n'y avait ni ovules ni follicules de Graaf; le stroma était normal et [illegible] curieuse [illegible] femme de 38 ans, il n'y avait [illegible] de [illegible]. Les [illegible] de [illegible] dans [illegible] de cirrh[illegible] dans le ser[illegible] toute autre nature [illegible] plus gr[illegible] d'un [illegible], présentait à sa face interne deux petits kystes: ces trois kystes étaient des follicules de Graaf. L'ovaire renfermait fort peu d'ovules et quelques corps jaunes.

M. CHOUPPE rappelle que les animaux plongés dans un profond sommeil anesthésique ne vomissent plus sous l'influence des vomitifs. Même résultat est obtenu, d'après ses expériences, quand on emploie le croton-chloral.

M. CHOUPPE fait une seconde communication sur les troubles digestifs, très-marqués, qu'il a observés dans ces derniers temps à la suite de l'emploi du chloral. Comme il n'a pas remarqué la production d'accidents analogues lors de son internat à la Charité, il se demande s'ils ne doivent pas être attribués à la mauvaise préparation de ce médicament d'un usage constant et d'un prix peu élevé aujourd'hui.

M. LEVEN dit à ce propos que le chloral, employé dans les dyspepsies pour insensibiliser l'estomac, a la plus mauvaise action sur la digestion.

M. DUMONTPALLIER fait une communication sur des éruptions anormales qu'il a observées à la suite de la vaccination. Chez deux enfants, vaccinés à l'Académie, il vit se produire une phlyctène au niveau de plusieurs boutons. Sur l'un de ces enfants, il constata du 4e au 9e jour la formation sous la phlyctène de 60 ou 70 pustules vaccinales, qu'il attribua à une auto-inoculation de la vaccine. Cet enfant, déjà atteint de broncho-pneumonie lorsqu'il fut vacciné, mourut de granulie aiguë. L'autre enfant présenta des phénomènes analogues, mais moins accentués. 14 enfants furent vaccinés par M. Dumontpallier avec le virus provenant d'un bouton, en apparence normal, du premier de ces sujets. Neuf d'entre eux eurent une vaccine phlycténoïde. M. Dumontpallier mentionne enfin des expériences faites sur lui et sur plusieurs enfants qui montrent l'inoculabilité de la variole, maladie éminemment contagieuse.

M. PARROT présente quelques observations au sujet de cette communication. Pour lui, la granulie aiguë, à laquelle succomba un de ces enfants, ne saurait être attribuée à la vaccine : il s'appuie pour l'affirmer sur les statistiques de son service où tant d'enfants sont vaccinés et où fort peu succombent à la granulie. Du reste, les granulations miliaires ne sauraient être comparées aux masses jaunes, compactes, que l'on trouve sur les animaux soumis à l'inoculation de matières tuberculeuses. M. Parrot se demande en outre si, dans ces cas, il y a eu réellement auto-inoculation : il comprend difficilement la production de pustules vaccinales sous une phlyctène.

M. DUMONTPALLIER explique de la manière suivante le mécanisme de l'auto-inoculation : il s'est produit une inflammation du derme qui s'est profondément modifié dans sa structure : les orifices du derme ont pu servir de porte d'entrée au virus. Du reste du 4e au 10e jour la vaccine est auto-inoculable : ce n'est qu'à partir du 11e jour que l'on a eu réellement le bénéfice au point de vue de l'immunité varioleuse. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 avril. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. BURDEL (de Vierzon), lit une observation de calcul bronchique ayant déterminé des phénomènes généraux d'intoxication palustre pernicieuse.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie interne. Etaient présentés : en 1re ligne, M. Lasègue ; en 2e ligne, M. Jaccoud ; en 3e ligne, M. Peter ; en 4e ligne, M. Maurice Raynaud ; en 5e ligne, *exæquo* MM. Bucquoy et Fournier. — Nombre des votants : 74 sur 78 inscrits. Ont obtenu au premier tour de scrutin : M. Lasègue, [illegible] voix, M. Jaccoud, 24 ; M. Peter, 4 ; M. Raynaud, [illegible] ; M. Fournier, 2. En conséquence M. Lasègue est proclamé membre titulaire de l'Académie.

M. [illegible] lit un rapport au nom de la Commission [illegible] pour examiner les œuvres [illegible] [illegible].

M. [illegible] lit une observation de fistule vésico-vaginale guérie par un procédé nouveau, la mobilisation de la paroi postérieure du vagin. Il s'agit d'une dame âgée de 30 ans, qui était affectée depuis 8 ans d'une vaste fistule vésico-vaginale survenue à la suite d'un accouchement malheureux. La perte de substance, située en arrière des sphincters, était considérable : aussi tous les chirurgiens consultés furent-ils d'avis qu'il n'y avait d'autre opération à tenter que l'occlusion vaginale. Sur le refus absolu de la malade de subir cette opération, M. Cazin proposa d'oblitérer la fistule en portant en haut et en avant un pont de muqueuse vaginale pris sur la paroi postérieure, et en face de l'orifice à combler. — L'opération fut pratiquée de la façon suivante : la lèvre postérieure de la fistule, qui avait contracté des adhérences intimes avec le col utérin, fut libérée de ces attaches et rendue flottante ; — la lèvre antérieure fut largement avivée ; — puis, un large lambeau de muqueuse vaginale compris entre deux incisions transversales parallèles, fut détaché par dédoublement de la

cloison recto-vaginale et transporté en avant et en haut. Recevant latéralement sa nutrition par ses deux larges points d'attache il devait vivre parfaitement. — Le bord postérieur de ce lambeau décollé fût réuni à la lèvre postérieure de la fistule par 6 points de suture : le bord antérieur fut réuni à la lèvre antérieure par 11 points. — La cavité vaginale fût ensuite maintenue fixée par un sac de baudruche gonflé. — Onze jours après cette opération les fils furent enlevés, mais un des angles de la suture ayant manqué, il en résulta une fistule petite qui pût être facilement comblée 6 mois après, par une opération complémentaire à l'aide de la méthode américaine. — Le procédé autoplastique mis en œuvre par M. Cazin est nouveau et paraît être destiné à rendre de grads services dans quelques cas difficiles de fistule vésico-vaginale.

M. Léon Labbé rapporte à l'Académie l'histoire de *l'homme à la fourchette*. Une opération étant devenue nécessaire pour enlever le corps étranger qui menaçait de provoquer de graves accidents, M. Labbé, assisté de MM. Gosselin et Larrey, pratiqua la gastrotomie avec un succès complet.— A cette occasion, M. Labbé, décrit tout un procédé opératoire pour la gastrotomie : Faire à 1 centimètre en dedans des fausses côtes gauches une incision longue de 4 centimètres, suivant une ligne transversale passant au niveau des deux dernières côtes, et n'intéressant pas les fibres du grand droit de l'abdomen, — pincer l'estomac à travers cette boutonnière, — le fixer au dehors par un nombre convenable de points de suture — et ne l'ouvrir que quand la fixation sera parfaite. Contre les accidents consécutifs, M. Labbé se loue beaucoup d'une très-épaisse cuirasse de collodion maintenant immobile la paroi abdominale. A l'aide de ce procédé qui promet d'excellents résultats, M. Labbé propose d'essayer la cure de certaines affections du cardia et de l'extrémité inférieure de l'œsophage. — A 5 heures, l'Académie se forme en comité secret. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 21 janvier 1876. — Présidence de M. Charcot.

18. Fracture du frontal; abcès communiquant avec la cavité encéphalique; par M. Emery, interne des hôpitaux.

X, 2 ans, morte à l'hôpital des Enfants, fin janvier 1876.

A l'autopsie, on constate : Fracture du frontal, commençant au niveau de la tête du sourcil et s'étendant obliquement jusque dans la région temporale, sur une longueur de 8 centimètres environ. Ecartement considérable des deux fragments circonscrivant ainsi une fente allongée qui n'a pas moins de 3 centimètres dans sa partie moyenne. Une lame fibreuse, d'apparence et de consistance aponévrotique, passe de l'un à l'autre comme un pont, et adhère par toute sa surface à la face profonde de la peau du front.

Cette lame enlevée, on découvre une cavité assez spacieuse, creusée aux dépens du lobe frontal, nettement circonscrite et fermée de toutes parts par suite d'adhérences établies sur tout son pourtour entre la face externe du cerveau et la table interne du frontal. Nulle communication avec les ventricules ni avec la grande cavité arachnoïdienne. Ces lésions donnèrent lieu pendant la vie aux symptômes suivants :

Déformation de la moitié droite de la face. Tumeur allongée, occupant les régions frontale et temporale, sans changement de couleur à la peau, molle, fluctuante, sans battements, irréductible, les tentatives faites dans le but de la réduire ne donnant lieu du reste à aucun phénomène de compression de l'encéphale. On constate, en outre, que la peau glisse facilement au-dessus d'elle, que ses limites sont très-nettement indiquées par un bourrelet osseux existant sur tout son pourtour.

L'hypothèse d'un kyste dermoïde étant écartée, et d'un autre côté étant données : la déformation du crâne, l'origine évidemment traumatique (chute d'un second étage six mois auparavant), l'irréductibilité, l'absence de battements, on diagnostique un épanchement sanguin dont la partie solide se serait seule résorbée. Ponction capillaire. Ecoulement d'un liquide séreux, la tumeur disparait, mais pour se reproduire dans l'espace de deux jours.

Séton filiforme. Accidents méningitiques. Le séton enlevé, les accidents disparaissent. Mais l'ouverture faite par le fil ne se referme point et par cet orifice fistuleux s'écoule constamment un liquide séreux et clair, en même temps qu'apparaissaient dans la tumeur des battements isochrones au pouls. Il n'y avait plus à douter. Le liquide était évidemment du liquide céphalo-rachidien, la poche communiquait avec la séreuse crânienne, c'était une méningocèle traumatique. Bientôt apparurent d'autres accidents. La peau s'imbiba et se ramollit ; il se fit de petites excoriations qui devinrent le point de départ d'un érysipèle qui emporta rapidement la petite malade.

Quel nom donner à cette affection ? Méningocèle traumatique. C'est l'opinion de M. Després. Etait-il possible de faire un diagnostic précis ? Les faits de ce genre sont assez rares. Un cas à peu près analogue est relaté dans les cliniques de Giraldès. Un enfant avait fait une chute sur la tête ; quelques mois après on constate une petite tumeur, fluctuante, sans battements, irréductible, on croit à un kyste, on ponctionne et l'enfant meurt de méningite. A l'autopsie on constate une toute petite perforation de la paroi crânienne et une communication de la poche avec la grande séreuse arachnoïdienne. On le voit, dans les deux cas la tumeur était irréductible et l'origine traumatique seule pouvait faire soupçonner sa communication avec l'encéphale.

M. Després. Une semblable tumeur est tout-à-fait comparable aux méningocèles et, comme telle, ne doit être ni ponctionnée ni incisée ; quelle indication a conduit à faire une ponction dans le cas présent ?

M. Emery. L'absence de battements, de réductibilité et d'accidents lors des tentatives de réduction avaient fait supposer qu'il n'existait pas de communication avec l'intérieur du crâne.

19. Hémiplégie spasmodique de l'enfance. Atrophie de l'hémisphère gauche du cerveau ; atrophie du lobe droit du cervelet ; atrophie du bulbe (pyramide antérieure et olive du côté gauche), par M. Poullain, interne provisoire.

B. M..., 8 ans, entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, service de M. Marc Sée, le 20 décembre 1875. — Cette petite fille entre à l'hôpital pour une coxalgie du côté gauche. On s'aperçoit de plus qu'elle présente un degré d'atrophie très-marqué du membre supérieur droit ; de ce côté les doigts sont fléchis dans la paume de la main, la main sur l'avant-bras et l'avant-bras sur le bras ; on sent facilement les tendons contracturés. Cette contracture peut être vaincue avec quelques efforts, on parvient à redresser la main ; mais l'avant-bras ne peut être ramené dans l'extension.

Le membre inférieur du côté droit paraît aussi un peu moins volumineux que celui du côté opposé ; l'atrophie étant beaucoup moins prononcée que pour le membre supérieur. — Les mouvements spontanés du membre supérieur droit sont nuls. — Quelques mouvements légers (mouvements des orteils) sont conservés au membre inférieur. L'examen de la sensibilité n'est malheureusement pas fait, la coxalgie à ce moment attirant surtout l'attention. Il n'y a pas de trace d'hémiplégie faciale.

Cette petite fille, à l'âge de un an, a eu des convulsions à la suite desquelles elle resta paralysée du côté droit. L'atrophie et la contracture se produisirent peu à peu dans les membres paralysés.

Au dire des parents, la sensibilité était presque abolie dans le membre supérieur droit. La vision était considérablement affaiblie du même côté. D'ailleurs la mémoire était conservée ; il n'y a jamais eu de troubles de la parole ; les parents prétendent seulement que leur petite fille était peu intelligente. Mort à 3 heures du matin à la suite d'accidents de péritonite.

Autopsie. La contracture du membre supérieur droit existe toujours. Les muscles de ce côté sont plus petits que ceux du côté opposé ; mais ils ont conservé leur coloration rouge et ne paraissent pas avoir subi de dégénérescence.

Cerveau. A l'ouverture du crâne dont les parois ne sont épaissies en aucun point, on constate immédiatement que la cavité crânienne n'est pas remplie entièrement par l'encéphale. Du côté droit on trouve un vide rempli par le liquide céphalo-

rachidien qui distend l'arachnoïde. On remarque une atrophie considérable de tout l'hémisphère gauche qui présente un volume moitié moindre que celui du côté opposé; les circonvolutions de cet hémisphère sont effacées. — L'atrophie paraît d'ailleurs également répartie sur toute l'étendue de l'hémisphère.

A la base de l'encéphale on voit la partie antérieure de la grande scissure médiane rejetée du côté gauche. Le nerf optique du côté gauche présente également une diminution de volume. Le tubercule mamillaire n'est plus représenté que par une petite saillie à peine appréciable. Enfin le pédoncule cérébral gauche présente un volume moitié moindre que celui du côté droit.

Cervelet, protubérance, bulbe. Atrophie de la protubérance et du bulbe également du côté gauche. (La pyramide antérieure et l'olive sont nettement diminuées de volume). Le cervelet enfin est également atteint, mais ici l'atrophie est croisée, c'est le lobe droit qui présente une notable diminution de volume; moindre d'ailleurs proportionnellement que celle de l'hémisphère cérébral. — En même temps la consistance de ce lobe droit du cervelet est augmentée.

Le ventricule latéral gauche est considérablement dilaté. Il remplit presque tout l'hémisphère; ses parois sont lisses et unies. Les noyaux intra-ventriculaires ne sont plus représentés que par de petites saillies insignifiantes qu'il est impossible de mesurer. Du côté droit la couche optique et le corps strié présentent leurs dimensions normales. Dans le 3e ventricule, du côté droit la couche optique fait des saillies normales. — Sur la paroi gauche de ce ventricule il n'y a pas trace de la saillie formée d'ordinaire par la couche optique. Les tubercules quadrijumeaux ne paraissent pas modifiés.

A l'œil nu, il n'y a pas d'atrophie appréciable de la moelle épinière.

M. Charcot. C'est là un exemple de ces lésions qui ont été étudiées par M. Turner et qui donnent lieu à un ensemble de symptômes connus sous le nom d'hémiplégie spasmodique infantile. Ce qu'il convient surtout de rechercher dans les cas de ce genre c'est la topographie exacte des lésions pour reconnaître, s'il est possible, le siége de l'affection initiale qui peut avoir été circonscrite ou diffuse.

L'hémisphère cérébral s'atrophie tout entier comme s'atrophient les membres; comme eux, il est arrêté dans son développement. Il faut étudier les masses centrales afin de déterminer si ce sont elles ou les couches corticales qui ont été affectées primitivement. Ici les principales circonvolutions se reconnaissent, mais le cerveau postérieur semble moins altéré que le cerveau antérieur et moyen.

20. Rétrécissement aortique considérable, sans insuffisance; tuberculose pulmonaire; par le Dr A. Sevestre, chef de clinique à la Charité.

S.. Jean, âgé de 58 ans, laveur de voitures, entre le 27 août 1875, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles, n° 15 (service de M. le professeur G. Sée, suppléé par M. Duguet), pour des troubles respiratoires survenus depuis 8 mois environ.

Il avait toujours été assez bien portant jusqu' alors, et l'on trouve seulement dans ses antécédents deux attaques de rhumatisme, survenues l'une il y a 15 ans et l'autre il y a 8 ans. Ces attaques furent assez sérieuses ; mais le malade ne se rappelle pas avoir eu à cette époque de troubles du côté du cœur ; il a seulement remarqué que, depuis quelques années, il était un peu gêné en montant les escaliers,

Il y a 8 mois, pour la première fois, et suivant lui à la suite d'un refroidissement, il fut pris d'une toux assez intense dès le début, et d'une oppression assez marquée; les phénomènes ont été sans cesse en s'aggravant, il s'y est ajouté un amaigrissement notable et depuis un mois, cet homme a dû cesser son travail.

Au moment de l'entrée, voici ce que l'on constate : Le malade se plaint d'une grande dyspnée, et paraît, en effet, très-gêné pour respirer ; la toux est fréquente, quinteuse, surtout la nuit ; l'expectoration est assez abondante, formée de crachats nummulaires, qui ont rarement été striés de sang ; il n'y a jamais eu d'hémoptysie véritable. Le malade est très-amaigri, il dort mal, a cause de la toux, mais n'accuse pas de sueurs nocturnes ni de fièvre vespérale. L'appétit est conservé, les digestions se font bien; il n'y a jamais eu de diarrhée.

Le thorax est un peu bombé en avant au niveau des régions sous-claviculaires ; les vibrations vocales sont peut-être un peu exagérées au sommet droit. Au même niveau, la percussion dénote une matité non absolue mais bien caractérisée ; cette matité se retrouve aussi en arrière jusqu'au dessous de l'épine de l'omoplate ; à gauche la sonorité est normale, mais au niveau de la région cardiaque, la matité du cœur, surtout vers la base, paraît un peu plus étendue qu'à l'état normal.

A l'auscultation, outre un bruit cardiaque dont les caractères seront précisés plus loin, on trouve au sommet droit une respiration soufflante, mêlée de râles sous-crépitants, ayant presque le caractère de gargouillements ; il existe en outre des râles disséminés dans toute la poitrine mais plus abondants à mesure qu'on se rapproche du sommet ; dans la fosse sus-épineuse gauche, le bruit respiratoire est rude et légèrement soufflant. La voix retentit fortement aux deux sommets et surtout du côté droit, où l'on trouve une pectoriloquie assez nette.

Vers le bord droit du sternum au niveau du deuxième espace intercostal et dans l'étendue de 4 à 5 cent. carrés, on perçoit à la main un frémissement extrêmement net, un *thrill* correspondant à la systole cardiaque. Dans le même point, l'auscultation fait constater un bruit de souffle très-fort, très-rude, couvrant le premier bruit du cœur, et qui se propage dans une grande étendue ; il dépasse le bord gauche du sternum et se perçoit encore vers la pointe en diminuant assez rapidement d'intensité ; à droite, au contraire, il est encore très-fort vers la clavicule et dans la région sous-claviculaire où on le perçoit en même temps que les bruits qui se passent dans le poumon ; en somme il paraît se propager surtout dans la direction de l'aorte.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, un peu en dehors du mamelon. Les bruits sont assez faibles à ce niveau ; et l'on trouve au premier temps un souffle qui paraît indépendant de celui de la base ; les bruits sont du reste absolument réguliers.

La pulsation radiale du côté droit est à peine perceptible, et il en est de même de la temporale du même côté ; à gauche elle est un peu plus forte, mais pas assez cependant pour que l'on puisse obtenir un tracé sphygmographique.

Les *jours suivants*, les mêmes phénomènes persistent et s'aggravent. La toux est toujours aussi fréquente ; à plusieurs reprises et particulièrement le 29 août.

Le 15 et le 23 *septembre*, le malade a des hémoptysies généralement peu abondantes, et durant 3 ou 4 jours chaque fois ; il s'amaigrit de plus en plus, et vers la fin de septembre commence à avoir des sueurs nocturnes, et de temps en temps de la diarrhée. Enfin, il meurt en octobre. Pendant ce temps, les signes physiques sont restés à peu près les mêmes pour le cœur ; les signes de cavernes avaient été en s'accentuant et surtout du côté droit.

Le *diagnostic* avait été : tuberculose et affection cardiaque, avec dilatation probable de la crosse de l'aorte.

Autopsie. Le péricarde contient deux cuillerées environ de liquide citrin. Le *cœur* mesure 12 centimètres transversalement et 10 centimètres 1/2 du sillon auriculo-ventriculaire à la pointe. Le muscle cardiaque est un peu pâle; son épaisseur est de 6 ou 8 millimètres pour le ventricule gauche et varie de 5 à 10 pour le ventricule droit. L'orifice mitral est rétréci, admet à peine l'extrémité de deux doigts; la valvule est suffisante. L'orifice tricuspide admet facilement trois doigts jusqu'à la deuxième phalange ; la valvule est légèrement insuffisante. Les valvules de l'aorte et de l'artère pulmonaire sont parfaitement suffisantes. L'aorte est normale ; elle est tout au plus un peu dilatée au niveau de sa première courbure ; ses parois sont d'ailleurs remarquablement saines et ne présentent pas de trace d'athérome. Mais l'*orifice aortique* est très-altéré; il est rétréci et laisse difficilement passer un porte-plume. Les valvules sont épaissies, ratatinées irrégulièrement, revenues sur elles-mêmes, et l'orifice, froncé à leur

niveau, ne présente guère que 8 centimètres de circonférences. Ces valvules ne sont d'ailleurs nullement athéromateuses, mais présentent l'induration fibreuse qu'on voit dans les lésions cardiaques consécutives au rhumatisme.

L'orifice mitral, au niveau de l'insertion des valvules présente 9 centimètres 1/2 : les valves de la mitrale offrent seulement un léger épaississement un peu irrégulier au niveau de leur bord libre. L'orifice auriculo-ventriculaire droit a 11 centimètres 1/2; la valvule tricuspide est très-souple. L'orifice pulmonaire a 9 centimètres.

Le *poumon droit*, complétement adhérent dans sa moitié supérieure et particulièrement au sommet, est recouvert surtout à sa face antérieure d'une coque fibreuse épaisse. Le lobe supérieur est presque complétement transformé en une caverne anfractueuse qui envoie des prolongements irréguliers jusque vers la scissure; le tissu pulmonaire est là transformé en un tissu fibreux (induration ardoisée) au milieu duquel se trouvent çà et là quelques masses caséeuses. Le lobe moyen et le lobe inférieur présentent également un grand nombre de masses caséeuses.

Le *poumon gauche* présente aussi au sommet une caverne du volume d'un petit œuf, et autour d'elle des masses tuberculeuses à divers degrés d'évolution. Ces lésions diminuent à mesure qu'on descend, et à la base, on trouve seulement quelque granulations peu abondantes.

La muqueuse de la face postérieure de l'*épiglotte* est le siége d'une petite ulcération superficielle, allongée de haut en bas. — Le *foie* est gros et présente un peu l'apparence du foie muscade; il paraît en même temps un peu gras. — La *rate*, sauf un épaississement de la capsule, et les *reins* ont les caractères de l'état normal.

En différents point de l'*intestin grêle*, on trouve des ulcérations allongées, ayant une direction perpendiculaire à celle de l'intestin, et dans les points correspondants de la face externe se voient des granulations tuberculeuses.

Réflexions. Je noterai dans cette observation : 1° le fait du rétrécissement aortique très-caractérisé, sans insuffisance. Les exemples de ce genre sont rares, et ont pu même être niés par quelques auteurs; ici le rétrécissement était véritablement la lésion importante; car la lésion mitrale était très-légère. Le thrill et le souffle constatés pendant la vie sont faciles a expliquer par la disposition de l'orifice qui brisait le courant sanguin; mais ce phénomène avait une telle intensité que l'on comprend facilement l'erreur qui avait été commise, et qui les avait fait attribuer à une dilatation probablement athéromateuse de l'artère. La faiblesse du pouls plus marquée à droite semblait encore donner plus de poids à cette hypothèse.

2° J'appellerai aussi l'attention sur la coïncidence d'une affection cardiaque avec la tuberculose.

On avait cru autrefois pouvoir admettre un antagonisme entre ces deux maladies; on sait aujourd'hui qu'il n'en est rien, mais qu'elles peuvent parfaitement coexister, et que des cardiaques peuvent devenir tuberculeux. C'est un point sur lequel a insisté plus d'une fois dans ses leçons M. le professeur G. Sée, et les Bulletins de la Société en renferment un certain nombre d'observations; néanmoins ces faits sont toujours assez rares et acquièrent par suite un certain intérêt. L'observation suivante en est un autre exemple.

21. Affection cardiaque et tuberculose pulmonaire; par le Dr A. Sevestre, chef de clinique à la Charité.

S. Honorine, âgée de 38 ans, est entrée le 25 juillet 1875 à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Anne n° 12, (service de M. le professeur G. Sée). Cette femme, très amaigrie et arrivée au dernier degré de la cachexie, se plaint d'une toux fréquente et quinteuse qui a débuté il y a plus d'un an; l'expectoration est abondante, formée de crachats nummulaires. La malade présente en outre tous les troubles fonctionnels de la tuberculose: amaigrissement extrême, sueurs nocturnes, diarrhée persistante, suppression des règles. A l'auscultation, on trouve à droite, au sommet, de la matité, un souffle amphorique, du gargouillement et une pectoriloquie des plus nettes. Dans le reste du poumon droit et à gauche, surtout vers le sommet, râles disséminés, de volume variable.

En outre, on trouve les signes d'une lésion cardiaque, qui ne paraît pas avoir determiné de troubles fonctionnels bien sérieux; au moins la malade affirme n'avoir jamais eu avant ces dernières semaines d'œdème des membres inférieurs, et la tuméfaction qui est aujourd'hui bien marquée aurait débuté tout au plus depuis un mois; elle avait seulement de temps en temps, une dyspnée peu intense et que les lésions pulmonaires suffiraient à expliquer. Elle affirme aussi n'avoir jamais eu de rhumatisme, ni aucune maladie autre que deux *erysipèles*. Quoi qu'il en soit voici ce que l'on constate: la pointe du cœur est abaissée et bat derrière la 6e côte, un peu en dehors du mamelon; l'impulsion est forte et vibrante. A l'auscultation, les bruits sont normaux et fortement claqués à la base; mais à la pointe, on perçoit dans l'étendue de 3 centimètres carrés environ, exactement au siége de la pointe un bruit de souffle rude, très-net, qui s'éteint très-vite et ne se propage pas au-delà des limites qui précèdent. Les pulsations sont régulières et le pouls ne présente aucun caractère particulier.

La malade meurt le 31 *juillet*.

Autopsie. — Le *poumon* droit présente des adhérences solides, surtout au sommet. Dans le lobe supérieur de ce côté, on trouve une caverne anfractueuse, et en outre des noyaux de pneumonie caséeuse en voie de ramollissement et des tubercules jaunes. Le lobe inférieur contient aussi une caverne assez volumineuse et des noyaux caséeux; dans le lobe moyen, quelques cavités beaucoup plus petites et des tubercules jaunes. Le poumon gauche renferme seulement des points caséeux durs ou en voie de ramollissement et quelques cavernules, particulièrement vers le sommet.

Le *cœur* a son volume à peu près normal. Sur la face antérieure du ventricule gauche, au voisinage de la pointe, et sur la face antérieure du ventricule droit, existent des plaques d'un blanc nacré ou un peu villeuses, tout-à-fait superficielles, et qui sont évidemment le résultat d'une ancienne péricardite; sur la face postérieure du ventricule gauche, on trouve aussi deux plaques blanches, mais qui pénètrent profondément dans l'épaisseur de la paroi ventriculaire (myocardite fibreuse). Le ventricule gauche est un peu épais, mais ne paraît pas notablement hypertrophié. Les valvules aortiques sont suffisantes, et normales; l'aorte est saine et présente seulement au niveau de l'insertion des valvules sigmoïdes quelques petites plaques athéromateuses.

La valvule mitrale semble à peu près suffisante, mais elle présente un épaississement de son bord libre, surtout marqué au niveau de la valve droite, et en deux points de petites végétations anciennes paraissant formées par du tissu fibreux. L'orifice n'est pas sensiblement rétréci.

Dans les autres organes on ne trouve à noter rien de bien particulier. Tubercules dans le *foie*.

22. Cirrhose hépatique avec ictère.

Observation recueillie par H. Butruille, externe des hôpitaux.

S.. Louis, 48 ans, peintre, entre à la Charité, salle Saint-Charles, n° 2 (service de M. le professeur G. Sée), le 9 janvier 1876. A part une fièvre typhoïde, il a toujours été bien portant; il affirme n'avoir jamais eu de rhumatismes.

Il y a 5 ans, tourmenté par des revers de fortune il s'adonna aux boissons alcooliques et principalement à l'absinthe. Peu de temps après, en 1870, au commencement du siége, sans douleur, saus autre cause apparente pour lui que ses ennuis de commerce, il eut une jaunisse très-intense; mais il ne perdit pas l'appétit, n'éprouva ni point de côté ni maux d'estomac. Cette jaunisse dura trois mois et parut céder à l'usage de purgatifs fréquemment répétés.

Vers la fin du siége, alors qu'il présentait encore une légère teinte subictérique, S.. fut pris d'œdème des extrémités, puis survint un peu d'ascite; mais la jaunisse ne reparut pas davantage; perte de l'appétit, grandes oppressions, mais peu de fièvre. Son médecin lui fit prendre plusieurs purgatifs et l'œdème disparut complétement. Puis, comme il était très-anémié, il fut soumis à un traitement par la viande crue et le fer. Depuis lors, teinte ictérique légère, mais persistante; deux ou trois fois la jaunisse a reparu avec un peu plus d'intensité.

Il y a deux mois, l'œdème des jambes reparut, puis l'ascite, qui, cette fois fut plus marquée que l'œdème des membres inférieurs. En même temps, l'ictère présenta une légère exacerbation ; le malade fut pris d'une toux intense qui persiste encore aujourd'hui. Cette toux provoque quelquefois des vomissements après les repas. Urines brunes.

Il y a huit jours, nouvelle aggravation des symptômes : ictère plus marqué, œdème exagéré, toux insupportable, oppression augmentée. Le malade est forcé de garder le lit. Vésicatoires, tisanes diurétiques. Jusqu'ici, dit-il, son médecin n'a jamais rien constaté au cœur.

10 *janvier* 1876. A la visite du matin, il est couché sur le dos et peut, à peine remuer tant l'hydropisie est intense, mais ce qui frappe tout d'abord c'est l'ictère très-prononcé : les conjonctives, la muqueuse sublinguale, la peau elle-même présentent une teinte jaune très accusée.

Les membres inférieurs sont très-œdématiés, le malade peut à peine remuer les jambes ; le scrotum est envahi par l'œdème, la peau qui le recouvre est très distendue. Le ventre, très-volumineux, offre tous les signes d'une ascite considérable ; il est peu douloureux à la percussion. L'oppression est très-marquée : elle empêche le malade de parler. *Signes physiques* : Les *poumons* présentent des râles sonores et sibilants dans toute leur étendue. Le *cœur* n'est pas hypertrophié ; on entend à la pointe et au premier temps, un bruit de souffle qui s'étend jusqu'au second bruit du cœur. La percussion du *foie* loin de dénoter une augmentation dans le volume de cet organe permet de constater qu'il est légèrement diminué de volume. Depuis le palper permet de sentir sous la dernière côte, des bosselures sur le bord antérieur du foie. L'ascite rend impossible l'exploration de la *rate*.

12 *janvier*. Augmentation de l'ascite et principalement de l'œdème du scrotum ; la peau de la verge présente au niveau du frein l'aspect d'une vésicule distendu par du liquide. Régime lacté.

16 et 17 *janvier*. L'œdème et l'hydropisie augmentent toujours. Le malade est abattu et surtout très-oppressé. Régime lacté. 20 grammes d'eau-de-vie allemande.

18 *janvier*. Dyspnée intense ; l'œdème du scrotum a un peu diminué ; il y a également beaucoup moins d'ascite. Le souffle de la pointe a conservé les mêmes caractères.

19 *janvier*. Nouvelle augmentation de l'œdème. Dyspnée. Le malade meurt le soir à 7 heures et demie.

Autopsie. — L'ouverture de l'abdomen donne issue à une grande quantité de sérosité ; il y a également un peu de liquide dans la plèvre droite.

Appareil pulmonaire. Les poumons congestionnés présentent quelques noyaux d'hémorrhagie mal limités et, sous la plèvre, des points ecchymotiques surtout au bord postérieur.

Cœur. Pas ou très-peu de liquide dans le péricarde. Le cœur est extrêmement flasque et aplati ; le diamètre transversal mesure 12 centimètres ; de la base à la pointe 11 centimètres. Paroi du ventricule gauche, 10 à 12 millimètres. Paroi du ventricule droit, 6 millimètres. L'orifice tricuspide admet trois doigts jusqu'à la deuxième phalange ; la valvule est suffisante ; elle mesure 11 centimètres et demi. L'orifice mitral admet deux doigts ; la valvule est suffisante ; elle mesure 9 et demi à 10 centimètres ; cette valvule présente seulement un léger épaississement du bord libre. L'orifice aortique mesure 7 centimètres et présente des valvules suffisantes ; sur l'une de celles-ci, on remarque un épaississement du nodule. L'orifice pulmonaire mesure 7 centimètres et demi. Les valvules sont saines.

Le muscle cardiaque est pâle, ramolli et comme infiltré. Les fibres musculaires examinées au microscope, sont très-friables et ne peuvent plus être dissociées ; on trouve seulement de petits fragments : ces fibres musculaires sont d'ailleurs à peine un peu graisseuses et les striations se voient encore assez bien. En somme, l'altération du muscle cardiaque est peu marquée et caractérisée surtout par la friabilité des fibres.

Le *foie* est petit, mais la diminution porte surtout sur le lobe droit ; au contraire le lobe gauche est légèrement augmenté de volume. Dimension transversale 24 centimètres, dont 11 pour le lobe droit et 13 pour le lobe gauche. On retrouve la même différence pour les dimensions en hauteur, c'est-à-dire 15 centimètres pour le lobe gauche, 12 et demi pour le lobe droit. La coloration du foie est également modifiée : à côté de parties grisâtres on remarque de petites travées blanches. La surface extérieure présente des bosselures ; on y remarque, en effet, un grand nombre de lobules dont le volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un marron. Entre ces lobules et dépendant de la capsule du foie, apparaissent surtout à droite une grande quantité de granulations grises, très-fines.

La *vésicule biliaire* ne contient que du mucus ; elle est également épaissie et présente à l'extérieur un aspect blanchâtre. Les conduits biliaires sont libres ; on trouve un petit ganglion qui, peut-être, comprimait les canaux excréteurs ?) néanmoins, il n'est pas très-volumineux, il a le volume d'une petite noisette.

La *rate* a un volume énorme. Son diamètre vertical est de 20 centimètres. Son diamètre antéro-postérieur de 14 centimètres. La capsule de la rate est épaissie surtout à sa partie supérieure ; le tissu splénique est mollasse, mais non congestionné.

Les *reins* sont légèrement graisseux.

M. Sevestre. Je ferai remarquer qu'on n'a trouvé à l'autopsie aucun obstacle au cours de la bile pouvant rendre compte de l'ictère chronique ; un petit ganglion qui se trouvait au niveau du hile ne pouvait exercer une compression sérieuse. Un autre fait intéressant est l'existence bien constatée d'un souffle de la pointe sans lésion valvulaire ; le cœur est sain à la vérité, mais ses fibres ne sont pas même graisseuses. Il s'agit, sans doute, d'un de ces souffles qui s'observent parfois chez les sujets atteints d'ictère et qu'on ne peut expliquer par un trouble fonctionnel du cœur, dont la nutrition est troublée.

M. Charcot. Bien que l'obstacle au cours de la bile ait été minime, le foie présente une véritable inhibition biliaire.

24. Fibro-myôme de la grande lèvre; par M. Eugène Monod, interne des hôpitaux.

Cette tumeur provient d'une femme de 30 ans (service de M. Desprès à l'hôpital Cochin. La malade qui jouit d'une excellente santé, s'est mariée à 20 ans. Elle a eu 3 grossesses. C'est dans le cours de sa troisième grossesse, il y a six ans environ, qu'elle s'aperçut pour la première fois qu'elle portait sur la grande lèvre gauche près de la commissure postérieure, une grosseur du volume d'une noix Son médecin croyant avoir affaire à un abcès, l'incisa ; il ne sortit que du sang. Depuis lors la tumeur subit un développement lent et progressif, sans douleur, n'occasionnant qu'un peu de gêne. Au moment où la malade entra à l'hôpital, la tumeur présentait un volume double de celui qu'elle offre aujourd'hui, ce qui était dû à la présence d'un abcès de la glande vulvo-vaginale, lequel fut incisé ; il en sortit un verre de pus, et il ne resta que la tumeur primitive. Celle-ci occupait toute l'épaisseur de la grande lèvre. Elle était mollasse, dépressible, offrant par places la fausse fluctuation d'un lipome. Tout-à-fait en arrière, près de la commissure postérieure, la tumeur était ulcérée, et par ce point faisait saillir une languette rougeâtre, de consistance charnue, formé par une hernie du tissu de la tumeur. L'opération qui a eu lieu le 20 janvier, a été des plus simples, la tumeur s'étant très-facilement énucléée ; elle ne présentait pas de pédicule. Comme elle se prolongeait en arrière jusqu'au rectum, on a dû la séparer par une dissection, peu laborieuse du reste, de la paroi de l'intestin. La tumeur a le volume des deux poings, elle pèse 570 grammes. A la coupe, elle présente une surface ferme, blanchâtre, irrégulièrement lobulée, rappelant l'aspect des myômes utérins. Ce cas rentre dans la classe des tumeurs de la vulve qu'on désignait autrefois sous le nom d'éléphantiasis de la grande lèvre, qu'on a appelées encore *tumeurs fibro-graisseuse*, *lipomes fibreux*, et qu'on a étudiées plus récemment sous le nom de *fibro-myomes*. L'examen histologique, qui a été fait dans le laboratoire de M. Ranvier, confirme ce diagnostic. Il s'agit bien ici d'un fibro-myome avec développement vascu-

laire considérable à la surface. MM. Lagrange et Duret ont présenté à la Société anatomique en 1873 des considérations intéressantes sur la structure et la pathogénie de ces tumeurs.

Ces faits sans être communs ne sont pas extrêmement rares. Les Bulletins de la Société anatomique en renferment une dizaine de cas. Au point de vue clinique ces observations se rapprochent toutes par les particularités suivantes : la tumeur se développe chez des femmes jeunes de 20 à 30 ans : ce développement est lent (5 à 6 ans en moyenne); elle est parfaitement indolente; enfin l'opération est en général facile à cause de l'absence d'adhérences.

M. Duret. Dans la pièce que j'ai examinée, la peau était intéressée ; le caractère le plus important du néoplasme était la dilatation des vaisseaux lymphatiques.

25. Hémorrhagie du noyau extra-ventriculaire du corps strié — Contracture. — Eschare fessière précoce ; par M. Dussaussay interne des hôpitaux.

B. M, 78 ans, entre le 31 décembre 1875 à l'hôpital Lariboisière (25, salle Sainte-Joséphine, service de M. Millard.) —Il y a 4 jours cette femme a été, pour la première fois, frappée d'apoplexie cérébrale avec perte absolue de connaissance. A la suite de cet accident elle est restée dans le coma pendant 24 heures. Aujourd'hui l'intelligence est un peu revenue. La malade comprend les questions qu'on lui adresse, elle prononce quelques mots, mais avec grande difficulté.

Il existe une hémiplégie droite complète (paralysie flasque) avec paralysie faciale du même côté). La sensibilité est très-obtuse partout. On n'entend au cœur aucun bruit morbide. Le pouls est régulier (76). Les artères sont très-athéromateuses. Déglutition assez facile. — Constipation.

4 *janvier*. L'état n'a pas sensiblement varié. La peau de la fesse droite présente une rougeur violacée très-marquée. Paralysie des sphincters.

6. Même état. La rougeur de la fesse augmente; elle est parsemée de points noirâtres.

12. Depuis deux jours, la malade ne peut plus articuler le moindre mot, elle bredouille. Aujourd'hui, pour la première fois, on trouve une contracture assez marquée des membres paralysés; cette contracture est plus prononcée au bras qu'à la jambe. La sensibilité persiste, mais très-obtuse; la perception est notablement ralentie. La peau est un peu chaude, le pouls a 96. Rien au cœur, ni dans les poumons. L'eschare fessière fait des progrès rapides

13. La contracture est encore plus prononcée qu'hier. La fesse droite s'ulcère en plusieurs points. Il existe en outre un commencement d'eschare au niveau du grand trochanter, de la tête du péroné et de la malléole externe à droite (le membre repose sur son côté externe). Pouls a 96, peau chaude.

15. Il existe à peine un peu de contracture du bras. La sensibilité persiste telle qu'elle a été notée précédemment.

Le soir la température est à 39° dans l'aisselle ; la respiration s'embarrasse. — La malade meurt à deux heures du matin.

Autopsie. Cerveau. Foyer hémorrhagique récent, exactement limité au noyau extra-ventriculaire du corps strié gauche. L'hémorrhagie occupe ce noyau tout entier ; elle ne le dépasse nulle part. Le foyer contient du sang noir coagulé; ses parois sont un peu hyperémiées, mais ne sont pas sensiblement ramollies. Rien dans les ventricules. Rien dans les méninges.

Poumons. Congestion simple aux deux bases. *Cœur* sain. *Aorte* athéromateuse. Eschares dans les points notés plus haut, occupant, a la fesse, la peau et le tissu cellulaire ; dans les autres points, la peau seulement.

M. Charcot. C'est là le type classique de l'hémorrhagie cérébrale telle qu'on l'observe dans la grande majorité des cas ; le foyer est linéaire vertical ; il occupe le noyau lenticulaire en respectant la capsule interne. Dans ces conditions, la guérison est possible sans qu'il persiste ni paralysie motrice ni anesthésie. Il y a eu dans le cas actuel une eschare, bien que les parties postérieures du cerveau soient respectées; c'est donc un fait à opposer a l'opinion soutenue récemment par M. Joffroy. M. Dussaussay a signalé, en outre, une contracture du bras qui dura trois jours ; ce phénomène est tout-à-fait contraire à la règle puisque l'autopsie n'a pas fait reconnaitre de perforation ventriculaire.

26. Cancer de l'estomac et du foie, avec angioleucite pulmonaire ; par M. I. Balzer, interne des hôpitaux.

F...., 50 ans, entre à la Charité le 29 novembre 1875, dans le service de M. Empis, (n° 7, salle Sainte-Marthe). Au moment de son entrée, on constate un développement considérable du foie ; le ventre est douloureux surtout dans sa partie supérieure, la malade est faible et amaigrie. A partir du premier janvier, la maladie semble évoluer plus rapidement ; l'amaigrissement augmente, la teinte jaune-paille est plus marquée. La maladie a commencé par des douleurs vives au creux de l'estomac, principalement après les repas ; cette douleur se faisait sentir également dans le dos et entre les épaules. Les digestions étaient extrêmement pénibles ; les vomissements alimentaires assez fréquents, se produisant assez longtemps après le repas. La malade dit qu'elle a eu aussi, vers cette époque, plusieurs vomissements noirs.

L'examen de la région épigastrique ne fait rien découvrir d'anormal ; on ne sent ni empâtement, ni tumeur. Le ventre est légèrement ballonné par un épanchement peu abondant, et qui donne nettement la sensation du flot. Lorsqu'on refoule la paroi abdominale, on sent une tumeur arrondie, dure, mobile, située au-dessous du foie, et un peu à droite de la ligne médiane. Cette tumeur n'est pas adhérente à la paroi abdominale, et paraît indépendante du foie Ce dernier organe est considérablement augmenté de volume. La matité commence un peu au-dessous du mamelon, et se continue bien au-dessous des fausses-côtes ; la percussion des régions hépatique et épigastrique est douloureuse. La rate ne paraît pas augmentée de volume.

La malade urine facilement, et ne présente rien de particulier du côté des organes génitaux. Pas d'œdème. Les bruits du cœur sont normaux : on ne trouve rien d'anormal en pratiquant l'examen de la poitrine.

Elle reste à peu près dans le même état pendant les premiers jours du mois de janvier. Elle se plaint peu du ventre, mais elle vomit fréquemment, le plus souvent vers le soir. Elle a en même temps un peu d'ictère.

A partir du 10 janvier, les douleurs deviennent plus intenses, tout le ventre est douloureux. La douleur est assez forte pour arracher des cris ; vers le soir, elle a de la fièvre. L'amaigrissement augmente avec une grande rapidité, ainsi que la faiblesse. Elle vomit tout ce qu'elle prend. Elle tousse un peu, sans expectorer, mais la respiration n'est aucunement gênée, et l'auscultation et la percussion de la poitrine ne révèlent rien d'anormal. — Elle meurt le 16 janvier à midi.

Autopsie, 18 janvier. On trouve dans l'abdomen une grande quantité de liquide séro-sanguinolent ; tous les tissus présentent une teinte ictérique assez prononcée. — La rate et les organes génito-urinaires ne présentent pas d'altérations; les reins sont seulement assez fortement colorés par la bile.

L'*estomac* est dilaté, rempli de matières en putréfaction ; on trouve, dans le voisinage du pylore, une tumeur qui occupe toute la circonférence de l'organe, et dont la base d'implantation paraît formée par un tissu ferme, dure, tandis que la surface est ramollie et bourgeonnante. Le pylore adhère aux organes voisines et particulièrement au *foie*. Celui-ci est rempli de noyaux cancéreux, dont quelques-uns ont des dimensions énormes et sont ramollis à leur centre ; d'autres proéminent à la surface de l'organe, et sont déprimés en godet à leur centre.

En beaucoup de points, et surtout dans le lobe droit, le tissu hépatique est entièrement remplacé par le néoplasme. Le foie est énorme et s'est agrandi dans toutes les directions ; la tumeur mobile que l'on sentait à la palpation, et qui paraissait indépendante du foie, est formée par une gestion de cet organe, séparée par une dépression profonde du reste du foie et qui a conservé après une extraction de celui-ci la même mobilité. Le *pancréas* est sain ainsi que l'intestin et un grand nombre de ganglions mésentériques ; d'autres sont déjà envahis par le cancer.

Le diaphragme est adhérent au foie dans presque toute l'étendue de sa face inférieure. Celle-ci présente de nombreux noyaux cancéreux qui proéminent à sa surface; on trouve aussi quelques bourgeons de même nature à sa surface pleurale, et sur la plèvre pariétale qui tapisse la colonne vertébrale.

Les poumons ne sont pas adhérents; la plèvre pariétale est saine dans presque toute son étendue; pas d'épanchement séreux. Les deux poumons sont farcis de petits noyaux cancéreux très nombreux, principalement, vers le hile, et présentant presque tous le volume d'un pois chiche: à ces noyaux viennent aboutir de magnifiques réseaux de lymphangite cancereuse; ces réseaux sont surtout bien indiqués, à la base des deux poumons, sur les bords tranchants et dans les sillons interlobaires. Ils font en certains endroits une légère saillie à la surface de la plèvre et sont plus nombreux et mieux marqués sur le poumon droit que sur le gauche. Les deux poumons sont, en outre, légèrement congestionnés.

Le *cœur* est très-petit, et ne présente pas d'altérations.

Après avoir scié les corps vertébraux dans toute leur longueur, on reconnait que tous, y compris le sacrum, sont farcis de noyaux cancéreux variables, quant au volume, et au degré de leur consistance. Ils sont plus nombreux et plus volumineux sur les vertèbres lombaires et sacrées, et sur les sixième et septième dorsales.

M. Ollivier. Il existait, dans ce cas, un épanchement pleural gauche: on n'a pas assez signalé la fréquence des pleurésies, du côté droit en particulier, dans les affections chroniques du foie; dans un cas douteux la présence d'un épanchement dans la plèvre droite peut servir au diagnostic de la cirrhose. Je ferai remarquer ensuite combien il est rare d'observer le cancer primitif du foie; le plus souvent en examinant l'estomac on trouve un petit anneau pylorique fibroïde, qui n'est autre que le cancer primordial qu on signale dans les autopsies comme en passant et sans y attacher d'importance.

Séances de décembre 1875. — Présidence de M. Charcot

22. Caverne pulmonaire communiquant avec le tissu cellulaire des parois thoraciques. — Emphysème sous-cutané généralisé; par Chenet et Hirtz, internes.

Le nommé C... Armand, âgé de 43 ans, cordonnier, entre le 9 décembre 1875, salle Saint-Eloi, n° 29. Service de M. Proust, à Saint-Antoine.)

Cet homme a toujours été assez bien portant, à part une ostéite chronique de l'extrémité inférieure du fémur gauche qui a débuté à l'âge de 14 ans. Il travaillait alors dans un moulin, souvent dans l'humidité, et c'est à cela qu'il attribue son mal. Il séjourna alors pendant quatre mois à l'hôpital de Vendôme: — des esquilles se firent jour par la plaie, et il lui est resté depuis, outre une ankylose incomplète du genou, deux orifices fistuleux qui se ferment de temps en temps pour se rouvrir bientôt. A trois ou quatre centimètres de l'interligne articulaire, un peu au-dessus des fistules, existe un étranglement du membre assez marqué.

Cet homme est à Paris depuis 23 ans, et il ne se souvient pas d'avoir jamais été alité. Il n'a jamais eu d'affections de poitrine ou de susceptibilité bronchique qui l'ait arrêté. Mais, il y a six mois environ, à la suite d'un refroidissement, il a commencé à tousser, et son rhume ne s'est point passé, malgré le temps écoulé depuis le début.

Il tousse surtout le matin à son réveil, par quintes, et il a en même temps une expectoration assez abondante, mousseuse, mais non purulente. — Au début, sueurs fréquentes, amaigrissement assez sérieux, mais jamais d'hémoptysie.

Pendant trois mois, le sommeil et l'appetit sont restés bons: mais depuis, la santé générale est moins bonne: l'appétit a diminué, le sommeil est devenu plus irrégulier. L'haleine est plus courte, et il a du mal à monter chez lui bien qu'il demeure au deuxième. Il n'a jamais eu d'accès d'asthme, et personne dans sa famille non plus. Enfin, depuis quinze jours il tousse un peu moins, mais son estomac est très-affaibli et il ne vit plus guère que de bouillon.

La nuit du mardi au mercredi, 7 à 8 décembre, a été bonne, mais le matin, en s'éveillant et sans avoir eu de quinte de toux, il éprouve une certaine gène au cou et constate qu'il existe là un gonflement assez notable. Il s'en inquiète peu, et part au travail. Au moment de se mettre à la besogne, il ne peut plus se servir de son bras droit qui est gonflé aussi. Il rentre alors chez lui, prend de la soupe à midi, puis se sentant peu à l'aise, — se couche. Il s'aperçoit alors que le gonflement s'étend: il éprouve en même temps une très-grande difficulté à respirer et appelle à son secours. C'est seulement le soir, vers 7 heures, que le gonflement s'est étendu à la face et que les paupières se sont fermées.

Il a passé une nuit très-pénible tourmenté par un immense besoin de respirer, sans dormir un instant, et il est entré à l'hôpital le jeudi 9 décembre. Le gonflement est généralisé.

La tête est grotesque, pyriforme, à cause du développement exagéré du cou et des joues: les paupières fortement gonflées recouvrent complètement les globes des yeux. Le nez et le menton ont conservé leur volume ordinaire.

Le cou est énorme, à ce point que les espaces sus-claviculaires sont presque effacés. La partie antérieure du thorax est fortement bombée et notre malade semble avoir des mamelles de baudruche. L'infiltration s'étend aux membres supérieurs jusqu'aux doigts: le dos des mains est fortement bombé. Sur le tronc, l'infiltration quoique très-nette a amené moins de déformation. Les cuisses sont à peu près cylindriques, et le gonflement s'étend à droite jusqu'aux pieds, tandis que du côté gauche, il semble très-nettement limité par l'étranglement que nous avons signalé au-dessus du genou. La moindre pression fait percevoir partout une crépitation très- nette, perceptible à la main et à l'oreille, et l'on voit les bulles de gaz qui cheminent sous la peau. On sent que la peau est très-éloignée des plans musculaires, et notamment au devant du thorax et du cou.

Une chiquenaude sur le tégument produit un son creux, analogue à celui que produirait la percussion sur un ballon de caoutchouc à demi dégonflé. Des vaisseaux se dessinent très-nettement dans l'épaisseur des paupières et l'on peut suivre, sur le côté droit du tronc, et sur les bras, les veines superficielles. Quelques piqûres faites avec une lancette donnent issue à des bulles de gaz; les paupières et le scrotum s'affaissent ainsi facilement, mais le gonflement ne tarde pas à reparaître.

Il existe un certain degré de dyspnée; la respiration est pénible et se renouvelle de 26 à 30 fois par minute, le pouls est régulier, 104.

Lorsqu'on cherche à ausculter le malade, la pression de la tête ou du stéthoscope détermine pendant quelques instants une pluie de gros râles crépitants tout-à-fait analogues aux râles de retour de la pneumonie. La respiration s'entend beaucoup moins bien à droite qu'à gauche. Il est tout-à-fait impossible de distinguer s'il existe des altérations des bruits du cœur. Vingt-quatre heures après, l'état général s'était peu modifié. Le scrotum, dégonflé le matin par quelques piqûres ne s'était pas gonflé de nouveau et l'on pouvait constater alors un développement très-incomplet de la verge et des testicules. Ces glandes, occupant leur situation normale, ne sont pas plus grosses que celles d'un enfant de dix ans.

La crépitation gazeuse se perçoit un peu dans le creux poplité du côté gauche. L'extrémité inférieure du membre présente un œdème assez marqué, qu'explique du reste suffisamment l'existence de la tumeur blanche du genou.

Le doigt, introduit dans l'arrière-gorge, peut y sentir aussi une crépitation fine en pressant la paroi postérieure contre la colonne vertébrale.

La respiration est un peu moins pénible. Le malade n'a pu prendre que du potage. Les urines laissent déposer une couche épaisse de sels qui se dissolvent par l'action des acides, mais elles ne contiennent pas d'albumine. Plusieurs selles liquides très-fétides.

Le 11 décembre, même état, sans modification appréciable. L'emphysème aurait plutôt un peu diminué qu'augmenté; cela est surtout sensible à la tête.

On cherche de nouveau à ausculter le malade, et malgré la crépitation superficielle on reconnait que la respiration est

beaucoup moins distincte à droite. La voix présente aussi de ce côté un peu de retentissement qu'on n'observe pas à gauche.

Enfin, on croit distinguer dans les efforts de toux quelques gros râles sous-crépitants au sommet droit. La percussion, pratiquée avec soin, après avoir chassé autant que possible les gaz du tissu cellulaire superficiel, fournit un son plus obscur aussi du côté droit. — La respiration n'a pas augmenté de fréquence, et le malade se trouve un peu mieux.

12 *novembre.* — Même état.

13 *novembre.* — Etat plus grave, non que l'emphysème ait beaucoup augmenté, mais une dyspnée assez intense s'est manifestée. Cette dyspnée va croissant jusque dans la nuit, et le malade s'éteint à trois heures du matin après quelques heures d'orthopnée.

Réflexions. Quelle pouvait être la cause de cet emphysème? Il fallait d'abord écarter l'idée d'une affection aiguë. Le malade avait été surpris le matin à son réveil par le gonflement de son cou, mais il avait passé une nuit calme; il n'avait pas cessé son travail depuis longtemps. Aucun malaise ne l'avait prévenu. Avions-nous affaire à un asthmatique chez lequel de l'emphysème serait survenu à la suite d'un accès? Pas davantage.

Force nous était donc d'incriminer la toux opiniâtre dont le malade se plaignait depuis six mois et l'idée de la phthisie se présentait aussitôt. — Notre malade avait eu au début quelques-uns des symptômes généraux de la tuberculose. Les sueurs notamment, l'amaigrissement, la perte des forces, du sommeil et de l'appétit. Pour ce qui est de l'amaigrissement, nous devions nous en rapporter à son récit, car il était difficile d'apprécier l'état exact de ses membres et de son tronc avec une infiltration aussi considérable. Les signes locaux étaient d'une appréciation bien difficile; mais malgré cela, on admit que le malade était tuberculeux. L'existence d'une tumeur blanche dans l'enfance était une raison de plus en faveur de ce diagnostic.

Mais ce n'était là qu'une partie de la question; encore faisait-on des réserves. — On pensa bien à la rupture d'une caverne pulmonaire, et l'on rechercha les signes d'un pneumothorax. Le résultat de l'examen fut négatif.

Le pronostic resta incertain pendant plusieurs jours; mais l'emphysème ne diminuant pas, le malade ne pouvait prendre aucune nourriture et présentait une diarrhée continuelle et très-abondante. On jugea que la terminaison serait funeste et ne tarderait guère. En effet, le malade s'éteignait sept jours après le début des accidents après avoir présenté dans les dernières heures une dyspnée croissante.

Autopsie 36 heures après la mort.

La distension des téguments paraît avoir diminué. Nous nous occupons d'abord de rechercher s'il existe un pneumothorax. A cet effet, la peau et les muscles sont incisés au niveau du second espace intercostal et vers l'extrémité antérieure de la côte. Nous remarquons alors une coloration jaunâtre des couches profondes et le râclage avec le scalpel nous ramène du pus concret; puis dans un mouvement imprimé au bas du sujet, du pus très-épais, jaunâtre, sans fétidité particulière apparaît dans le fond de la plaie. Une petite éprouvette pleine d'eau est renversée alors dans la plaie recouverte d'eau préablement, et le scalpel incise les muscles intercostaux. Malgré la pression exercée sur la cage thoracique, il s'échappe seulement deux ou trois bulles gazeuses qui gagnent le fond de l'éprouvette et qui ne paraissent pas venir de la poitrine. La peau est alors enlevée avec précaution, puis le muscle grand pectoral et enfin nous arrivons à une surface recouverte du pus concret, et présentant quelques ponts de substance musculaire allant d'une côte à l'autre entre la 3e et la 4e côte, débris du muscle intercostal interne.

Ces brides incisées, nous trouvons une communication entre la cavité thoracique et les plans superficiels.

Les côtes étant alors sectionnées vers leur partie moyenne, nous enlevons toute la partie antérieure du thorax; mais pour en arriver là, nous avons dû couper aussi une lame mince du tissu pulmonaire adhérente à la paroi thoracique. Cette lame mince présente des tubercules à l'état caséeux et nous pouvons constater que l'orifice fistuleux, situé dans le troisième espace intercostal, et que nous avons déjà mentionné, établit une communication entre les foyers du poumon et l'abcès situé entre les deux muscles intercostaux.

Le poumon droit adhère à la paroi thoracique dans toute son étendue; il n'y avait donc pas de pneumothorax. Pour l'enlever, il faut arracher en même temps la plèvre pariétale. Le poumon gauche présente aussi quelques adhérences. Ni l'un ni l'autre n'ont fait hernie en dehors de la cage thoracique. Après l'enlèvement du sternum, comme on le voit dans les cas d'emphysème vésiculaire, il était facile par contre de constater la présence de bulles gazeuses dans le tissu cellulaire du médiastin.

Les poumons enlevés, nous avons constaté une pleurésie chronique totale, à droite et dans quelques points, notamment au sommet, des fausses membranes épaisses infiltrées de sérosité. A la coupe, on reconnaît l'existence de plusieurs cavernes dont une assez grande au sommet, irrégulière et atteignant presque la surface du poumon en arrière. Plusieurs autres petites cavernes, quelques foyers caséeux et des tubercules à l'état cru; — les lésions sont très-nettes dans les points correspondants à la lame pulmonaire qui a été enlevée avec les côtes.

Il existe en outre de l'œdème pulmonaire et de la splénisation de tout le bord postérieur, de même que sur le poumon gauche. Ce dernier présente aussi quelques foyers tuberculeux moins avancés.

Le cœur est flasque, légèrement graisseux, contenant quelques caillots, sans lésions notables d'orifices ou de valvules.

Le larynx et le pharynx enlevés, on peut aussi constater facilement la présence de bulles gazeuses dans le tissu cellulaire post-pharyngien, mais on ne trouve pas d'infiltration dans les replis aryténo-épiglottiques.

La muqueuse du larynx est recouverte d'une couche légère de muco-pus, mais ne présente aucune ulcération.

L'emphysème a été constaté aussi dans le tissu cellulaire des membres. Il n'existait pas dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien qui présentait au contraire une infiltration séreuse assez notable. — Le cerveau était sain.

Le foie et les reins étaient fortement congestionnés.

Nous pouvons résumer ainsi cette autopsie: communication des foyers pulmonaires avec l'abcès de la paroi thoracique, et partant communication facile des vésicules pulmonaires ulcérées avec le tissu cellulaire des muscles de la paroi thoracique.

Réflexions. C'est une chose assurément digne de remarque que la rareté de ces faits, comparés au nombre des cas de pneumothorax. Et cependant il semble que les premiers devraient être plus fréquents. En effet, il est extrêmement fréquent de rencontrer à l'autopsie des phthisiques, des cavernes superficielles qui se déchirent lorsqu'on enlève les poumons, de telle façon qu'une partie de leur paroi reste adhérente aux côtes. Or, dans ces cas, il est plus facile de comprendre la rupture de la caverne à travers la paroi thoracique, qu'une rupture dans la cavité pleurale dont les deux feuillets sont adhérents dans la plus grande partie de leur étendue. La cavité pleurale n'existe pour ainsi dire plus dans ces cas, et si la formation d'un pneumothorax est devenu impossible, la production de l'emphysème sous cutané ne le serait pas. Si ce fait ne se produit pas plus souvent, c'est qu'une barrière solide existe entre la cavité accidentelle du poumon et le tissu cellulaire des parois thoraciques. — Cette barrière est formée normalement par les deux muscles intercostaux dont les deux couches de fibres se dirigent en sens inverse et par les deux feuillets de la plèvre qui présentent normalement une certaine épaisseur, et dont l'épaisseur s'accroît justement dès qu'un travail inflammatoire se développe dans leur voisinage. Etant données ces conditions, il faut donc, pour que l'emphysème sous-cutané se produise, il faut, pensons-nous, qu'un travail tel que la formation de tubercules s'établisse simultanément sur le feuillet pariétal et sur le feuillet viscéral de la plèvre et en détermine l'ulcération. Il faut de plus que l'inflammation soit assez intense, et qu'il existe un foyer purulent assez vaste ou plusieurs foyers multiples, pour que les muscles intercostaux soient entamés.

Notre malade ne paraît avoir jamais souffert du côté, ou tout au moins il n'a jamais été forcé de garder le lit. Aucune douleur fixe n'a attiré son attention vers les points malades; cependant nous avons vu qu'il existait des lésions sérieuses dans la paroi thoracique et il nous semble impossible qu'un abcès siégeant entre les muscles intercostaux, comme c'était le cas chez lui, ne détermine pas de névralgies. Nous ne pensons donc pas que les renseignements fournis par lui puissent infirmer notre façon d'interprêter les lésions trouvées à l'autopsie et nous croyons qu'il y a eu chez lui : D'abord, une pleurésie superficielle due à la présence et à l'évolution de granulations tuberculeuses; en second lieu, formation d'un abcès entre les muscles intercostaux, par suite de la présence d'un foyer circonscrit qui n'a pu s'ouvrir dans les bronches, et qui a établi une communication entre les poumons tuberculeux et la paroi thoracique. Enfin, à l'occasion d'un effort de toux, une autre rupture des parois de ce foyer et passage de l'air dans le tissu cellulaire sous-pectoral.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 avril 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. GILLETTE lit un mémoire sur divers *traumatismes produits par la morsure du cheval.* Ce travail fort complet et très-intéressant est renvoyé à l'examen d'une Commission

M. CAZIN (de Boulogne) fait une communication sur *l'expectation dans le traitement des coxopathies suppurées.* La résection lui semble une opération peu indiquée si l'on peut placer les jeunes malades dans de bonnes conditions hygiéniques au bord de la mer, de façon à régénérer leur mauvais état général. A Berk-sur-Mer il n'a observé qu'une proportion de 10 morts pour cent coxalgiques, encore 4 de ces malades étaient-ils arrivés à cet état de stéatose hépato-rénale qui amène l'albuminurie. Il serait seulement à désirer que les enfants envoyés à l'établissement fussent dans un état de maladie moins avancé qu'ils ne le sont ordinairement. M. Cazin présente ensuite deux appareils dont il a l'habitude de se servir pour ses coxalgiques.

M. MARJOLIN ne rejette pas absolument la résection de la hanche; seulement il lui semble difficile de trouver le moment opportun de pratiquer cette opération. Sur cinq résections de la hanche qu'il a faites à Sainte-Eugénie, il a eu quatre morts; le cinquième opéré a succombé tuberculeux deux ans et demi après. La résection de la tête du fémur lui a donné de meilleurs résultats, ce qui rend si graves les coxalgies observées à l'hôpital, c'est qu'elles sont amenées trop tard ou que le manque de place a retardé trop longtemps leur admission. A cette occasion, M. Marjolin émet de nouveau des vœux pour l'amélioration des services hospitaliers d'enfants.

M. VERNEUIL pense que l'on doit rechercher l'explication de cette action bienfaisante de l'atmosphère maritime sur les coxalgiques dans la cause même de la coxalgie qui est la scrofule dans les neuf dixièmes des cas. De plus, ce n'est pas de tuberculose que meurent les jeunes coxalgiques, ils succombent à des altérations viscérales amenées par la suppuration : la stéatose ou l'amylose hépato-rénale. Lorsque cette dégénérescence morbide a envahi les organes, la mort surviendra fatalement si le malade reste dans un hôpital. L'air de la mer, au contraire, amènera souvent la guérison.

M. LANNELONGUE croit que les indications de la résection de la hanche sont parfois très-nettement marquées, et qu'il est des circonstances où elle permettra d'arracher les coxalgiques à une mort certaine. Il a pratiqué quatre fois cette opération; trois fois les malades ont guéri. La quatrième résection a été faite ce matin même; il a enlevé l'extrémité de la tête du fémur et une partie de la cavité cotyloïde. Il trouve fort beaux les cas rapportés par M. Cazin; malheureusement peu d'enfants peuvent profiter des bienfaits du traitement maritime; beaucoup meurent à l'hôpital et les autres sont rendus à leur famille, car on n'envoie à Berk que les coxalgiques qui sont encore à même de marcher.

M. CAZIN est de l'avis de M. Verneuil sur les complications viscérales de la coxalgie. M. MARJOLIN pense que si toutes les coxalgies suppurées pouvaient être envoyées au bord de la mer, les guérisons seraient encore bien plus nombreuses par ce seul moyen thérapeutique, que par le traitement opératoire.

M. DESPRÉS trouve que la statistique de M. Cazin donne presque autant de morts que celle des hôpitaux de Paris. Or les coxalgiques qui lui sont envoyés sont des malades dans des conditions relativement bonnes. Il ne se rend donc pas très-bien compte de la bonne influence du traitement maritime. Quant à la coxalgie elle-même, il en reconnaît deux espèces bien différentes, l'une où la mobilité persiste avec les fistules, elle ne guérit jamais; l'autre où l'ankylose est marquée, celle-là guérit souvent.

M. ANGER a remarqué que l'air de la mer était nuisible au début de la coxalgie, alors que les malades ont de la fièvre et manquent d'appétit. M. CAZIN a observé le même fait.

M. PANAS a extirpé le 15 mai 1875, chez une jeune fille de 17 ans, un *odontôme* du maxillaire inférieur dont il met la figure sous les yeux de ses collègues. Cette tumeur avait débuté 7 ans auparavant, elle avait gagné peu à peu la région temporale et rejeté en dehors l'arcade zygomatique. Toute l'apophyse coronoïde et le tendon du temporal faisaient partie du néoplasme. M. Panas réséqua l'os envahi, après avoir reconnu une tumeur bénigne; la guérison s'est maintenue. L'examen qui a été fait par M. Magitot a révélé un *odontôme odonto-plastique* Broca), né aux dépens de la deuxième grosse molaire ou du follicule de la dent de sagesse. La première molaire a été trouvée couchée dans la gouttière de l'os maxillaire. M. Panas pense que la tumeur provient du follicule de la dent de sagesse puisque l'apophyse coronoïde était envahie. La masse était composée de tissus fibreux dans l'épaisseur desquels on voyait des *grains dentinaires*, durs, sans trace d'émail ou d'ivoire. — M. MAGITOT est d'avis que la tumeur a eu pour origine un vice de développement de la deuxième grosse molaire.

M. PANAS présente, au nom de M. Fleury (de Clermont), une pièce pathologique provenant d'un jeune homme porteur d'une tumeur à la région interne de la cuisse. Une ponction fut pratiquée, le malade succomba : on trouva un sac rempli de caillots sanguins ne communiquant pas avec l'artère fémorale, mais avec une de ses petites collatérales. L'aspect du sac est celui d'un anévrysme. Il présente aussi au nom de M. Fredet (de Clermont) un fragment de la base d'un poumon frappé par une balle qui, après avoir traversé le diaphragme, est allée se loger dans l'excavation pelvienne. Au point frappé, une portion du parenchyme pulmonaire a été enlevée comme à l'emporte-pièce.

Présentation d'instruments : M. HORTELOUP présente un *speculum ani* qui offre l'avantage de bien dilater l'ampoule rectale sans distendre l'anus. M. POLAILLON montre un nouveau céphalotribe de M. Chassagny (de Lyon).

I. B.

REVUE CHIRURGICALE

V. Essai sur la résection du genou, par le Dr A. PICARD. A. Delahaye 1875, éditeur.

VI. De l'entorse médio tarsienne, par le Dr TERRILLON. (*Arch. de médecine*, 1875)

VII. Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques, par le Dr A. VOISIN. A. Delahaye 1875, éditeur.

VIII. Des anaplasties périnéo-vaginales, dans le traitement du prolapsus de l'utérus, etc., par le Dr E. BOURDON. J. B. Baillère 1875, éditeur.

IX. Recherches sur la pourriture d'hôpital, par le Dr WOLF. A. Delahaye 1875.

X. Les militaires blessés et invalides, leur histoire, leur situation en France et à l'étranger, par le comte A. de RIENCOURT. J Dumaine 1875, éditeur.

V. La résection du genou est une opération pratiquée journellement en Angleterre, en Amérique, et dans plusieurs villes de l'Allemagne. En France, M. Picard n'a pu en trouver que six observations : dans trois d'entre elles, la mort est survenue. Mais il a réuni 203 cas nouveaux de résection du genou en Angleterre depuis 1869 : ils ont fourni une mortalité de 16 pour 500. En ajoutant ces faits aux 431 cas réunis par Penié-

res dans sa thèse (en 1869) on a 634 cas avec 164 décès, ou une mortalité de 26 pour 100. Mais il faut faire remarquer que celle-ci va en diminuant en raison des modifications nombreuses apportées dans l'opération et dans le traitement consécutif. On doit admettre avec le docteur Picard qu'elle est aujourd'hui de 16 pour 100 dans les hôpitaux de province. En France, il résulte des recherches statistiques du même auteur que la mortalité dans les tumeurs blanches du genou est de 24, 6 pour 100. Ces résultats semblent plaider en faveur de ces résections du genou dans certains cas. Le docteur Picard essaye dans sa thèse d'en préciser les indications dans ces cas de tumeurs blanches et de difformités, puis il décrit les procédés opératoires, les appareils d'immobilisation et les méthodes de pansement.

VI. On confond le plus souvent l'entorse des articulations du pied avec celle qui a pour siége principal l'articulation tibio-tarsienne. Cette dernière, il est vrai, est plus grave, plus fréquente et domine souvent la scène quand elle s'accompagne d'entorse des autres articulations du pied. Mais l'entorse médio-tarsienne est parfois isolée ou prédominante : c'est elle que M. le docteur Terrillon s'est proposé de décrire dans son mémoire des Archives de médecine. Dans les mouvements de rotation forcée de l'avant-pied sur l'arrière pied, la tête de l'astragale vient faire saillie sous le ligament astragalo-scaphoïdien supérieur, et le ligament en Y qui représente ici les ligaments croisés du genou, peut être tordu, violenté, arraché même avec la partie de l'os sur laquelle il prend insertion : enfin le ligament calcanéo-astragalien ou interosseux est quelquefois déchiré. La douleur et le gonflement occupent surtout le creux astragalo-calcanéen et l'interligne articulaire astragalo-scaphoïdien. Dans les mouvements de rotation de l'avant-pied la souffrance presque nulle dans la marche ordinaire, est parfois intolérable. Cette entorse mérite un traitement spécial et une surveillance active : car elle peut être le prélude d'une tarsalgie, d'une ankylose ou d'une tumeur blanche. Des applications de compresses d'eau froide, un massage méthodique, une bande de flanelle un peu serrée autour du pied pendant la marche, des badigeonnages iodés ; tels sont les principaux remèdes à employer.

VII. Il n'existe pas de travail d'ensemble sur les arthropathies syphilitiques : mais on ne saurait ouvrir un traité de pathologie où il ne soit fait mention de l'influence de la syphilis sur les lésions aiguës ou chroniques des articulations. M. Richet, le premier a rassemblé six cas d'arthrites du genou qui guérirent rapidement par le traitement mercuriel et iodique. M. Lancereaux eut la bonne fortune de faire une autopsie de synovite syphilitique. Enfin MM. Verneuil et Fournier ont publié des mémoires intéressants sur l'hydropisie des gaines tendineuses dans la syphilis secondaire. M. Voisin, ayant pu observer six cas d'arthrite syphilitique de la période tertiaire en a fait le point de départ et le fondement de sa thèse. Il a complété et généralisé son sujet par des recherches bibliographiques consciencieuses. D'après cet auteur, ces arthropathies syphilitique existent dans deux périodes différentes de la vérole. 1° Au début, c'est-à-dire dans la première période, lorsque les accidents du côté de la peau et des muqueuses ne sont pas encore manifestes, nous sommes témoins des douleurs vagues siégeant dans les articulations et ne s'accompagnant d'aucune lésion extérieure appréciable. Ces douleurs sont générales, multiples, et ont reçu le nom d'*arthralgies*. 1° Pendant la deuxième période, ces mêmes douleurs peuvent se présenter, mais nous pouvons constater également de véritables phénomènes inflammatoires du côté des articulations. Multiples ou générales, ces dernières arthropathies revêtent la forme d'un rhumatisme articulaire aigu ou subaigu localisées dans une ou deux articulations, elles ressemblent à une arthrite subaiguë ou à une hydarthrose simple. 3° Dans la troisième période, les arthropathies sont essentiellement chroniques et présentent les caractères des tumeurs blanches.

VIII. Les anaplasties périnéo-vaginales forment un groupe d'opération sétudié d'une manière bien succincte dans nos livres classiques. M. Bourdon en édifiant sa thèse sur ce point spécial de la médecine opératoire, a rendu un véritable service aux chirurgiens qui n'auront plus à parcourir un grand nombre de mémoires personnels pour avoir des renseignements sur les procédés à suivre. Les indications de chaque variété d'opérations sont précisées avec une grande netteté dans ce travail. Pour la *périnéorrhaphie*, il décrit successivement les procédés de Langenbeck, de Richet, de Demarquay, de Lefort, de Tillaux, de Dolbeau et d'Heppner ; pour *l'épisiorrhaphie* ou réunion des bords de l'orifice vulvaire dans une certaine étendue, il expose les procédés de Fricke, de A. Richard, de Baker-Brown, de Rüchler et de Th. Auger. *L'héphestiorraphie* Ἥφαιστος (Dieu du feu) et ῥαφώ (je couds), qui consiste à remédier aux descentes de matrice en rétrécissant ou oblitérant le vagin par la cautérisation et qui a été employée par Laugier, Philipps, Velpeau, Gaillard (de Poitiers), Desgranges et Valette (de Lyon) ; l'exérèse par étranglement mécanique et compression des tissus de l'entrée du vagin soit avec des pinces, avec l'écraseur ou le serre-nœud (procédés de Desgranges, de Bellini et de Huguier) ; et enfin l'exérèse par instrument tranchant ou *élytrorraphie* (Ἔλυτρον, vagin, ῥαφή, suture) procédés de Marshall-Hall, de Bérard, d'Ireland, de Robert, de Sims, de Trélat et Verneuil, etc...) telles sont les principales méthodes rapportées dans cette thèse. — Parmi les conclusions de l'auteur nous relevons les suivantes : 1° La périnéorrhaphie est toujours indiquée quand il existe une déchirure du perinée et souvent aussi, quand l'orifice vulvaire est trop large. 2° Dans les déchirures complètes avec rupture de la cloison, on doit donner la préférence au procédé à lambeau vaginal de Richet ou aux procédés à lambeau vagino-rectal de Lefort et Demarquay. 3° On ne doit songer à pratiquer l'oblitération complète de la vulve que chez les femmes qui ne sont plus réglées et lorsqu'il s'agit de maintenir un utérus dont le col est très-hypertrophié, depuis longtemps prolapsé. 4° Chez les femmes jeunes, il faut se contenter de rétrécir un peu le vagin par l'élytrorrhaphie afin de rendre un pessaire applicable.

IX. Dans sa thèse sur la pourriture d'hôpital, le Dr Wolf s'efforce d'établir que cette complication des plaies est une gangrène ulcéreuse, moléculaire, contagieuse, qui débute par une vive douleur et s'accompagne dans la plaie de coagulations d'engorgements des tissus, rendant la suppuration très-difficile ou même l'arrêtant. Pour lui, c'est une maladie le plus souvent toute locale et, si des phénomènes généraux apparaissent, c'est toujours consécutivement, après la manifestation des altérations morbides développées sur la plaie. Ces phénomènes généraux sont d'abord le résultat d'une réaction inflammatoire sympathique, puis la conséquence de l'intoxication de l'organisme par les matières putrides passées dans le courant circulatoire. Cette gangrène est presque toujours amenée, par l'arrivée, à la surface des plaies, de matières miasmatiques pourvues sous l'influence de certaines conditions d'un degré de septicité excessif.

X. Parmi les nombreux enseignements que nous a fournis la guerre malheureuse de 1870-71, il en est un qui a impressionné très-vivement et attristé les esprits français, c'est la démonstration de l'insuffisance absolue des secours médicaux apportés aux soldats blessés sur le champ de bataille et dans les ambulances. On s'est préoccupé avec raison des défauts de l'organisation de la chirurgie militaire, et il faut espérer que le temps n'est pas éloigné où on y apportera un remède efficace. Mais après avoir relevé le blessé sur le champ de bataille et lui avoir procuré tous les moyens de guérison dont la science dispose, un autre devoir incombe à l'Etat et aux concitoyens : on doit lui fournir les soins médicaux dont il aura besoin dans sa retraite, une situation pécuniaire suffisante et honorable, et enfin la récompense justement méritée de ses services. C'est surtout cette seconde phase des devoirs de l'Etat envers le soldat blessé et invalide que le comte de Riencourt a eu en vue d'exposer et de définir par la publication de son ouvrage. Il s'est proposé d'indiquer au gouvernement et au pays les réformes les plus urgentes à faire dans les lois qui regissent le sort des militaires blessés. Il avait confié à M. Marcano, interne des hôpitaux, le soin de faire une sorte d'enquête médicale sur l'état des blessés dans deux départements français, et à M. Dupuy, autre interne des hôpitaux, celui de rechercher la situation des invalides en Allemagne et en Autriche-Hongrie. Enfin, le Dr Sanson a fait le même travail pour l'Angleterre.

Ces trois mémoires sont reproduits dans l'ouvrage de M. le comte de Riencourt. Celui-ci a d'ailleurs réservé pour lui toute la partie non-médicale de la question : la législation, les pensions de retraite, les conditions du séjour aux eaux thermales, la nécessité d'appareils de prothèse et d'orthopédie bien conditionnés, la situation physique, pécuniaire et morale des militaires invalides, les emplois que l'Etat doit leur réserver, les décorations, les institutions de secours, tels sont les points principaux qu'il expose et traite successivement dans ses deux volumes, en indiquant avec soin les réformes à apporter et les dépenses nécessitées par ces modifications. Cet ouvrage remarquable par de nombreux documents et une étude approfondie de la question, sera lu avec beaucoup d'intérêt par ceux que leurs fonctions médicales ou leur charité ont mis en rapport avec les malheureux blessés de la dernière guerre.

H. Duret.

Réclamation.

M. le docteur Saint-Martin de Laplagne nous avait prié de parler de lui et de ses œuvres. M. Malherbe a fait de ces œuvres, en neuf lignes, l'appréciation scientifique qu'elles méritent (n° 14, p. 260). Là-dessus ce spécialiste, bien connu, a profité de l'occasion pour nous adresser d'abord une réclame et sur notre refus, un exploit... d'huissier, donc :

« L'an 1876, le 24 avril, à la requête de M. le Dr Saint-Martin de Laplagne, 36, *boulevart Sébastopol*... Charles Marécat, huissier à Paris, » a signifié et déclaré à M. le Dr Bourneville, rédacteur en chef du journal » le *Progrès médical*... parlant à la concierge... d'avoir à insérer dans son » prochain numéro une des deux réponses de M. le Dr Saint-Martin de La- » plagne. Lui déclarant que faute par lui d'obtempérer à ladite sommation, » le requérant se pourvoira, par les voies de droit pour l'y contraindre... à » ce qu'il n'en ignore, etc., etc. Coût, 11 fr. 75 c. »

Lisons maintenant la prose de M. le docteur Saint-Martin de Laplagne :

« Réponse du docteur de Laplagne à l'analyse par le docteur » Malherbe de son *Exposé des maladies vénériennes* (n° du 1er » avril) au refus d'une réponse scientifique (??) et plus détaillée.

» Les maladies contagieuses sont-elles toutes parasitaires ? » Cela est probable, surtout pour celles qui sont locales et non » infectantes. L'ingénieuse hypothèse de M. le docteur Saint- » Martin de Laplagne, travail consciencieux (1), sur le para- » sitisme des maladies vénériennes, est donc acceptable, d'au- » tant plus qu'elle semble remplir une lacune importante et » regrettable dans l'état actuel de la science à cet égard, et » n'est contredite jusqu'à ce jour par aucune autre étiologie » connue, ni par les faits pathologiques, ni par aucune » vérité scientifique déjà démontrée... » — Paris, novembre 1875, docteur Bazin (de l'hôpital Saint-Louis).

» J'ai lu avec intérêt l'exposé de vos opinions sur la nature » de certains accidents vénériens ; il est probable que vous » êtes dans le vrai lorsque vous les rangez parmi les maladies » parasitaires.... » Professeur Hardy.

» Si la science a besoin de l'observation, elle n'a pas moins » besoin d'hypothèses sans lesquelles les progrès seraient » très-lents dans les sciences. » (Damiron. *Logique*).

Dans sa réponse n° 2 le docteur Saint-Martin de Laplagne nous met en demeure d'assigner à la syphilis une autre étiologie (c'est hypothèse qu'il a voulu dire sans doute) que la sienne et tant que nous ne nous serons pas acquittés de cette tâche il croira « que le *Progrès médical* a été mal inspiré de » s'adresser à un jeune médecin peu familier avec les mala- » dies vénériennes... » (Signé docteur de Laplagne).

Contraint et forcé, nous avons publié la réponse de M. St. M. de la P. Nous ne discuterons pas *sa* théorie, appuyée sur *son* hypothèse ; nous nous bornerons aux remarques suivantes :

Notre excellent ami et distingué collaborateur, M. le Dr A. Malherbe, est un ancien interne des hôpitaux de Paris. De ses quatre années d'internat, il en a passé une a l'hôpital Saint-Louis et une autre à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon, spécialement consacré aux maladies des voies urinaires. Ses nombreuses communications à la Société anatomique, les revues qu'il a publiées depuis huit années sur les affections au sujet desquelles on lui dénie toute compétence, sa thèse remarquable intitulée : *De la fièvre dans les maladies des voies urinaires ; recherches sur ses rapports avec les affections du rein,* qui lui a valu, à la *Société de chirurgie,* le prix Duval, montrent qu'il est parfaitement autorisé à formuler une opinion sur les travaux dont nous avons l'honneur de lui confier l'examen.

(1) Si M. le Dr Saint-Martin de Laplagne possède le don des hypothèses, il nous paraît manquer de modestie.

Quant à M. St. M. de la P., quelles sont ses œuvres scientifiques ? Elles sont inscrites à la porte d'un grand nombre de marchands de vin — non-seulement à Paris, mais encore en province, — sur un papier jaune et rouge. Dans un cadre, chez les marchands de vin, on lit l'enseigne et l'exposé de titres de M. St. M. de la P. En voici la copie :

MALADIES

Secrètes. — Dartres. — Vices du sang.

Traitement radical sans mercure ni injections chez l'homme.
Ni cautérisations funestes chez la femme.

AUTEUR DE LA RÉFUTATION DES DOCTRINES DE RICORD (1 fr.)
36, BOULEVARD SÉBASTOPOL, 36.
A 8 heures du matin et de midi à 7 heures.

DOCTRINE NOUVELLE.

Manière de se traiter soi-même. 2 fr. franco. (A la même adresse).

Nos lecteurs doivent être suffisamment édifiés et comprendre pourquoi le *Progrès médical*, toujours disposé à ouvrir ses colonnes à la discussion vraiment scientifique, n'insère la réponse de M. St. M. de la P. que contraint et forcé.

VARIA

Réunion des délégués des sociétés savantes.

Le 20 avril, les délégués des sociétés savantes se réunissaient à la Sorbonne sous la présidence de M. Léopold Delisle. Après le discours d'ouverture dans lequel l'honorable président a exprimé le désir de voir dresser une table générale des collections de mémoires des diverses sociétés, les lectures ont commencé. Nous croyons devoir signaler brièvement les plus intéressantes, en les groupant d'après leur nature sans nous astreindre à suivre l'ordre des séances.

Archéologie. — M. de Beaurepaire lit un travail sur les fibules et les bijoux de l'époque mérovingienne. M. Leroy décrit le mobilier mortuaire trouvé dans la sépulture d'un guerrier gaulois. M. de Sainte-Marie présente un mémoire sur la topographie de la première guerre punique. M. Morel donne de nombreux détails sur les objets trouvés dans le tombeau d'un chef gaulois à Saume-Bionne. Ce sont une épée de fer à fourreau de bronze, des plaques de ceinture, une œnochoé en bronze, un bandeau en or, une coupe à deux anses, un harnachement convenant à un cheval de petite taille, et un char ; M. Bertrand signale une autre sépulture à Somme-Tourbe, contenant à peu près le même mobilier, plus un casque brisé de style asiatique.

Histoire. — M. Tessier parle de documents inédits sur les négociations engagées par Mazarin entre la France et le Portugal. M. Maggiole lit, de son *Histoire de l'instruction publique*, des extraits relatifs aux Cévennes. Il constate que la propagation de protestantisme développa l'instruction primaire dont les dragonnades arrêtèrent l'expansion. M. Caillemer communique une étude sur les colonies grecques. M. A. Delacroix soutient qu'il faut chercher vers Belfort et non vers Thann, le théâtre de la bataille gagnée par César sur Arioviste ; il cite une légende locale favorable à cette thèse. M. Charpignon établit que le recteur de l'Université fondée en 1305 à Orléans, nommait et surveillait les maîtres ès-arts, les maîtres de philosophie, les maîtres de grammaire ; il en résulte que tous ces maîtres avaient une attache officielle à l'Université. Un ecclésiastique s'efforce en vain de parer ce coup droit porté à la thèse de la liberté absolue de l'enseignement au moyen-âge. M. Combes lit une étude sur une correspondance inédite de Louis XIV avec la République helvétique à propos de l'annexion de l'Alsace et de la Franche-Comté.

Sciences. — M. Leymerie étudie le terrain garcomuien qui se retrouve en Catalogne, avec une assise supérieure caractérisée par la présence d'oursins fossiles. — M. Leverrier soulève la question de l'organisation des avertissements météorologiques pour l'agriculture. M. Hébert donne des renseignements sur les stations météorologiques de la Haute-Vienne et sur leur outillage se composant d'un baromètre, d'un thermomètre et d'un pluviomètre. M. Filhol rend compte d'une étude géologique sur l'île Campbell, sur la flore et la faune de cette contrée. — M. Lorry traitant de la stratification des Alpes, M. Leverrier signale la déviation du fil à plomb

aux environs du Camase, déviation indiquant que ces montagues sont creuses. D'après M. Lorry, les Alpes sont massives. — M. Mouchot décrit son appareil destiné à emmagasiner la chaleur solaire pour l'utiliser ensuite comme force motrice. — M. Coremvinder traite de l'effeuillation des betteraves, de ses avantages pour l'alimentation du bétail et de son influence sur la proportion du sucre.

M. Isidore Pierre expose ses recherches sur un nouvel hydrate cristallisé d'acide chlorhydrique. M. Lecoq de Boisbaudran donne des explications sur le gallium, le nouveau métal qu'il a découvert. — M. Filhol indique un nouveau procédé propre à déceler l'arsenic et à l'isoler de l'antimoine. — M. Brame parle de divers états de soufre. — M. Herouard parle de la transformation des substances organiques azotées et de leur assimilation. — M. Casten soutient la contagiosité de la phthisie pulmonaire. M. Dupré traite des causes, des caractères et du traitement de la pellagre. — M. de Pietra Santa parle du climat d'Ajaccio.

Les lectures terminées, les récompenses ont été distribuées. Parmi ceux qui en ont obtenu, nous citerons M. Perier (Léon), pharmacien à Pauillac (médaille d'argent, zoologie); le Dr Quilet, de Montbéliard (médaille d'argent, botanique); M Hetet, pharmacien en chef de la marine (officier de l'instruction publique); M. Falguère, instituteur à Montlouis (officier d'académie).

Puis M. Waddington, ministre de l'instruction publique a, dans un excellent discours, indiqué les améliorations qu'il se propose d'apporter à l'enseignement supérieur. Créer des laboratoires, doter les bibliothèques, loger d'une façon suffisante nos Facultés et le Muséum, instituer des chaires nouvelles, grouper les Facultés en Universités complètes et puissantes, assouplir l'ancienne organisation, la rajeunir en facilitant l'accès dans son sein des jeunes talents, tel est le programme de M. Waddington. Espérons qu'il n'aura pas le sort de tant d'autres programmes.

Congrès médical régional de Séville.

Nous trouvons dans la *Cronica oftalmologica de Cadix*, le compte-rendu très-détaillé du Congrès médical qui s'est tenu à Séville, dans les premiers jours d'avril, sous la présidence du Dr Antonio Rivera, professeur à la Faculté de cette ville. Ce congrès est le premier, croyons-nous, qui ait eu lieu en Espagne; aussi pour faciliter leur tâche et assurer le succès de leur entreprise, les promoteurs de la réunion se sont-ils contentés de faire appel aux médecins d'Andalousie.

Parmi les travaux qui ont été surtout remarqués, nous citerons: Etude sur les eaux minérales d'Andalousie et de leur application au traitement des maladies de la peau par le Dr Zavala; la phthisie pulmonaire en Andalousie par le Dr Velardi; des hématozoaires comme indice de certains états pathologiques, par le Dr Moreno; nature et traitement de la fièvre puerpérale, par le Dr del Toro; calculs rénaux et vésicaux, par le Dr Revueltas; des résections sous-périostées des extrémités supérieures, par le Dr Creus; considération sur le cancer, par le Dr del Toro; de l'acupuncture comme moyen de diagnostic et de traitement des maladies de la glande mammaire par le Dr Rubio: de la septicémie, par le Dr Maurique de Lara; traitement des fistules lacrymales par la cautérisation du sac, par le Dr Cheralt; considérations sur le scorbut, par le Dr Catezo; des pansements par l'alcool, par le Dr Tugnon.

On voit par la quantité et la diversité des sujets traités dans cette première réunion que le congrès médical d'Andalousie a été très-intéressant, et qu'il fait bien augurer de celui qui se tiendra l'année prochaine à Grenade. Nous ne pouvons que nous féliciter de voir se multiplier chaque jour ces réunions scientifiques qui, en resserrant les liens qui doivent unir tous les membres de la grande famille médicale, encouragent les travailleurs et stimulent les indolents et donnent certainement une grande impulsion aux études. A. C.

Séance annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

La séance annuelle de l'Association générale a eu lieu le 23 avril. — M. Hérard a lu un rapport sur l'élection du nouveau president, M. H. Roger, qui, sur 2,463 votants a obtenu 2,434 voix. On n'avait pas encore les procès-verbaux de quelques sociétés locales dont le vote ne paraît pas devoir modifier le résultat du scrutin déjà connu. M. Roger est donc président, pour cinq ans, de l'Association générale. M. Roger a prononcé alors un discours et communiqué à l'Assemblée une proposition, émanant de la Société locale des Landes, demandant que M. Tardieu soit nommé président honoraire. Puis, après la lecture d'une lettre de M. A. Latour, que la maladie a empêché d'assister à la réunion, M. Brun, trésorier, a lu son rapport sur la situation financière de l'Association. Le total de l'avoir de l'Association générale et de la Caisse des pensions, au 31 mars 1876, s'élève à la somme de 495,761 fr. 57. — M. Bucquoy a lu ensuite le rapport de la Commission des pensions viagères d'assistance. — La séance a été terminée par la lecture, faite par M. Brouardel, du compte-rendu général des actes de l'Association. (*Union médicale*).

Médecins de la marine.

Par décret en date du 15 avril 1876, rendu sur le rapport du Ministre de la Marine et des Colonies, ont été promus dans le corps de santé de la marine: au grade de médecin en chef, MM. les médecins principaux: Dugué de Bernouville (François), Girard de la Barcerie (Eugène). — Par décret en date du 22 avril 1876, rendu sur le rapport du Ministre de la Marine et des Colonies, out été promus dans le corps de santé de la marine, au grade de médecin principal: MM. les médecins de 1re classe (2e tour, choix), Chaly (Jacques-Henry-Flamet), (1er tour, ancienneté), Fabre (Auguste-Victor).

Enseignement médical libre.

Premier examen de fin d'année et baccalauréat restreint. — M. L. Boursin 11, Carrefour de l'Odéon, commencera le 1er mai ses répétitions pour le premier examen de fin d'année et le baccalauréat restreint. (De 2 h. à 5 heures).

Maladies des yeux. — M. le docteur Desmares commencera un cours public sur la pathologie oculaire le mardi 2 mai, à une heure, à sa clinique, 8, rue Hautefeuille, et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure.

Conférences sur l'oculistique. — M. le docteur Fano, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, commencera ses conférences le samedi 6 mai, à deux heures précises, à sa clinique, rue Séguier, 14, et les continuera tous les samedis suivants à la même heure. Les conférences auront pour sujet pendant ce semestre: *Les opérations qui se pratiquent sur l'œil.*

Cours particulier de technique microscopique. — M. le docteur Latteux, sous-chef du laboratoire d'histologie des Cliniques, commencera un nouveau cours, le lundi 8 mai, à quatre heures. Ce cours dont la durée est de 30 leçons, aura lieu tous les jours dans le laboratoire. Les élèves seront exercés *individuellement* et répéteront *eux-mêmes* toutes les manipulations exigées pour l'examen microscopique des divers tissus normaux et pathologiques (pratique des coupes, injections microscopiques, montage et conservation des préparations, etc.). Des microscopes sont à la disposition des élèves. On s'inscrit tous les jours chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de midi à 1 heure ou au laboratoire des cliniques, à 4 heures.

Préparations aux 3e et 4e examens. — Le Dr Martin-Damourette recommencera ses cours préparatoires aux 3e et 4e examens de doctorat en médecine et au 1er de fin d'année, le lundi 1er mai à 1 heure, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Opérations des voies urinaires. — Le Dr Reliquet commencera son cours, le mercredi 3 mai, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 27 avril 1876, on a constaté 1,013 décès, savoir: variole, 8; — rougeole, 22; — scarlatine, 2; — fièvre typhoïde, 17; — érysipèle, 6; — bronchite aiguë, 35; — pneumonie, 118; — dysenterie, 1; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 5; — *choléra nostras*, 0: — angine couenneuse, 9; — croup, 11; — affections puerpérales, 8; — autres affections aiguës, 229, — affections chroniques, 457, dont 207 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 67; — Causes accidentelles, 18.

Londres. — Population: 3.489.428 hab. Décès du 16 au 22 avril, 1,631, savoir: variole, 0, — rougeole, 59; — scarlatine, 46; — fièvre typhoïde, 11; — érysipèle, 6; — bronchite, 186; — pneumonie, 100; — dysenterie, 8; — diarrhée, 17; — *choléra nostras*, 0; — diphthérie, 9; — croup, 16; — coqueluche, 98

Collége de France (*Cours du semestre d'été*). — *Chimie organique.* — M. Berthelot, membre de l'Institut, Académie des sciences, traitera de l'analyse des gaz, les mardis et vendredis à 10 heures et demie.

Médecine. — M. Claude Bernard, membre de l'Institut, Académie des sciences et de l'Académie de médecine, traitera de l'expérimentation physiologique, les mercredis et les vendredis à dix heures et demie.

Histoire naturelle des corps inorganiques. — M. Charles Saint-Claire Deville, membre de l'Institut, Académie des sciences. Professeur, M. Fouqué, docteur ès-sciences, remplaçant, traitera de l'étude microscopique des roches, les mardis et samedis, à deux heures.

Histoire naturelle des corps organisés. — M. Marey traitera de la circulation du sang, les mardis et samedis, à deux heures.

Embryogénie comparée. — M. Balbiani traitera de la génération et du développement des arthropodes, les mardis et samedis, à une heure et demie.

Anatomie générale. — M. Ranvier traitera de l'histologie des systèmes musculaires et nerveux, les mardis et jeudis, à trois heures et demie.

Faculté de médecine de Paris. — M. Guyon, agrégé, est chargé du cours complémentaire des maladies des voies urinaires. — M. Farabeuf, agrégé stagiaire, est appelé à l'activité, à dater du 15 mars 1876, en remplacement de M. Polaillon, dont la prorogation temporaire est expirée. — M. Longuet, docteur en médecine, aide du laboratoire des cliniques, est délégué dans les fonctions de chef dudit laboratoire, en remplacement de M. Liouville, député.

Concours *pour un emploi de prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire et de deux emplois d'aides d'anatomie et de physiologie.* — Par arrêté de M. le Recteur de l'Académie, en date du 10 mars 1876, des concours seront ouverts à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, savoir: le 20 juin 1876, pour un emploi de prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire; le 26 juin 1876 pour deux emplois d'aides d'anatomie. (*Sud médical*).

— Un fait pénible vient de se passer en Hanovre. Le docteur Flemming, fondateur et directeur de l'institution des aveugles, a été reconnu

coupable d'immoralité envers les malades-femmes de sa maison : il a été condamné à neuf années d'emprisonnement et à la perte de ses droits civils pendant ciuq ans. (*The British medical Journal.*)

— THE OBSTETRICAL JOURNAL. A partir du mois prochain, le docteur AVELING, empêché par les exigences de la clientèle, cessera d'être le rédacteur en chef de l'*Obstetrical Journal* de Londres. Le docteur Galabin lui succède. Le docteur Galabin, connu par quelques travaux intéressants, est obstetriciau-assistant du docteur Braxton Hicks à Guy's Hospital.

VACANCE MÉDICALE. — Bonne clientèle médicale à occuper immédiatement, par suite du décès récent du titulaire, à une soixantaine de lieues de Paris, sur le réseau de l'Est. Les affaires sont de 5 à 6,000 fr. par an, dont 1,800 fr. de fixe. Riche campagne. S'adresser au bureau du journal.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

GIRARD. Précis élémentaire de l'art des accouchements. 1 vol. in-8 avec figures intercalées dans le texte, 6 fr.

Eléments de pathologie et de clinique chirurgicales, par le Dr MOYNAC (L.), ex-interne des hôpitaux. — Tome I. 1 vol. in-18 jésus de 760 pages avec 83 figures intercalées dans le texte. (Le tome II, qui est sous presse et paraîtra vers la fin du mois d'août, se paie d'avance. Prix de l'ouvrage : 16 francs.

Simpkin, Marshall, London.

BRAITHWAITE. The Retrospect of Medecine. Half-Yearly Journal. July-december 1875, 1 vol petit in-8 de 376 pages.

Dobb, 69, Gill Street, Liverpool.

HUGH OWEN THOMAS. Diseases of the Hip, Knee, and ankle joints, 1 vol. in-8 de 130 pages et 22 planches.

J. and A. Churchill, 11, New-Burlington Street.

HUTCHINSON (J.). The royal London ophthalmie Hospital Reports, numéro de sept. 1875, 1 vol. in-8 de 150 pages, avec planches.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Cochin. — *Médecine.* Service de M. BUCQUOY. Cliniques les mardi et vendredi à 9 h. 1/2. Salle Saint-Jean (H.) : 1, asystolie; 2, rhumatisme articulaire aigu, avec blennorrhagie; 3, gangrène sèche; 6, broncho-pneumonie; 7, dysenterie chronique; 7, ramollissement cérébral; 10, phthisie galopante; 11, pleuro-pneumonie; 14, anévrysme du tronc brachio-céphalique; 15, péritonite chronique, 16, saturnin, phlegmon de l'orbite; 19, hémiplégie; 20, rétrécissement de l'œsophage; 21, chorée. — Salle Saint-Philippe (F.) : 1, pelvi-péritonite; 3, phthisie galopante; 13, tumeur abdominale, pyélite, 17, tuberculisation des organes génitaux; 18, empoisonnement par le phosphore: 22, tremblement hystérique. — Salle Sainte-Marie (F.) : 6, insuffisance aortique, 7, pneumonie; 10, saturnisme avec albuminurie.

Chirurgie. Service de M. DESPRÉS. Clinique les mercredi et samedi à 9 h. 1/2. Salle Saint-Jacques (F.): 4, fracture du coude; 5, hernie étranglée opérée; 10, uréthrite; 11, kérato-conjonctivite; 12, hématocèle rétro-utérine; 13, conjonctivite diphthéritique; 17, eczéma de la vulve. — Salle Cochiu (H.) : 2, nécrose du fémur; 3, fracture du sternum; 8, purpura hœmorrhagica, 9, plaie de la main; 10, fracture de jambe; 16, fracture de l'omoplate.

Hôpital temporaire. — *Médecine.* Service de M. HAYEM. Salle Saint-Jean (F.): 1, tumeur cérébrale, 7, hémianesthésie syphilitique? 21, hémianesthésie syphilitique; 27, tumeur de la région rénale. — Salle Saint-Louis (F.) : myélite chronique, accidents cérébraux; 26, hémianesthésie hystérique. — Salle Sainte-Hélène (H.) : 15, myélite subaiguë; 16, myélite antéro-latérale par mal de Pott; 26, ictère chronique.

Service de M. GERIN-ROZE. Salle Saint-Joseph (F.) : 9, pneumonie; 12, myélite, 15, sciatique, 26, insuffisance mitrale. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 3, pleurésie; 11, insuffisance mitrale; 19, ulcère simple de l'estomac; 20, mal de Bright. — Salle Sainte Geneviève (H.) : 1, hémiplégie syphilitique; 6, pleurésie; 8, encéphalopathie saturuine avec anesthésie; 10, pneumonie, 11, goutte saturnine; 21, pneumonie.

Service de M. D'HEILLY. Salle Saint-François (F.) : 2, hématocèle rétro-utérine; 16, aphasie; 21, cirrhose hypertrophique; 25, hémianesthésie hystérique, 28, cancer du péritoine. — Salle Sainte-Marie (F.) : 11, phlegmon du ligament large. — Salle Sainte-Anne (H.) : 1, 3, 17, lésions mitrales; 11, pneumothorax; 12, pleurésie; 14, anévrysme de la crosse de l'aorte; 15, atrophie musculaire progressive; 18, pleurésie chez un saturnin; 29, cancer de l'intestin.

Hôpital Sainte-Eugénie. Service de M. LANNELONGUE. Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les jours. Opérations le mardi. Salle Sainte Eugénie : 22, torticolis lié à une arthrite cervicale; 37, tumeur blanche tibio-tarsienne; 43, périostite phlegmoneuse diffuse de la cuisse gauche. — Salle Napoléon : 1, adénite profonde du creux poplité gauche (suppuré); 14, double hydarthrose; 22, fracture de la cuisse gauche à la partie moyenne, de cause directe, déplacement des fragments; 22, rougeole; 38, tumeur blanche du genou avec ankylose incomplète, redressement.

Service de M. BERGERON. Visite tous les jours à 8 h. Salle Sainte-Mathilde : 1, 29, chorée; 3, albuminurie, 12, 14, pleurésie; 15, coqueluche; 16, rougeole, broncho pneumonie; 20, rougeole; 23, hypertrophie du cœur. — Salle St-Benjamin : 8, 27, fièvre typhoïde; 12, pleurésie purulente; 15, méningite tuberculeuse; 16, 25, pneumonie; 9, 18, 19, 20, rougeole; 24, endocardite rhumatismale; 29, arthrite cervicale, 30, carie costale, pleurésie.

Hôpital du Midi — *Maladies syphilitiques.* — M. le dr HORTELOUP, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera des conférences cliniques le dimanche 30 avril, à 9 h 1/2 et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Visite des malades à 9 heures.

BIBLIOTHÈQUE
DE
M. GIRALDÈS

La vente des livres qui composaient la Bibliothèque si riche de M. GIRALDÈS, aura lieu du *8 au 13 mai*, par le ministère de M. E. GIRARD, commissaire-priseur, assisté de M. LECLERC, libraire-éditeur. — Salle Sylvestre, rue des Bons-Enfants, 28, à 7 heures 1/2 du soir.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXPERIMENTALE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. VULPIAN.

Etudes de pathologie expérimentale sur le système nerveux.

Leçon d'ouverture, résumée par M. le dr BOCHEFONTAINE, préparateur du cours.

Nous donnons le résumé de cette première leçon, dans laquelle le professeur a nettement déterminé le but et l'utilité de l'expérimentation dans l'étude de la pathologie.

Messieurs,

L'objet de ce cours sera la pathologie expérimentale du système nerveux de la vie animale. Je ne négligerai pas les connaissances que nous devons à la clinique, mais j'aurai recours également aux expériences, ce moyen précieux d'investigation qui, comme plusieurs autres, a rendu à la pathologie les plus grands services.

Nos connaissances sur la pathologie du système nerveux sont encore obscures, et, cependant, elles ont fait de remarquables progrès depuis un certain nombre d'années qui ne remontent pas bien loin. Dans le temps où je faisais mes études, alors que j'étais interne des hôpitaux, les connaissances cliniques que nous possédons aujourd'hui sur les maladies de la moelle épinière n'existaient pas encore. La thérapeutique se ressentait de cet état de la pathologie de la moelle et elle n'avait aucune ligne de conduite accusée.

Toutes les maladies de la moelle étaient confondues les unes avec les autres. On diagnostiquait un ramollissement de la moelle, dont la description était très-nette, mais que la nécropsie ne venait pas démontrer. Dans certains services hospitaliers, toutes les paralysies des membres inférieurs étaient des *paraplégies*. Dans d'autres, elles étaient de la myélite et alors l'affection pouvait être aiguë ou non. Une paralysie affectait-elle les membres supérieurs, le diagnostic était encore myélite. Quelquefois, guidé par les antécédents, on diagnostiquait : affection syphilitique de la moelle. Comme je vous le disais, la thérapeutique était à l'adresse de la moelle et n'avait rien de caractérisé.

Ce sont les travaux de M. Duchenne, de Boulogne, qui ont ouvert l'ère du progrès dans l'étude des maladies de la moelle; vous les trouverez dans son *Traité de l'ataxie locomotrice*. C'est M. Duchenne qui précisa les caractères cliniques de cette maladie et lui assigna sa place dans le cadre nosologique. Je me rappelle encore notre étonnement d'internes quand il classa de la sorte cette maladie, dont nous connaissions bien tous les symptômes, mais que nous confondions avec les autres affections de la moelle sous le nom de paraplégie. Depuis ce temps, on connaît la symptomatologie de l'ataxie locomotrice. On en connaît encore l'anatomie pathologique. Mais cette partie de l'histoire de l'ataxie locomotrice progressive n'est pas due à M. Duchenne; elle a été faite par deux médecins de la Salpêtrière. Mon éminent collègue M. Charcot, soit par lui-même, soit par ses élèves, a dégagé d'autres espèces morbides, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, par exemple, la sclérose symétrique latérale.

La connaissance des troubles trophiques consécutifs aux lésions des nerfs périphériques constitue aussi de véritables progrès dans l'étude des maladies nerveuses.

Des lésions, dites musculaires, ont été reconnues comme d'origine nerveuse. Telles sont celles de la paralysie atrophique de l'enfance, qui trouve son pendant dans la paralysie atrophique des adultes.

Cette précision acquise dans la connaissance des maladies du système nerveux n'est pas seulement intéressante au point de vue scientifique; elle a son utilité pour la thérapeutique, par exemple, dans les cas de sclérose des cordons postérieurs. On peut établir cette donnée que les cautères appliqués tout le long de la colonne vertébrale ne doivent pas être employés chez les ataxiques. Cette médication ne peut avoir d'autre effet que de faire souffrir le malade. Or, c'est beaucoup d'éviter à un malade une souffrance inutile. Telles et telles eaux sont sans utilité pour le traitement de diverses maladies de la moelle. A quoi bon leurrer le malade et l'envoyer à ces stations d'eaux?

Il est important pour le médecin de savoir que la paralysie atrophique de l'enfance a son siége dans la moelle épinière; cette notion lui indiquera qu'il n'a pas besoin d'essayer une médication qui agirait seulement sur les muscles. Il verra qu'il vaut beaucoup mieux employer des courants électriques, que l'on appliquera sur la colonne vertébrale, afin d'agir sur la moelle à travers les tissus.

Ainsi, à tout progrès des connaissances pathologiques répond un progrès thérapeutique négatif ou positif. J'aurai l'occasion de revenir plusieurs fois sur ce progrès.

Pour les maladies qui ont leur siége dans le bulbe rachidien, le progrès est moins tranché. Il est surtout caractérisé par la découverte de la paralysie labio-glosso-laryngée, véritablement due à M. Duchenne, et dont M. Charcot a fait l'anatomie pathologique. Comme vous le savez, elle consiste en une sclérose bulbaire en plaques.

Pour la protubérance et le reste de l'encéphale, le progrès est encore moins net. Je ne me rappelle pas sans plaisir le temps où j'étais étudiant, où l'on nous faisait de toutes pièces l'histoire du ramollissement et de l'hémorrhagie cérébrales. Le ramollissement était caractérisé par la lenteur des accidents : engourdissement cérébral, céphalalgie, étourdissements, diminution de la sensibilité et des mouvements des membres, picotements, paralysie plus complète et contracture, embarras de la parole, affaiblissement et perte de l'intelligence, etc.... L'hémorrhagie cérébrale, au contraire, se reconnaissait à une attaque brusque plus ou moins forte, entraînant ou non la persistance complète ou incomplète des accidents du ramollissement.

Aujourd'hui, il ne reste presque plus rien de ces descriptions. On sait que, dans les cas de ramollissement comme dans ceux d'hémorrhagie, le début des accidents peut consister dans une attaque brusque, avec perte de connaissance. On connaît maintenant la cause du ramollissement, bien que presque tous les médecins l'ignorent, de même que les étudiants que j'interroge aux examens. On sait qu'elle consiste dans une obstruction des artères cérébrales, dans une ischémie cérébrale.

Dans ces derniers temps, une nouvelle voie a été ouverte à l'étude des maladies cérébrales par la clinique d'abord, puis par la physiologie. Je veux parler de la localisation de certaines maladies dans des points déterminés de l'encéphale. Des faits cliniques de localisation cérébrale ont été rapportés par M. Bouillaud, par Dax et surtout par M. Broca, en France; en Angleterre, Jackson et d'autres auteurs en ont consigné également.

Cependant ce sont les expériences physiologiques qui, récemment, ont mis en éveil l'esprit des médecins. Ce sont elles qui ont indiqué des centres divers de l'écorce grise cérébrale, dans lesquels seraient localisées différentes fonctions de l'organisme. Un grand nombre d'expériences ont été faites dans mon laboratoire, sur mon instigation, relativement à cette question importante qui ne me paraît pas résolue, et qui demande encore de nouvelles recherches.

La clinique, de son côté, s'est peut-être montrée complaisante pour la théorie des localisations, surtout pour ce

ne concerne les lésions de la surface du corps. Mais l'accumulation de faits physiologiques ou cliniques ne doit pas cependant être interrompue. Quelles que soient les contradictions qu'ils peuvent présenter, quelque prématurées que paraissent les déductions qu'ils suggèrent, ils doivent être enregistrés avec soin. Leur étude approfondie ne peut que donner plus tard de bons résultats.

Si la clinique a dévoilé des points de vue nouveaux, la physiologie expérimentale a la priorité pour la découverte de plusieurs faits pathologiques. Ce sont les expériences de M. Flourens sur les canaux semi-circulaires qui ont fait connaître les troubles de l'équilibration. Les expériences de M. Cl. Bernard ont montré que le diabète résulte de la piqûre du plancher du 4[e] ventricule. Les recherches du même physiologiste ont appris le rôle du grand sympathique dans la calorification. Vous savez combien les expériences de M. Brown-Séquard ont jeté un grand jour sur le développement de l'épilepsie.

Je n'insiste pas sur les ressources nombreuses que la pathologie expérimentale présente comme moyen de contrôle. Vous pourrez vous en rendre compte par vous-mêmes aux leçons de démonstration qui font partie de ce cours.

Je vous donnerai maintenant quelques généralités sur le système nerveux. Il est formé par le grand sympathique et par le myélencéphale, deux systèmes assez intimement reliés ensemble, car le grand sympathique tire son origine du myélencéphale.

J'ai traité dans mes cours des années précédentes des lésions du grand sympathique, dont les centres sont constitués par les ganglions sympathiques. Cette année sera consacrée à l'étude des lésions du myélencéphale et des nerfs qui en dépendent. Etude d'ailleurs incomplète, car le nombre des leçons que j'ai à vous faire est trop restreint pour qu'il soit possible de parcourir entièrement un sujet aussi étendu.

Je m'occuperai d'abord, des nerfs. Ils naissent comme vous le savez, de l'encéphale et de la moelle; quelques-uns sont simples, c'est-à-dire exclusivement sensitifs ou exclusivement moteurs. La plupart sont mixtes; ils sont sensibles et moteurs à la fois.

Les nerfs mixtes naissent de la moelle épinière par deux racines, l'une sensible, l'autre motrice. La première vient de la partie externe des cordons postérieurs de la moelle.

Quelles sont les lésions des nerfs mixtes ? L'expérimentation ne peut nous fournir de lumières que sur des lésions subies par les nerfs sectionnés, comprimés, tiraillés.

Peut-être donnera-t-elle des renseignements sur la névrite dont l'histoire a été créée de toutes pièces par les cliniciens. Mais rien jusqu'à présent ne prouve l'existence de cette affection des nerfs.

Les recherches nombreuses que j'ai faites sur les nerfs ont eu lieu après la section, la compression ou la contusion de ces nerfs. Après la section, les nerfs s'altèrent dans toute leur étendue jusqu'à leurs extrémités terminales les plus éloignées. Mais avant d'entrer dans la description des altérations des nerfs je veux vous remettre sous les yeux quelques données sur leur structure.

Les nerfs sont formés par des éléments nerveux et par du tissu conjonctif. Les éléments nerveux, ou fibres nerveuses sont de deux sortes. Il y a des fibres sans myéline ou fibres de Remak et des fibres à myéline.

Ces dernières se composent d'un *cylindre d'axe*, ou filament axile etc..., qui se présente sous la forme d'un ruban central au milieu d'un manchon de substance grasse : la *myéline*; la gaine de Schwann enveloppe ce manchon ; enfin, une autre enveloppe, le périnèvre, décrit par M. Robin, entoure ces trois parties.

Des noyaux ellipsoïdaux, à protoplasma granuleux, sont situés le long de la gaine Schwann qu'ils repoussent en dedans. Des étranglements annulaires de cette gaine font disparaître de place en place la myéline. Pour M. Ranvier, il existerait une couche peu épaisse de protoplasma entre la myéline et la gaine de Schwann; pour lui, il n'y aurait normalement qu'un seul noyau entre deux étranglements, enfin l'étranglement se trouverait toujours à une distance fixe d'un autre étranglement pour une même espèce animale. Au point de vue pathologique, cette anatomie des noyaux et des étranglements pourrait avoir une grande importance. Si, en effet, l'examen microscopique démontrait l'existence de plusieurs noyaux entre deux étranglements, il faudrait conclure à une multiplication des noyaux et par conséquent à de l'inflammation.

Le filament axile est-il un cylindre plein ou creux ? C'est affaire aux histologistes d'élucider cette question. Les études faites avec le nitrate d'argent, l'acide osmique, le picrocarmin ammoniacal permettent d'isoler les uns des autres ces éléments des nerfs et de les examiner en détail. Le nitrate d'argent et l'acide osmique colorent en noir la myéline, tandis que les noyaux sont teintés en rouge par le carmin. de même que le cylindre d'axe. Ce dernier se voit nettement au niveau des étranglements de la myéline et l'on a cru reconnaître qu'il serait formé de fibrilles longitudinales. La coloration par le carmin a permis de voir quelques noyaux dans le périnèvre.

Les fibres nerveuses se réunissent en faisceaux, dits faisceaux nerveux primitifs, lesquels sont entourés par des gaînes de tissus lamelleux. Du tissu connectif à noyaux réunit entre eux les faisceaux primitifs. Enfin, la réunion de faisceaux primitifs forme le nerf qui est enveloppé par le névrilème. Les fibres nerveuses du grand sympathique ou fibres de Remak diffèrent de celles que je viens de vous décrire. Elles sont dépourvues de cylindre axile et de myéline. J'en reparlerai du reste plus tard.

Tel est, Messieurs, le théâtre sur lequel se passeront les lésions dont j'aurai à vous entretenir.

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÉGE DE FRANCE. — **M. RANVIER.**

Sixième leçon (1).

Recueillie par le D[r] J. RENAUT.

SOMMAIRE. — Etude de la substance musculaire. — Historique des théorics de la contraction musculaire. — Travaux et théorie de Bowman. — Travaux et théorie d'Amici. — Travaux et théorie de Brucke. — Nomenclature des parties constituantes de la substance contractile. — Disque épais; disques accessoires; bande claire; disque mince. — Strie intermédiaire (strie de Hesen). — Théorie de Merkel.

Messieurs,

L'analyse histologique de la substance musculaire, qui va maintenant nous occuper, a été tentée depuis plus de trente ans, et successivement, par un grand nombre d'histologistes. Ils espéraient trouver dans la structure intime de la matière contractile striée le secret de la contraction elle-même. L'observation du faisceau musculaire, faite pendant le repos et pendant l'action, n'a cependant rien appris ; et le nombre énorme de travaux accumulés sur ce point dans la science n'a pu faire avancer beaucoup la question.

Il me serait cependant difficile d'aborder l'étude histologique de la substance musculaire sans vous avoir fait connaître l'essence même des travaux antérieurs, et sans avoir formulé, puis discuté les théories de la contraction musculaire qui en découlent. J'essaierai ensuite d'établir par des recherches nouvelles, et à l'aide de préparations que je vous soumettrai, quelle est parmi celles existantes la théorie de la contraction qui paraît la plus probable. Si toutes sont renversées par les faits, nous serons en droit de les rejeter aussi toutes, après les avoir discutées, et d'en chercher une autre préférable.

Historique et théories de la contraction musculaire. — Je ne reviendrai pas ici, Messieurs, sur la découverte de la striation musculaire, sur les travaux tout-à-fait anciens et sur ceux qui n'ont conduit à aucune conception physiologique ayant rapport au mécanisme de la contraction. Avant Bowman on pensait généralement que le faisceau

(1) Voir les n[os] 4, 5, 6, 8, 11, 14, 17.

musculaire primitif était composé de fibrilles d'une finesse extrême et striées en travers. Bowman fut le premier amené à une conception toute différente. Il reconnut que sous certaines influences la striation transversale s'exagère dans le faisceau primitif au point que la substance musculaire se trouve en fin de compte décomposée en disques. Rapprochant ce premier fait de la décomposition de la même substance en fibrilles, il conclut que le faisceau musculaire primitif, dans ses parties contractiles, n'est point formé par des fibrilles juxtaposées ni par des disques superposés, mais par des éléments particuliers qu'il appela *sarcous elements* ou éléments musculaires. Dans cet ordre d'idées, la substance musculaire affecterait la forme de prismes séparés les uns des autres, et déterminés dans leur figure par deux systèmes de plans rectangulaires entre eux; l'un de ces plans répondrait à la striation longitudinale, l'autre à la striation transversale du faisceau primitif.

Il est facile d'obtenir la décomposition du faisceau primitif en fibrilles ou en disques à l'aide d'un certain nombre de réactifs histochimiques. L'alcool, les solutions chromiques faibles exagèrent la striation longitudinale. La substance musculaire se résout ensuite en filaments plus ou moins délicats striés transversalement. D'un autre côté les acides faibles, chlorhydrique à 1|1000, acétique à 1|100 et le suc gastrique, déterminent plus ou moins facilement la décomposition en disques. Ce dernier fait est bien connu des physiologistes qui se sont occupés des digestions artificielles, et il est aisé de le reproduire en plongeant un muscle frais dans le suc gastrique, naturel ou artificiel. Mais la meilleure méthode consiste à soumettre un muscle à l'action prolongée d'un mélange réfrigérant de glace et de sel marin. Au bout de 15 ou 20 minutes le fragment musculaire, contenu dans une cupule de platine et monté sur une longue tige de moelle de sureau, est devenu complétement dur. L'on y peut pratiquer des coupes longitudinales à l'aide d'un rasoir refroidi. Ces coupes sont ensuite portées sur la lame du verre, et dissociées avec des aiguilles dans une goutte de picrocarminate d'ammoniaque. Elles montrent un certain nombre de faisceaux primitifs décomposés en disques placés les uns au-dessus des autres, écartés par l'un de leurs bords, et réunis par l'autre comme un éventail entr'ouvert. Je noterai en dernier lieu que Merkel attribue une action identique à des solutions faibles d'alcool dans l'eau, dont il a négligé de donner la formule exacte.

La théorie de Bowman, qui consiste à admettre que la substance musculaire est formée de prismes élémentaires ou *sarcous elements* a régné longtemps dans la science, même après les travaux d'Amici dont on n'a reconnu l'importance et toute la valeur que dans ces dernières années.

Amici fut en effet, Messieurs, moins un anatomiste de profession qu'un excellent physicien qui construisait et perfectionnait les microscopes, et auquel la science est redevable des premiers objectifs à immersion. A l'exemple de Leuvenhoeck, il choisissait pour essayer ses lentilles des objets de toute nature dont l'étude était difficile et dont certains détails n'avaient pas encore été résolus. Parmi ces objets se trouvaient les faisceaux primitifs des pattes de la mouche domestique. Chargé de faire exécuter pour le musée de Florence des pièces histologiques en cire, Amici y introduisit des modèles de muscles de mouche, et comme il avait trouvé dans leur striation des détails nouveaux, il publia dans le journal *il Tempo* le résultat de ses recherches. D'après Amici, le faisceau primitif de la patte des mouches est constitué de la façon suivante. La substance musculaire est formée de rangées superposées de bâtonnets et de grains. Les bâtonnets sont longitudinaux, parallèles entre eux et possèdent la même longueur. Ils constituent par leur réunion des bandes transversales séparées par des bandes plus claires qui contiennent des grains rangés en série linéaire transversale. Le sarcolemme qui recouvre la substance musculaire est festonné, adhérent au niveau des grains par les angles rentrants de chacun de ses festons.

Sur ces données Amici proposa la théorie suivante pour expliquer la contraction musculaire. Pendant le repos et dans un même faisceau primitif, tous les bâtonnets sont placés en série rectiligne et donnent par leur ensemble l'image ordinaire de la striation longitudinale. Pendant la contraction ces bâtonnets s'inclinent en zigzag comme le font les parois d'une lanterne vénitienne quand on la ferme. Le raccourcissement du muscle s'explique dans ce cas tout naturellement. Quant aux séries de grains brillants intermédiaires aux rangées successives de bâtonnets, elles ne subissent, au moment de la contraction, aucune modification appréciable. Elles terminent le faisceau musculaire primitif à ses extrémités, et ce n'est jamais au niveau d'un rang de bâtonnets, mais bien au niveau d'un rang de grains que s'insère sur la fibre le tendon qui lui fait suite (1).

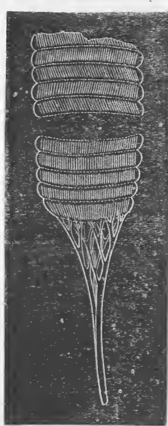


Fig. [illegible].
Faisceau musculaire d'une patte d'une mouche et son tendon d'après Amici. La partie supérieure de la figure montre un faisceau contracté.

Les observations d'Amici, montrant dans le faisceau musculaire primitif de nouveaux détails de structure, détruisaient complétement la conception de Bowman. Elles sont néanmoins restées peu connues jusqu'à ces dernières années, et la plupart des auteurs qui ont écrit sur la structure du faisceau primitif et sur la contraction musculaire les ont passées sous silence.

Je dois vous entretenir maintenant des recherches de Brücke sur la substance contractile. Examinant un faisceau musculaire primitif à l'aide du microscope à polarisation, il reconnut d'abord que les deux nicols étant croisés (c'est-à-dire le champ du microscope étant obscur) le faisceau primitif tendu sur la lame de verre devient de plus en plus brillant à mesure que son axe de figure vient à former, avec les plans de polarisation, un angle de plus en plus voisin de 45°. Il est donc bi-réfringent ou *anisotrope* dans son ensemble, mais il ne l'est pas dans toutes ses parties.

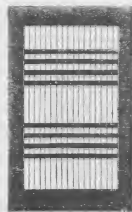
En effet, sur une fibre musculaire observée dans ces conditions, on reconnaît que la striation transversale est marquée par des bandes brillantes séparées les unes des autres par des bandes obscures. Ces dernières sont elles-mêmes traversées chacune en leur milieu, par une ligne claire. La large bande brillante correspond ici au rang de bâtonnets d'Amici, la bande brillante linéaire au rang de grains ou strie d'Amici. Nous appellerons désormais ces deux bandes bi-réfringentes *disque épais et disque mince*, et *bandes claires*, les espaces mono-réfringents qui les séparent, qui sont transparents dans le faisceau primitif observé à la lumière ordinaire et qui deviennent obscurs à la lumière polarisée, les deux prismes de nicol étant croisés.

L'étude du muscle à la lumière polarisée a permis à Brücke de constater que le disque mince restant homogène le disque épais est souvent flanqué, à ses extrémités, de

(1) Dans son mémoire Amici ne donne point de détails sur le mode de terminaison du faisceau primitif. C'est par l'inspection seule des figures qu'il a fait dessiner que l'on peut prendre idée de ses conceptions à cet égard.

d ux petites bandes brillantes accessoires, et qu'il peut même se décomposer en une série de disques juxtaposés dont le nombre varie avec les conditions dans lesquelles s'est produite la mort définitive des faisceaux musculaires. Nous donnerons à l'avenir le nom de *disques accessoires* à ces segments variables du disque épais. Il est en effet nécessaire de posséder une terminologie nette et précise pour discuter avec clarté la structure du muscle et le rôle de ses diverses parties constituantes dans le mécanisme de la contraction. Jusqu'à présent, nous voyons que la striation transversale du faisceau primitif est produite par une succession de bandes, alternativement obscures et claires, qui sont : Le *disque épais* accompagné dans certaines circonstances de *disques accessoires*, la *bande claire* traversée en son milieu par le *disque mince*.

Les portions de la substance musculaire auxquelles nous avons réservé le nom de *disques* étant toujours bi-réfringentes, les espaces appelés *bandes claires* qui les séparent sont au contraire toujours mono-réfringents.


Fig. [illegible]
Faisceau musculaire [illegible] de l'hydrophile [illegible] polarisée (d'après Brücke).

On sait que Bartholyn, qui observa le premier le phénomène de la double réfraction dans les cristaux de spath d'Islande, était arrivé à une conception théorique tout-à-fait particulière de la structure intime de ce minéral. Il avait supposé que les gros cristaux rhomboédriques de spath sont formés par l'agglomération d'une multitude de rhomboèdres minuscules, tous semblables entre eux et au cristal entier. Il appelait *disdiaclastes* ces petits rhomboèdres qu'il n'avait vus que par la pensée et leur faisait jouer un grand rôle dans sa théorie de la double réfraction. Ce dernier phénomène dépendait exclusivement pour lui d'une orientation particulière des disdiaclastes au sein du cristal. Partant de ces idées, Brücke en déduisit que dans le muscle toutes les parties bi-réfringentes sont formées de disdiaclastes. Pendant le relâchement, ces derniers se présenteraient *de front*, comme une troupe disposée en colonne. Pendant la contraction, ils changeraient de position et se mettraient de file, « absolument comme des soldats exécutant une manœuvre militaire (1). »

J'ai à peine besoin de vous faire remarquer ici, combien une semblable théorie est peu faite pour satisfaire l'esprit. Elle repose en effet sur deux hypothèses : 1° l'existence au sein du muscle de *Disdiaclastes* c'est-à-dire d'êtres insaisissables et purement de raison ; 2° Elle suppose un changement de position de ces disdiaclastes au moment de la contraction. De telle sorte que dans une théorie faite pour élucider ce dernier phénomène, il n'entre que des hypothèses impossibles à vérifier et un seul fait, à savoir le raccourcissement même du muscle qu'il s'agissait d'expliquer.

(*A suivre.*)

MALADIES DES YEUX

ECOLE PRATIQUE. — COURS DE M. LE Dr **E. LANDOLT**.

Du diagnostic des maladies des yeux.

IIIe LEÇON. — **Mouvements des yeux** (*Suite*) (2).

Leçon recueillie par A. CHARPENTIER.

L'examen objectif du strabisme, que nous venons d'exposer, est le seul possible dans les cas où l'œil dévié a perdu son acuité visuelle. Dans le cas contraire, il doit être toujours suivi de l'*examen subjectif*.

Le principal symptôme subjectif du strabisme est la *diplopie*. La diplopie est due à ce fait, que l'image rétinienne de l'objet fixé, qui dans l'œil sain se forme sur la macula, tombe, dans l'œil dévié, sur un autre point de la rétine, et est projetée en dehors comme si l'œil droit était dans la position normale.

Soient, par exemple (*Fig. 55*) D l'œil droit, S l'œil gauche dévié en dedans. Leur centre de rotation est en *r*, leur macula en *m* ; *O* est l'objet de fixation. La macula de l'œil droit est dirigée vers le point fixé *O* ; celle de l'œil gauche est dirigée vers un point X. L'image de O, au lieu de se former dans ce dernier œil en *m*, se forme en *o*, et l'œil S, qui juge de la position des objets extérieurs comme s'il était dans la bonne direction et comme si sa macula regardait le point O, projette l'objet fixé dans la direction qu'aurait alors un objet faisant son image en O sur la rétine.

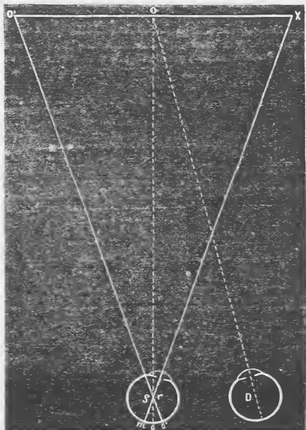


Fig. [illegible]

Pour trouver cette dernière direction, nous n'avons donc qu'à supposer l'œil S redressé dans la direction normale sur O. Dans ce cas, le point *m* viendrait en *o*, en face de O; et *o* serait déplacé d'un angle égal et viendrait en *o'* dans la direction *o'* O', L'objet fixé est donc réellement vu par l'œil S en O', Comme cette projection de l'objet est située du même côté que l'œil dévié, on appelle cette diplopie *homonyme*. L'inverse a lieu quand l'œil est dévié en dehors, dans le *strabisme divergent*. La partie antérieure de l'œil étant alors tournée en dehors, la partie postérieure est tournée en sens contraire, et la macula est située en dedans de l'image de l'objet; celui-ci se peint donc sur la partie externe de la rétine. Puisque, à l'état normal, ce sont les objets situés du côté du nez qui forment leur image sur cette partie, l'image rétinienne est projetée dans la direction du nez, c'est-à-dire *du côté de l'œil sain*, et la diplopie est *croisée*. De là cette règle générale : *La diplopie est toujours de sens opposé à celui de la déviation ; strabisme convergent, diplopie homonyme ; strabisme divergent, diplopie croisée ; œil dévié en haut, image en bas ; déviation en bas, image en haut.* — Dans

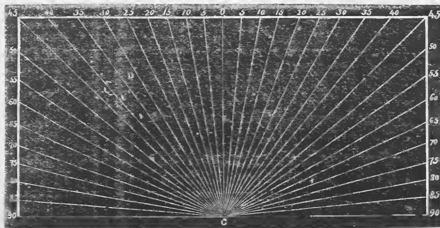
(1) Ces expressions sont celles dont s'est servi Brücke, nous ne faisons que les reproduire.

(2) Voir les nos 8, 9, 10, 16 et 18.

l'exemple que nous avons choisi, nous aurons donc une diplopie homonyme.

La diplopie ne frappe le malade et ne l'amène auprès du médecin que dans les déviations oculaires produites subitement, à la suite d'une apoplexie, par exemple, ou dans le cas de paralysies rhumatismales, syphilitiques, traumatiques, etc. Lorsque le strabisme s'est développé lentement, surtout dans l'anisométropie ou quand il y a une différence notable dans l'acuité visuelle des deux yeux, le malade s'habitue vite à supprimer l'image de l'œil dévié et à ne voir que de l'autre œil, qu'il y ait déviation persistante du même côté, ou que les deux yeux regardent à tour de rôle. Dans ces cas, on favorise la diplopie en couvrant avec un verre coloré à teinte foncée, l'œil habituellement en usage, et en faisant regarder la flamme d'une bougie placée à environ deux ou trois mètres de distance. On a encore l'avantage, par ce moyen, de pouvoir contrôler plus vite les réponses du malade, car on sait toujours à quel œil attribuer chaque image.

Dans notre cas, nous couvrirons donc l'œil droit avec un verre bleu foncé, et le malade nous dira qu'il voit deux flammes, l'une jaune, ordinaire, à gauche; l'autre bleue à droite. S'il n'accuse pas immédiatement de diplopie, nous lui demanderons de quelle couleur il voit la flamme : bleue, répondra-t-il probablement. Alors nous couvrirons l'œil droit avec la main, pour diriger l'attention du malade sur l'image de l'œil gauche et la lui faire fixer. En couvrant ainsi chaque œil à tour de rôle, vous verrez que le malade finira par observer les doubles images.



Il y a cependant des cas où, le strabisme étant très-faible, le malade parvient à réunir les doubles images et à ne voir qu'une seule flamme bleuâtre. Vous ne confondez évidemment pas cette vision simple, mais binoculaire, avec la vision monoculaire, car, la flamme, vue par un seul œil à travers le verre coloré, paraît plus foncée que si les deux yeux la voient ensemble. Alors, pour faire apparaître la diplopie, on n'a qu'à placer devant l'œil sain, un prisme à base tournée en haut ou en bas; on dévie ainsi l'image verticalement, ce qui empêche sa fusion avec celle de l'autre œil, et le malade ne cherchant plus à corriger la diplopie horizontale, on peut ainsi mesurer cette dernière sans aucune difficulté.

La diplopie étant reconnue, nous devons maintenant nous préoccuper de déterminer son degré. Celui-ci est évidemment en relation avec la distance qui existe *entre les doubles images.* Il va sans dire que cette distance augmente avec le *degré du strabisme* : plus un œil est dévié, plus l'image correspondante s'éloigne de celle de l'autre œil. De plus, nous trouverons une diplopie plus considérable *dans la direction du muscle paralysé,* et moindre dans le sens de la déviation; nouveau moyen pour déterminer quel est le muscle paralysé. Dans notre cas, par exemple, la distance entre les doubles images augmentera d'autant plus que nous porterons plus à gauche l'objet de fixation; elle diminuera, au contraire, dans la partie droite du champ du regard, et sera même nulle quand l'objet sera arrivé dans la direction de la ligne visuelle de l'œil dévié. *La diplopie peut donc servir de mesure au strabisme,* seulement, il faut observer certaines précautions.

D'abord, la diplopie varie, pour une même déviation, suivant la *distance qui existe entre l'objet fixé et les yeux du malade;* elle augmente et diminue en même temps que cette distance. Il est facile de s'en convaincre en produisant sur soi-même, à l'aide d'un prisme, une diplopie artificielle. On a ainsi deux images d'un objet fixé, qui se rapprochent ou s'éloignent à mesure qu'on rapproche ou qu'on éloigne l'objet lui-même. Si l'on veut exprimer le degré du strabisme par la distance entre les doubles images, il faut donc en même temps indiquer la distance à laquelle on a déterminé la diplopie.

C'est ce qu'on fait dans les méthodes généralement acceptées pour mesurer la diplopie. On dit par exemple : voici un malade qui, à deux mètres de distance, a une diplopie de dix centimètres; elle augmente à gauche, et atteint alors trente centimètres pour une distance de deux mètres et demi; ainsi de suite pour le regard à droite, en haut et en bas. Ce qui vous frappe tout de suite dans cette évaluation, c'est le grand nombre des chiffres employés, et la confusion qui doit en résulter. Mais son vice essentiel, c'est d'exprimer des valeurs angulaires par des grandeurs linéaires. Nous avons rejeté la strabométrie linéaire dans l'examen objectif nous devons la rejeter pour les mêmes raisons dans la strabométrie subjective à l'aide de la diplopie.

Ici encore nous disons donc : le regard est dévié à gauche ou à droite, *non pas de tant de mètres, mais de tant de degrés.* Ici encore nous ne nous contenterons pas d'indiquer la distance entre les doubles images, mais nous mesurerons, à l'aide de la diplopie, *l'angle du strabisme,* en nous reportant à notre définition : l'angle du strabisme est l'angle que forme la ligne du regard de l'œil dévié avec la direction qu'elle devrait avoir. Or, consultez un instant la figure 55. Nous avons placé notre lampe O à une distance de deux mètres devant l'œil dévié S. Sa macula se trouve en *m*. O O est donc la direction qu'il devrait avoir, *m* X celle qu'il a en réalité. O *r* X est donc l'angle du strabisme.

L'image que l'œil S reçoit de O tombe en *o*; et comme nous l'avons vu, est projetée en O'. Pour trouver cette direction nous avons supposé l'œil redressé dans sa position normale; la macula serait alors en *o*, et l'image en *o*, ayant tourné d'une distance *o o'* égale à *mo*. L'angle O' *r* O est donc égal à l'angle O *r* X, angle du strabisme. Or, O O est la tangente de cet angle O *r* O'; *la distance entre les doubles images est donc la tangente de l'angle du strabisme,* et par conséquent elle peut servir à mesurer cet angle. Pour cela, il s'agit tout simplement de réduire cette tangente en angle.

J'ai fait cette réduction sur des rubans pour une distance de trois mètres. Je place un de ces rubans horizontalement sur une muraille à la hauteur des yeux du malade, et de manière à ce que le zéro (fig. 56) soit en face de l'œil dévié (c). Le malade est placé à trois mètres de cette paroi. A droite et à gauche du zéro la bande s'étend en ligne droite jusqu'à trois mètres, distance à laquelle correspond la tangente d'un angle de 45°. En ces points, on replie le ruban à angle

droit et on le fixe dans cette position, soit avec une chaise, soit sur la muraille opposée.

On a ainsi donné à son ruban la forme d'un rectangle, et sur ce rectangle sont marqués, de cinq en cinq degrés, les points où les rayons partis de l'œil du malade viennent couper le ruban. En d'autres termes, les divisions du ruban représentent les tangentes des angles de cinq en cinq degrés, ayant leur sommet à la place qu'occupe l'œil malade. Rien de plus facile que de faire cette division; on n'a que huit tangentes à déterminer, celle de 0° est connue, celle de 45° est égale à trois mètres, distance du malade. Pour les angles plus grands que 45°, on n'a qu'à replier le ruban sur lui-même au 45e degré, et à marquer les divisions correspondantes aux premières, à cause de la direction perpendiculaire qu'occupera cette partie du ruban.

Pour une distance de trois mètres les tangentes sont les suivants :

La tangente	de l'angle de	5°	est à 0 m	26	du point 0°.
—	—	10°	0	53	—
—	—	15°	0	80	—
—	—	20°	1	09	—
—	—	25°	1	40	—
—	—	30°	1	78	—
—	—	35°	2	10	—
—	—	40°	2	51	—
—	—	45°	3	00	—

Celles de 45° à 90° se répètent dans l'ordre inverse à partir du 45e degré sur la partie perpendiculaire du ruban. Un second ruban est disposé perpendiculairement au premier, suivant la verticale passant par le 0°. La division doit être faite en haut et en bas de la même manière que précédemment. L'œil malade se trouve ainsi au centre d'une sphère divisée, et en promenant la flamme de la bougie le long des rubans, nous pouvons toujours indiquer *en degrés* la direction sous laquelle elle apparaît à l'œil. La distance entre les doubles images, indiquée par le malade sur le ruban, donne ainsi directement l'angle du strabisme.

Supposons, par exemple, que dans notre cas nous ayons placé la flamme au point 0° L'œil droit, couvert d'un verre bleu, voit une flamme bleue en 0°, tandis que l'œil gauche, dévié en dedans, voit une flamme ordinaire en un point de ruban où nous lisons 5°. L'angle du strabisme est 5°. Portons maintenant la flamme à gauche jusqu'à 20°; l'image bleue correspond au 20°, l'image de l'œil dévié correspond par exemple au 45°. Nous disons que, sous un angle de 20° à gauche, l'angle du strabisme est devenu 15°. Ainsi de suite pour le regard à droite, en haut et en bas.

Naturellemement, la longueur des divisions augmente de 0° à 45°, de sorte que si dans le regard direct et dans le regard à 45° nous avons la même distance entre les doubles images, cela ne veut pas dire que l'angle du strabisme soit le même dans les deux cas, il sera plus petit dans la seconde position, et la différence augmente encore bien davantage pour des angles dépassant 45°. De même, si l'écart entre les doubles images augmente dans les directions latérales du regard, cela n'est pas toujours un signe de l'augmentation du strabisme dans ce sens. Vous voyez donc quelles erreurs on commet en prenant pour mesure du strabisme directement la distance linéaire entre les deux images.

Si l'angle du strabisme reste le même pour tous les mouvements des yeux, la diplopie doit nécessairement augmenter dans toutes les directions du champ du regard. Dans ce cas, on a vraiment affaire à un strabisme concomitant, et l'augmentation de la distance entre les doubles images correspond seulement à l'augmentation des tangentes du même angle.

Remarquez enfin que cette méthode de mensuration de l'angle du strabisme n'est en rien plus compliquée que la mensuration linéaire. Dans cette dernière on a besoin aussi d'un ruban divisé. Or, la division tangentielle est aussi vite faite que la division linéaire, puisque vous avez vos longueurs toutes calculées dans le tableau que je vous ai donné plus haut. Le dernier avantage de cette méthode, c'est de donner des résultats comparables à ceux que fournit la mensuration objective, et de permettre de contrôler les uns par les autres. *(A suivre).*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. CHARCOT.

6e LEÇON. — **Espaces interlobulaires.— Localisations anatomo-pathologiques dans ces espaces** (suite). — **Physiologie pathologique du foie. — De la bile** (1).

(Résumé de la leçon du 7 avril).

Messieurs,

Je me propose de consacrer la leçon d'aujourd'hui, pour la majeure partie du moins, et aussi quelques-unes de celles qui suivront, à une étude, faite à notre point de vue spécial, de la *physiologie du foie* et de la constitutiou de son produit de sécrétion — la *bile*. Mais auparavant, je voudrais ajouter quelques détails complémentaires à l'exposé anatomique que je vous ai présenté dans les séances précédentes.

I. En terminant lundi dernier, je m'efforçais de vous montrer par des exemples l'intérêt qui s'attache aux localisations d'un certain nombre de lésions hépatiques, dans les espaces interlobulaires. Je vous faisais voir en même temps que pour la plupart ces lésions, ainsi localisées et qui presque toutes ont pour trait commun de déterminer une hyperplasie conjonctive interlobulaire aux dépens de la capsule de Glisson, ont leur origine dans les vaisseaux sanguins, artériels ou veineux, dans les lymphatiques ou encore les canalicules biliaires.

C'est de la sorte que se produisent diverses hépatites interstitielles ou cirrhoses évidemment consécutives et l'on peut se demander si, contrairement à l'opinion dominante, la majorité des altérations du foie, désignées sous le nom de cirrhoses et considérées comme affectant primitivement la capsule de Glisson, n'auraient pas ce même caractère de dériver d'une lésion des vaisseaux. C'est là une hypothèse que je vous signale; j'aurai amplement l'occasion de la discuter à propos de la description spéciale des cirrhoses hépatiques. Toutefois, je désire, dès maintenant, vous montrer que l'existence de ces cirrhoses consécutives est fondée sur quelques preuves expérimentales.

A. M. Solowieff, ainsi que je le disais en terminant (2), a constaté, à la suite de ligatures de la veine porte faites chez les animaux, une hyperplasie de la capsule de Glisson dans les espaces interlobulaires. — M. Wieckhan Legg (3), opérant, je crois, sur des chiens, a noté des résultats analogues après la ligature des conduits biliaires. — De notre côté, dans le laboratoire de la Faculté, nous avons observé le même phénomène chez le cochon d'Inde, qui paraît très-propre à ce genre d'expérience et supporte admirablement cette grande lésion.

De ces expériences, il ressort que, immédiatement au-dessus de l'endroit où la ligature a été pratiquée, tout le long du cours des canaux biliaires, jusque dans les dernières ramifications interlobulaires, on voit: 1° une dilatatiou remarquable de ces conduits qui, cependant, conservent leur revêtement épithélial, indice d'une végétation considérable des cellules épithéliales; — 2° une hyperplasie de la capsule de Glisson. Cette hyperplasie, qui s'effectue en conséquence d'une prolifération exubérante de tous les éléments conjonctifs (4), très-accusée au-dessus de la ligature du canal cholédoque, peut être suivie en remontant dans le foie jusque daus les espaces interlobulaires.

Dans un cas où le cochon d'Inde avait survécu douze jours, ces espaces, dans le foie tout entier, étaient considérablement agrandis et réunis par des *fissures* élargies, de telle sorte que le lobule hépatique était absolument enveloppé par une zoue conjonctive, en même temps que la substance même du lobule tendait à se rétrécir de plus en plus. Il semble donc que, en pareille circonstance, l'irritation s'était propagée le long de la paroi propre, du revêtement des canaux et de la capsule de Glisson, du point lésé par la ligature jusque dans les espaces interlobulaires. Voilà, Messieurs, un fait susceptible d'être

(1) Voir les nos 13, 14, 15, 16, 17 et 18.
(2) *Loc. cit.* — (3) *Bartholomew's Hospital Reports*, t. IX, 1873.
(4) Les cellules plates et les faisceaux fibrillaires composent la capsule de Glisson dans les conditions normales.

utilisé en temps opportun pour éclairer la pathogénie, si obscure encore, de la cirrhose du foie.

B. L'exposé de ces faits me conduit encore à relever l'intérêt particulier qui s'attache à une connaissance exacte du mode de distribution des vaisseaux sanguins ou biliaires dans les espaces interlobulaires. Mais, pour réaliser ce but, il faut prendre les choses de loin et montrer comment les vaisseaux, après avoir pénétré dans le hile, se répandent dans la substance du foie. Je serai très-bref sur ces détails qui, pour la plupart, vous sont présents à l'esprit.

1° Considérons d'abord le *veine porte*. Dans son trajet intra-hépatique, elle se ramifie suivant le mode dichotomique et arrivée, en fin de compte, à fournir, suivant ce mode des petits vaisseaux qui s'enfoncent dans les espaces interlobulaires.

Les ramifications qui se produisent ainsi portent le nom de *branches principales*. Mais il est d'autres branches, et c'est là une particularité digne d'être relevée, qui, chemin faisant, même sur les gros troncs, se détachent perpendiculairement, se répandent dans la capsule de Glisson et fournissent des rameaux qui s'insinuent entre les lobules, formant de la sorte, selon un deuxième mode, des veines interlobulaires. On appelle *branches vaginales* (Kiernan) les veinules qui partent ainsi à angle droit des ramifications principales de la veine porte.

Pour bien vous faire comprendre cette distribution des branches vaginales, je dois vous dire un mot de la conformation des grands espaces intra-hépatiques qui logent les vaisseaux portes principaux et leurs satellites (artères hépatiques, canaux biliaires). On désigne ces grands espaces sous le nom de *Portal-Canals, canaux-portes* (Kiernan), les distinguant de cette manière des espaces interlobulaires qui n'en sont d'ailleurs que l'aboutissant.

Les *canaux portes* sont nécessairement limités de toutes parts par les lobules hépatiques qui en forment la paroi. Mais les lobules se présentent là toujours par une des faces latérales ou par le sommet, jamais par la base. Celle-ci compose seule, au contraire, la paroi des *canaux veineux sub-lobulaires*. Le vaisseau est constamment séparé du lobule par une épaisseur plus ou moins grande de tissu conjonctif (capsule de Glisson) qui pénètre entre les lobules, portant avec lui des *ramifications vaginales* qui, une fois disséminés dans les espaces prennent la dénomination de *veines interlobulaires*. Afin de bien saisir ces dispositions, il convient de considérer : 1° des coupes longitudinales ; 2° des coupes transversales (1).

Que leur origine soit la division dichotomique ou le système des veines vaginales, les vaisseaux portes interlobulaires se comportent tous dans les espaces absolument de la même façon. Il y a quatre ou cinq rameaux autour de chaque lobule. Ces rameaux envoient des branches qui se distribuent aux lobules voisins. Ces divers rameaux ne s'anastomosent pas entre eux, de telle sorte que les branches de la veine porte doivent être considérées, par rapport aux lobules hépatiques, comme des artères terminales en ce sens que, si la circulation était interceptée dans l'une de ces branches, elle ne pourrait se rétablir que par la voie des capillaires, puisqu'il n'y a pas de voies collatérales. Cette disposition est remarquable quand on se souvient que dans les autres organes à artères terminales, — je compare ici la veine porte à une artère dont elle remplit pour ainsi dire les fonctions, — les infarctus par oblitération artérielle sont chose vulgaire (cerveau, rate, reins), tandis qu'ils sont rares dans le foie. Quoi qu'il en soit, les rameaux qui viennent d'être décrits donnent naissance aux capillaires que nous avons appris à connaître sous le nom de vaisseaux radiés.

2° Ces notions relativement à la veine porte me paraissent suffisantes, je vais donc maintenant vous dire un mot de la distribution de l'artère hépatique. C'est le plus petit des trois vaisseaux principaux qu'on voit dans les *canaux portes* et dans les espaces. Il y a souvent deux troncs artériels pour un seul tronc veineux. On distingue trois ordres de rameaux artériels: *a*) les capsulaires que j'omettrai pour le moment ; *b*) les vasculaires destinés aux parois de la veine porte et surtout à celles des canaux biliaires; la distribution artérielle sur ces dernières est tellement riche que, quand une injection des artères, faite avec une substance rouge, a bien réussi les parois des canalicules biliaires hépatiques se montrent aussi rouges que celles des vaisseaux artériels. *c*) Le troisième ordre est constitué par des artères interlobulaires très-petites qui arrivent dans les espaces en manière de satellites des veines portes interlobulaires et qui se distribuent en se capillarisant dans la substance du lobule. Ce fait, contesté pendant longtemps, est aujourd'hui indubitable ainsi que j'aurai l'occasion de le prouver dans une autre circonstance.

3° Pour finir, je n'ai plus qu'à vous parler un instant des *canaux biliaires*. Vous connaissez suffisamment, par nos entretiens antérieurs, les particularités de structure qui les concernent et les modifications que celles-ci présentent à mesure que le canal devient plus étroit. Actuellement, je ne veux appeler votre attention que sur le mode de distribution générale de ces canaux. De même que pour la veine porte, il convient de distinguer: *a*) les branches principales qui se forment suivant le mode dichotomique; *b*) les *branches vaginales* qui se séparent à angle droit des branches principales, même les plus volumineuses; mais, contrairement à ce qui a lieu pour la veine porte, les rameaux secondaires comme les principaux, fournissent un réseau anastomotique que l'on retrouve jusque dans les espaces et dans les fissures interlobulaires. Ainsi, les dernières branches interlobulaires envoient à la surface du lobule un réseau d'où partent les capillaires biliaires (Kölliker). Il importe de ne pas oublier cette disposition, afin de bien apprécier certaines apparences de l'état pathologique.

Je m'arrête ici en ce qui a trait aux notions anatomiques. Ce serait pourtant l'occasion de vous parler des vaisseaux lymphatiques et des nerfs du foie, mais c'est là une étude que nous pourrons faire dans d'autres circonstances, et j'ai hâte d'en venir à la physiologie du foie et à la bile.

II. — La plupart des auteurs qui, de nos jours, traitent de la *physiologie pathologique* du foie, ont l'habitude d'évoquer à ce propos, en manière de préambule, la physiologie de l'antiquité, et de montrer comment les anciens s'étaient fait, à cet égard, à l'aide de méthodes imparfaites, des opinions qui, cependant, ne s'éloignent pas radicalement de celles qui reposent aujourd'hui même sur la science la plus avancée (1).

C'est ainsi que Galien, pour ne pas remonter plus haut, considérait le foie : 1° comme le foyer de la chaleur animale ; 2° comme le siége de la sanguification. Les veines mésaraïques étaient chargées de conduire le liquide nutritif venant de l'intestin au foie par la veine porte, qu'on appelait tout simplement la *porte*. Et c'est dans le foie que l'on supposait que se passait : *a*) le processus de sanguification ; *b*) le processus de génération de la chaleur animale. Ceci accompli, le sang reconstitué, régénéré, se rendait au cœur droit par les veines hépatiques.

Pendant près de seize siècles, cette physiologie de Galien, que ne dément pas la physiologie moderne, au moins dans ses grands traits, a régné sans conteste et, au XVIIe siècle, Harvey l'admettait encore. Mais la découverte, vers le milieu du XVIIe siècle, des vaisseaux lactés, montrant que le chyle passe en dehors du foie, est venue tout bouleverser un instant. On en conclut alors trop vite que le foie ne sert pas à la sanguification. Il descendit de son rang ; on le crut frappé à mort et l'on fit même son épitaphe. C'est un célèbre médecin danois, Th. Bartholin, qui se chargea de ce soin, dans une lettre à Riolan, médecin français très-érudit, mais ..... *partisan déclaré de la résistance*. Le foie, dit-il, ou à peu près, vit encore pour sécréter la bile ; mais, comme organe sanguificateur, il est mort. Allons à ses obsèques ; il ne reviendra jamais.

..... Facilis descensus Averni
Sed revocare gradum, etc .... (2)

Aujourd'hui, par un retour fréquent dans les choses humaines, le foie revit avec toutes les fonctions que les Anciens lui avaient attribuées. Il est bien, ainsi que le croyait Galien, un des principaux foyers de la chaleur animale, un des principaux organes de l'hémopoïèse et la fonction de sécréter la bile n'est pas la plus importante de celles qui lui appartiennent. C'est ce que vous allez reconnaître dans l'exposé qui va suivre.

III. — Nous commencerons cette seconde partie de nos leçons par l'examen de la *bile* et de la *sécrétion biliaire*. La bile de l'homme, recueillie durant la vie, dans le cas par exemple d'une fistule biliaire, se présente sous l'aspect d'un liquide clair, limpide, d'une couleur jaune d'or, d'une saveur sucrée d'abord puis amère, d'une odeur musquée quand on la chauffe, d'une réaction neutre, d'un poids spécifique de 1020 à 1032 ;

(1) Voir les planches du mémoire de Kiernan, Pl. 21, fig. 5 et pl. 22, fig. 2.

(1) Voir entre autres Beau : *L'appareil splno-hépatiq.* Arch. de méd., 1851, t. XXV. — Murchison. *Functionnal derang. of the Liver.* London., 1874.

(2) *Defensio Vasorum lacteorum et Lymphaticorum adversus J. Riolanum*. Hafniæ, 1655, p. 8.

elle ne renferme alors aucun élément figuré appréciable au microscope.

Dans le cas où la bile a séjourné dans les réservoirs naturels, après la mort ou dans certaines conditions pathologiques, c'est un liquide d'un brun sombre, verdâtre quelquefois, de consistance visqueuse (par suite de l'adjonction de la mucine), d'une réaction alcaline, acide même, si la putréfaction s'en est emparée, et au milieu duquel le microscope décèle la présence d'éléments figurés, plus ou moins fortement colorés, des cellules d'épithélium cylindrique, des gouttelettes huileuses, souvent des vibrions. Les cellules hépatiques y feraient toujours défaut (Kölliker).

Le procédé sommaire de l'évaporation fait reconnaître que la bile contient un résidu sec de 9 à 18 sur 100 d'eau. La composition chimique de ce résidu sec a été pendant longtemps l'objet de discussions et de contradictions, les principales difficultés paraissent aplanies depuis les travaux de Strickes (1848).

Les ingrédients qui composent ce résidu sont, pour la majeure partie (55 à 70 pour 100), les suivants : 1° Les sels à acides biliaires, glycocholate et taurocholate de soude, produits vraiment spéciaux de la sécrétion biliaire, doués très-probablement dans la bile du rôle physiologique le plus important et ce qui nous touche particulièrement dans nos études exerçant. à dose élevée, sur l'organisme une action toxique.

2° Après cela, viennent, en proportion beaucoup moindre, des principes qui paraissent plus particulièrement destinés à être éliminés du système ; ce sont ; — *a*) La matière colorante ou pigment biliaire ; — *b*) la cholestérine ; — *c*) des sels minéraux à savoir surtout : des phosphates de soude, de potasse, de fer, le chorure de sodium. — 3° Enfin, la bile contient habituellement du cuivre.

Afin de vous faire mieux apprécier la proportion relative de ces divers éléments, je mettrai sous vos yeux l'analyse classique que Frerichs a donnée de la bile d'un homme âgé de 22 ans, mort par accident.

Eau	859, 2.
Résidu solide	140, 8.
Glycocholate / Taurocholate } de s[illegible]le	91, 4.
Pigment et mucus	29, 8.
Graisse	9, 2.
Cholestérine	2, 6.
Sels	7. 7.
	140, 7

B. Examinons en particulier, chacun de ces éléments en commençant par la *cholestérine*. Cette substance nous intéresse spécialement car c'est elle qui forme la presque totalité de la plupart des calculs biliaires, concrétions qui jouent un rôle si prédominant dans la pathologie hépatique. En déterminant par leur présence dans les voies biliaires des *lésions de canalisation* (Cruveilhier), plus ou moins graves, elles occasionnent, on peut le dire, tout une *iliade* de maux que nous aurons à vous raconter.

1° La cholestérine, telle qu'on l'obtient dans le laboratoire ou telle qu'on la rencontre quelquefois au sein des organes, ayant subi des altérations pathologiques, est une substance nacrée, blanche, sans goût, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, fusible et, en masse, brûlant avec une flamme blanche. Elle s'offre à l'œil nu sous forme de paillettes brillantes, micacées, et, au microscope, sous forme de tablettes rhomboïdriques (système du prisme rhomboïdal oblique), dont les angles sont souvent dentelés. Si ces caractères ne suffisaient pas une réaction pourrait être invoquée (1). *a*) L'acide sulfurique produit sur ces paillettes une coloration rouge brun, pourpre et la paillette se dissout. *b*) Si, après l'acide sulfurique, on ajoute de l'iode les tablettes prennent une coloration rouge, carmin, jaune, bleue.

La cholestérine est un corps ternaire neutre. La chimie moderne (Berthelot) la rattache au groupe des alcools : ce serait un alcool mono-atomique, analogue à l'esprit-de-vin.

2° Dans la bile, cette substance existe, comme on l'a vu, en faible quantité, à l'état normal ; mais elle y est un produit constant. Sa proportion, dans les conditions morbides, augmente d'une façon absolue ou relative et c'est ainsi que se forment un certain nombre de concrétions biliaires. La cholestérine est tenue en dissolution dans la bile par les acides biliaires et elle s'y concrète lorsque ceux-ci, par suite de la putréfaction subissent un dédoublement.

C. D'où vient la cholestérine ? Un seul auteur, M. Beneke, soutient aujourd'hui qu'elle se fait dans le foie ; ce serait d'après lui un produit de la sécrétion hépatique qui jouerait un rôle dans la digestion, en contribuant à la résorption des graisses dans l'intestin.

Tous les autres auteurs pensent qu'elle se forme dans d'autres régions de l'organisme et qu'elle est seulement éliminée par le foie. De la même manière que l'urée est éliminée et non à proprement parler sécrétée par les reins, la cholestérine serait évacuée avec la bile dans l'intestin où elle subirait une transformation (*stercorine*). Ce serait un excrément et non pas un agent actif dans la digestion. Ces notions sont dues surtout aux travaux de Austin Flint fils (1868) (1).

La cholestérine se trouve dans le sang. Mais, sa présence dans le liquide sanguin, depuis longtemps constatée, ne suffit pas pour prouver que le foie n'est pas son foyer de formation. Sa préexistence dans le sang est établie, dans le travail de M. Flint, sur les données suivantes :

Le sang de la veine porte contient ce principe en telle quantité qu'on l'y trouve parfois sous forme de paillettes. Au contraire, le sang de la veine sus-hépatique en renferme beaucoup moins. Une certaine quantité de cholestérine a donc été séparée par le foie. Des expériences de MM. Pagès, de Feltz et Ritter, expériences à la vérité un peu sommaires, plaident dans le même sens. Ces auteurs ont cherché à détruire le foie en injectant dans le canal cholédoque du sulfate ferreux. Dans un cas, l'animal a vécu trois jours. Le foie était ratatiné et présentait une coloration jaune dans toutes ses parties, sous l'action du sulfate de fer. Or, consécutivement, la cholestérine s'était accumulée dans le sang. Ainsi. tandis que chez un chien, avant l'expérience, le sang contenait 0,8 à 0,9 de cholestérine sur 1000, — après, il en renfermait 3,96 sur 1000.

D. Mais, ce n'est pas dans le sang que prend naissance la cholestérine que le foie élimine. Depuis les recherches de M. Flint, on considère assez généralement cette substance comme un produit de désassimilation normale de la matière nerveuse.

On sait de longue date que les centres nerveux contiennent normalement une forte proportion de cholestérine. Déjà Vauquelin l'avait extraite du cerveau, sous le nom de stéarine cérébrale. Bibra a montré que un tiers de la masse encéphalique, soluble dans l'éther, est constituée par de la cholestérine. La substance blanche en posséderait plus que la grise.

Pour mieux prouver que la cholestérine provient des centres nerveux, M. Flint a fait une analyse comparative du sang de la carotide d'un chien et du sang de la veine jugulaire du même animal. Or, tandis que pour 1000 le sang de la carotide donnait 0,967 de cholestérine, celui de la jugulaire en fournissait 1,5.

Il y a toute raison de croire, d'après ces chiffres qui paraîtront sans doute un peu trop forts, que la cholestérine est au cerveau ce que l'urée est au sang (Gautier), en supposant que ce soit la désassimilation du sang qui produise l'urée.

Quelle est l'action sur l'organisme de la cholestérine si elle vient à s'accumuler dans le système en conséquence d'une lésion soit organique, soit fonctionnelle du foie ? Dans un cas de cirrhose, où il y avait accumulation de cholestérine dans le sang, M. Flint a été conduit à attribuer les accidents nerveux mortels qui s'en suivirent à l'action même de la cholestérine et, généralisant cette vue, il met encore sur le compte de cette substance les accidents nerveux qui résultent de l'atrophie jaune aiguë du foie.

C'est ici que la majorité des auteurs abandonnent M. Flint, après l'avoir suivi dans la première partie de sa thèse. A défaut d'observations cliniques suffisamment nombreuses on a procédé par la méthode des injections chez les animaux. Entre les mains de MM. Pagès, Chomjakow, les résultats ont été absolument négatifs. Cependant, M. Koloman Muller (2) a avancé qu'une injection de cholestérine dans le sang provoque des accidents nerveux mortels. Mais, de nouvelles expériences ont contredit celles de M. Muller. Krusenstein (3), Feltz et Ritter assurent n'avoir pas noté de phénomènes nerveux après les injections de cholestérine. Seulement, suivant ces derniers auteurs, si la quantité de cholestérine injectée est excessive,

(1) Francke, — *Atlas*. Tabf. VI, fig. 2 et 3.

(1) *Recherches expérimentales sur une nouvelle ponction du foie*, Paris, 1868.

(2) *Archives de Naunyn*, t. I.

(3) *Virchow's Archiv*, 1875, 65, Bd.

elle devient insoluble, joue le rôle de corps étranger et détermine par le mécanisme de la thrombose ou de l'embolie des accidents dont la gravité et la forme dépendent du siége de la lésion.

En résumé, il semble établi : 1° que la cholestérine est un produit de désassimilation qui est éliminé par le foie et passe dans l'intestin avec la bile ; 2° Que l'accumulation de la cholestérine dans le sang, à la suite de certaines lésions fonctionnelles et organiques du foie, n'est pas la cause des accidents graves qui se manifestent quelquefois dans le cours de ces affections. Voilà, Messieurs, des résultats intéressants par eux-mêmes et que, plus tard, nous aurons besoin de mettre à contribution. *(A suivre.)* p.369

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Examen des projets de loi relatifs à la réorganisation des services administratifs de l'armée et au traitement des militaires dans les hôpitaux civils.

Les projets de loi relatifs à la réorganisation des services administratifs de l'armée et au traitement des militaires dans les hôpitaux civils doivent exercer une telle influence sur l'avenir du corps de santé, ils ont une si grande importance au point de vue même de nos institutions militaires que nous croyons devoir y revenir, afin de compléter la critique que nous en avons faite dans un précédent article.

Il faut partir de ce principe, admis aujourd'hui par toutes les grandes nations militaires, que l'armée ne peut pas se passer de médecins militaires et que le service de santé doit être organisé en temps de paix, de façon à pouvoir fonctionner dès qu'une guerre vient à éclater. C'est là un principe si universellement admis qu'il nous paraît inutile de développer tous les arguments qui plaident en sa faveur ; nous espérons du reste, quoi qu'en disent quelques pessimistes, que ce principe n'est pas contesté en France ; si l'intention du Ministre de la guerre était de ruiner ou même d'amoindrir la médecine militaire, son devoir serait de dire franchement quelles sont ses intentions, afin que des jeunes gens pleins d'avenir ne s'engagent pas dans une carrière sans issue, afin que ceux qui peuvent encore en sortir soient avertis qu'ils doivent changer de route. Parler de réorganiser la médecine militaire et travailler par dessous main à sa désorganisation, c'est là une idée indigne du Ministre de la guerre et qui ne peut pas se soutenir un seul instant.

Etant admis que l'armée ne peut pas se passer de médecins militaires, il est évident qu'on doit s'efforcer de recruter des médecins intelligents, instruits, dignes de donner leurs soins aux défenseurs du pays, dignes d'inspirer toute confiance aux familles qui envoient leurs fils sous les drapeaux. Or, pour avoir de tels médecins, il est nécessaire de leur faire dans l'armée une position acceptable, il est nécessaire de leur donner une initiative sans laquelle tous leurs efforts resteraient impuissants. Il est nécessaire enfin, et cette vérité paraîtra presque banale, il est nécessaire de leur fournir l'occasion de pratiquer la médecine ; d'où :

Nécessité de l'assimilation des médecins militaires ;— nécessité de l'autonomie du corps de santé ; — nécessité du traitement des militaires malades par des médecins militaires.

Examinons les projets de loi à ces trois points de vue et voyons quelles modifications ces projets de loi doivent subir si l'on veut réellement, comme nous le croyons, réorganiser la médecine militaire.

Assimilation. Ici, nous serons bref, car le projet de loi ne présente qu'une lacune facile à combler, et cette lacune est si évidemment en désaccord avec les considérants du projet de loi, que nous voulons croire à une erreur de rédaction.

L'article 35 du projet de loi fixe exactement la correspondance des grades des intendants aux grades des officiers de l'armée ; au contraire, l'article 46 dit simplement : le personnel de santé a une *hiérarchie propre*, et il n'est pas question de correspondance de grades. Il suffira d'ajouter à l'article 46 comme à l'article 35, ces grades correspondent, etc... Les médecins militaires doivent être complétement assimilés si l'on veut qu'ils trouvent dans l'armée le respect auquel ils ont droit ; ils partagent les fatigues, les dangers des combattants, ceux que leur devoir appelle loin du champ de bataille dans les ambulances n'échappent à un danger que pour se trouver aux prises avec un autre souvent pire ; les miasmes font souvent plus de victimes que les balles et les boulets ; personne n'a oublié les terribles pertes subies par le corps des médecins militaires pendant la guerre de Crimée. Pourquoi les intendants ont-ils le droit de porter les insignes de leur grade, tandis que les médecins ne l'ont pas ? Pourquoi, par exemple, un médecin major de 2e classe, assimilé au grade de capitaine, n'a-t-il pas le droit de porter trois galons à son képi ? Mais ce sont là des détails qui feront plus tard l'objet d'un décret ministériel et dont les Chambres n'ont pas à s'occuper, l'important est qu'elles fassent inscrire dans la loi l'assimilation aussi complète pour les médecins que pour les intendants ; nous ne prévoyons pas de difficulté à ce sujet.

Autonomie. La nécessité d'accorder l'autonomie aux médecins militaires a été reconnue successivement par toutes les grandes puissances militaires ; on pouvait espérer que la France allait enfin suivre cet exemple et que les médecins militaires français seraient bientôt débarrassés de la tutelle de l'Intendance ; après la dernière guerre, tous les hommes compétents regardaient cette réforme comme certaine, irrévocable. Les considérants des différents rapports ou projets de loi qui se sont succédé depuis trois ans, étaient bien faits pour entretenir les médecins dans cette illusion. Un premier projet de loi préparé par une Commission mixte dont M. le duc d'Audiffret-Pasquier était le président, établit en principe que la direction des établissements du service de santé ne doit appartenir ni à l'Intendance, ni au commandement, mais aux médecins (*Journal officiel* des 9, 10 et 11 août 1874). Les considérants du projet de loi, déposé le 18 novembre 1875 par M. le duc d'Harcourt au nom d'une Commission dont M. le duc d'Harcourt était le président, proclament également : que les médecins doivent être les directeurs du service, les supérieurs ordinaires de tout le personnel sanitaire, sous l'autorité supérieure du commandement, et que l'Intendance ne doit avoir que la *surveillance de l'administration au point de vue financier*. L'exposé des motifs du projet actuel reconnaît également la nécessité d'accorder l'autonomie aux médecins militaires, mais il faut bien avouer que les articles de la loi elle-même remplissent assez incomplétement le but.

Il est même probable que si le projet de loi était voté tel

qu'il est rédigé les choses resteraient à peu près en l'état. Quand une ornière profonde a été creusée il faut un effort vigoureux pour en faire sortir le char embourbé, sinon il ne tarde pas à y retomber ; les traditions administratives ont pris une telle force chez nous, qu'il faut les briser pour en avoir raison ; quand on se contente de les écarter, de les modifier, l'habitude et la routine reprennent bientôt le dessus, quelques réglements suffisent pour détruire ce qui a été fait et les liens un instant relâchés se resserrent plus fort que jamais.

Les médecins militaires devraient évidemment constituer un corps analogue au corps du génie, ils devraient avoir au Ministère de la guerre un bureau spécial, une direction, comme on dit je crois, car la première chose à faire, quand il s'agit de choses aussi spéciales que la médecine, c'est d'avoir comme directeurs des hommes compétents, pouvant apprécier les qualités professionnelles, pouvant disposer le personnel suivant les besoins de l'armée et suivant les aptitudes de chacun.

Les médecins en chef des corps d'armée sont-ils au moins les chefs directs de leur personnel (sous l'autorité du commandement bien entendu? La loi est parfaitement ambiguë à cet égard, et on peut l'interpréter de telle façon que le nouvel ordre de choses ressemblerait fort à l'ancien.

L'art. 41 du projet de loi est ainsi conçu : « L'intendant de l'armée ou l'intendant du corps d'armée est le chef direct des fonctionnaires de l'intendance et de tout le personnel employé dans les divers services administratifs de l'armée ou du corps d'armée, à l'exception du service de la trésorerie et des postes aux armées, qui relève directement du commandement et qui fera l'objet d'un règlement spécial entre le Ministre de la guerre et le Ministre des finances. »

On voit qu'il n'est pas fait d'exception pour les médecins militaires qui sont compris dans le personnel d'exécution et de gestion de l'administration générale, ainsi que le dit l'art. 46; l'article ne fait d'exception que pour les médecins et pharmaciens directeurs des hôpitaux et ambulances. Ainsi le médecin en chef d'un hôpital ou d'une ambulance sera indépendant de l'intendant en chef, mais le personnel placé sous ses ordres en dépendra et en somme les médecins militaires ne seront pas plus maîtres chez eux qu'ils ne le sont aujourd'hui. Nous voilà loin de ce principe que les intendants ne doivent avoir que la surveillance de l'administration au point de vue financier.

Comment se fait-il que la nécessité d'accorder l'autonomie au corps de santé, nécessité si bien comprise dans l'exposé des motifs, soit si mal traduite par les articles de la loi ? Le même désaccord existe au sujet de l'assimilation entre l'exposé des motifs et les articles de la loi. — D'où cela provient-il ?

Comment en un plomb vil cet or s'est-il changé? Ne serait-ce pas que l'exposé des motifs est l'œuvre d'une Commission, qui a jugé avec impartialité tandis que les bureaux du Ministère de la guerre soumis jusque dans ces derniers temps, à l'Intendance sont intervenus dans la rédaction des articles? C'est là une hypothèse au moins vraisemblable et qui explique les désaccords flagrants que nous avons signalés.

En résumé : établissement au Ministère de la guerre, d'une direction du service de santé, rédaction nouvelle des articles qui prêtent à l'ambiguïté et qui paraissent laisser en partie les médecins militaires sous les ordres de l'Intendance, tels sont les amendements qu'il faut apporter au projet de loi si l'on veut que l'autonomie du corps de santé ne reste pas lettre morte, si l'on veut que cette réforme si longtemps attendue produise enfin tous ses fruits.

Traitement des militaires par les médecins militaires. L'autonomie et l'assimilation sont indispensables, mais on peut dire qu'une autre réforme s'impose plus formellement encore à ceux qui veulent la réorganisation de la médecine militaire ; il faut que les médecins militaires traitent eux-mêmes les soldats malades.

La loi sur le traitement des militaires dans les hôpitaux civils, si elle était adoptée, porterait à la médecine militaire un coup plus rude que la perte de l'assimilation. Il n'y a pas à s'y tromper, les militaires seraient soignés par les médecins civils des hospices, car le projet de loi parle plus bas de *sages réductions dans les établissements et dans le personnel de santé de l'armée.* Que deviendraient cependant les médecins militaires, réduits presque tous au rôle de médecins de régiments ? Un médecin sans malades ne peut pas travailler, et non-seulement son bagage scientifique n'augmente pas, mais il ne tarde pas à diminuer ; les livres ne peuvent pas remplacer la pratique, et, du reste, les livres eux-mêmes sont bientôt délaissés par les médecins qui n'ont pas l'occasion d'exercer. Veut-on des médecins militaires seulement pour la forme, afin de les montrer au public et de les promener à la suite des régiments ? Ou bien veut-on des médecins militaires, dignes de ce nom, bons praticiens, hygiénistes intelligents, qui puissent rendre de véritables services et qui inspirent confiance à tous ? En vérité, poser la question, c'est la résoudre. On doit vouloir des médecins militaires instruits, versés non-seulement dans la connaissance des règlements militaires, mais aussi dans l'art de guérir comme on dit. Pour arriver à ce résultat, il n'y a qu'un moyen, un seul, c'est de donner au médecin militaire l'occasion de pratiquer, c'est de lui faire soigner des malades. L'article suivant doit donc être introduit dans la loi sur le traitement des militairees dans les hôpitaux civils : *Les malades militaires seront traités par des médecins militaires de la garnison.*

Qu'on n'argue pas la nécessité de faire des économies, des réductions sur le personnel ; dans l'état actuel de notre armée, on ne peut pas songer à réduire le chiffre des médecins militaires qui n'a subit aucune augmentation malgré l'extension considérable de tous les autres corps; or, ce personnel est suffisant pour soigner les malades militaires. Prenons par exemple une garnison dans laquelle se trouve un seul régiment, le médecin-major du corps ne peut-il pas voir les malades à l'hôpital tandis que l'aide-major fait la visite à la caserne ? S'il y a deux régiments la chose est encore plus simple, les médecins s'arrangent de façon à faire le service d'hôpital chacun à leur tour. De cette façon le médecin de régiment ira peut-être moins souvent aux promenades militaires où il n'a que faire, mais il soignera lui-même ses malades et il y gagnera certainement en considération.

Ainsi le personnel actuel peut suffire et, en faisant traiter les soldats malades par les médecins militaires on réalisera même une grande économie, car les médecins militaires prolongent évidemment moins le séjour des militaires

à l'hôpital qui ne semblent faire les médecins civils; les statistiques démontrent que le nombre des journées d'hôpital pour les militaires est beaucoup plus élevé, les maladies étant les mêmes, dans les hôpitaux civils que dans les hôpitaux militaires.

Il faut donc que les médecins militaires soignent leurs malades. Est-ce là le seul amendement à apporter au projet de loi ? — Nous avons indiqué dans un précédent article les nombreux inconvénients du traitement des militaires dans les hôpitaux civils; le soldat a droit, ce nous semble, à être soigné autre part que l'indigent auquel la charité publique accorde une place dans un hôpital. L'Etat n'a pas seulement des droits, mais il a des devoirs, il doit veiller avec soin sur les soldats qui lui sacrifient quelques-unes de leurs plus belles années. Placer un soldat qui, souvent, a reçu une très-bonne éducation, dans le même hôpital que tous les déshérités du sort qui composent la population des hôpitaux civils, c'est peut-être commode, mais est-ce juste? Nous ne le pensons pas et nous croyons qu'il faut admettre en principe *que les militaires doivent être soignés dans les hôpitaux ou ambulances militaires*. Outre les raisons morales qui s'opposent au traitement des militaires dans les hôpitaux civils, il y a des raisons tirées de l'hygiène dont la valeur est encore moins discutable; beaucoup d'hôpitaux civils sont établis dans de mauvaises conditions et en tout cas ils possèdent déjà une population de malades à laquelle viendra s'ajouter le groupe des militaires; il n'est pas un hygiéniste au monde qui ne condamne ce système et qui ne déclare que les maladies prendront certainement un caractère de gravité plus considérable, que la mortalité augmentera notablement dans ce milieu. Les conditions inhérentes à la vie militaire sont déjà peu satisfaisantes, le soldat trouve l'encombrement dans les casernes, il le trouvera désormais à l'hôpital.

Pour soigner 15 à 20 militaires dans une garnison, il n'est pas nécessaire d'avoir un hôpital monumental avec un personnel nombreux d'officiers comptables, de pharmaciens, d'infirmiers, etc., etc.. et nous comprenons que l'on demande la suppression d'hôpitaux comme celui de Saint-Omer il eût été beaucoup plus sage encore de ne pas les construire ; mais ne peut-on pas établir à peu de frais de petits hôpitaux régimentaires? Le système Tollet a donné de bons résultats à Bourges, pourquoi ne pas continuer cet essai?

Si les nécessités budgétaires ne permettent pas, pour le moment, de faire construire dans toutes les garnisons des hôpitaux ou ambulances régimentaires, on pourrait, au moins, formuler ce désidératum dans le projet de loi et n'admettre le traitement des militaires dans les hôpitaux civils qu'à titre de mesure temporaire?

Il nous revient de différents côtés que les projets de loi dont nous venons de faire la critique ont produit un grand découragement parmi les médecins militaires ; leurs espérances ont été si souvent trompées qu'on ne saurait leur reprocher de se montrer un peu pessimistes. La loi sur la réorganisation des services administratifs, votée avec les amendements que nous avons indiqués, consacrera, en somme, un progrès très-réel sur ce qui existe, et la loi sur le traitement des militaires dans les hôpitaux civils ne passera certainement pas telle quelle. Une chose doit rassurer les médecins militaires, c'est que les Commissions chargées, au Sénat et à la Chambre des Députés, d'examiner les lois qui les intéressent si vivement, sont parfaitement compétentes et très-bienveillantes pour le corps de santé; la cause de la médecine militaire ne pouvait pas être mise en de meilleures mains. En 1848, le gouvernement républicain avait préparé une réorganisation de la médecine militaire, le coup d'Etat du 2 décembre empêcha la réalisation de ce projet; espérons que la République de 1870 tiendra les promesses de sa sœur aînée. BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 avril 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. PARROT présente le moule du bras d'un enfant atteint de vaccine anormale. Autour des pustules vaccinales primitives, on voit une éruption confluente de pustules secondaires. M. Parrot ne croit pas qu'il y ait eu autoinoculation ni dans ce cas ni dans celui de M. Dumontpallier, c'est une éruption secondaire développée sous deux influences : une inflammation vive autour des pustules vaccinales et surtout l'état général spécial dépendant de la vaccination.

M. DUMONTPALLIER persiste à croire qu'il y a eu là autoinoculation : car les pustules ont apparu à une époque où ne se produisent pas les éruptions secondaires.

M. TRASBOT a souvent observé chez le cheval des faits analogues. A la suite de l'inoculation du horse-pox, on voit, deux ou trois jours après la première éruption, se faire une éruption secondaire soit sur des points voisins, soit sur des points éloignés. Mêmes faits, mais moins nets dans la race bovine.

M. LABORDE a fréquemment constaté à l'hôpital des Enfants la production du phlegmon, quelquefois même gangréneux, par convergence des pustules vaccinales. D'autres fois des éruptions secondaires se produisent loin du lieu d'inoculation aux jambes, à l'ombilic, etc.

M. Cl. BERNARD ne veut pas se prononcer dans le débat soulevé entre MM. Dumontpallier et Parrot. Il se borne à rappeler les expériences de M. Chauveau qui prouvent que dans la vaccination il y a deux éléments dont les effets sont différents : un état local et une affection générale. En effet, suivant que Chauveau injecte le horse-pox sous la peau ou dans le sang, il obtient une inoculation locale ou générale. Si l'éruption reste localisée, on peut l'attribuer à l'action préservatrice de la première pustule qui empêche l'éruption de se généraliser. Peut-être dans quelques cas la pustule n'a-t-elle pas sa vertu préservatrice avant que l'éruption se soit généralisée ; c'est ce qui expliquerait ces éruptions secondaires.

M. LÉPINE fait une communication sur les phénomènes réflexes qui se produisent dans la sphère du sympathique après injection d'un liquide irritant dans la plèvre. En faisant cette expérience sur un chien curarisé, il a vu la température de la patte antérieure, du côté correspondant monter en 2 minute de 17° 1/2 à 29° 1/2 ; du côté opposé la température ne s'est élevée qu'à 22°. Cette expérience doit être rapprochée de faits cliniques intéressants. Chez un homme, porteur d'un fistule pleurale consécutive à un empyème, pratiqué deux mois auparavant, il a vu se produire à chaque injection irritante, des phénomènes parétiques dans le membre supérieur correspondant. En outre de la paralysie, il y avait de l'amaigrissement, de l'atrophie, du gonflement des synoviales ; ces symptômes disparurent lorsque la fistule se ferma. Dans un autre cas, une injection irritante dans la plèvre produisit un état parétique des 2 membres qui disparut au bout de 4 jours. Il faut rapprocher de ces faits les 2 observations de M. Raynaud. Des injections forcées dans la plèvre amenèrent des accidents épileptiformes avec hémiplégie et même déviation conjuguée des yeux. M. Lépine a observé une fois dans ces conditions de la contracture du membre supérieur droit. Enfin la *Gazette de Strasbourg* rapporte deux faits analogues que l'auteur attribue à tort à des embolies capillaires. En résumé, on peut observer en dehors des troubles vaso-moteurs, une série de phé-

troubles dans la sphère de la motricité, parésie, hémiplégie, accidents épileptiformes, symptômes ordinairement unilatéraux. Toutefois, dans deux cas, on a noté des fourmillements dans le membre du côté opposé.

M. Laborde rappelle l'opinion de M. Moutard-Martin qui attribue dans quelques cas ces accidents à l'irritation des bronches à la suite d'une fistule pleuro-bronchique; M. Laborde a observé chez un chien des accidents épileptiformes à la suite d'inhalations irritantes, dans un cas où cette condition était réalisée.

M. Lépine se rallie à cette opinion pour un certain nombre de cas : dans d'autres, au contraire, il n'existait pas de fistule pleuro-bronchique.

M. Cl. Bernard se demande si certains des phénomènes signalés par M. Lépine ne peuvent pas être attribués à une action directe sur le grand sympathique. M. Bernard a constaté que le froissement d'un ganglion donne lieu à l'élévation de température, à de la parésie.

M. Laborde montre à la Société une poule chez laquelle il a enlevé le cervelet. Cet animal qui, il y a quelques mois paraissait revenu à l'état normal, présente aujourd'hui une hémiplégie avec atrophie du côté droit.

M. de Sinéty a eu l'occasion d'examiner douze fois les membranes provenant de soi-disant dysménorrhées membraneuses. Il trouva une fois un caillot et onze fois des produits d'avortement. M. Renaut, dans six examens analogues, a obtenu pareil résultat. La dysménorrhée membraneuse, dont on ne saurait nier l'existence, semble donc plus rare que certains le croient.

M. Renaut a constaté que, dans un cas de soi-disant dysménorrhée membraneuse, la membrane rendue était formée exclusivement par la couche épithéliale du vagin. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 mai. — Présidence de M. Chatin.

M. Debout dépose sur le bureau de l'Académie un travail manuscrit sur la gravelle urique. Cette note fait suite à la communication dont il a déjà entretenu l'Académie dans la séance du 7 mars dernier.

M. Le Roy de Méricourt, à propos de la lettre adressée à l'Académie par M. Bérenger-Féraud sur la colique sèche des pays chauds, lettre qui a été lue par M. Larrey, désire donner son opinion personnelle et en même temps celle de ses collègues de la marine. Le faisant, il répond à une invitation qui lui avait été en quelque sorte adressée par M. Hardy dans une précédente séance.

Il y a 20 ans, l'étude de la colique sèche des pays chauds, au point de vue plus particulier de sa nature et de sa pathogénie, a suscité dans le corps médical de la marine des discussions considérables et passionnées. Tout le monde s'accordait bien sur les phénomènes symptomatiques, la marche, le pronostic de la maladie ; mais tandis que les uns voyaient en elle une entité morbide toute spéciale, les autres la rattachaient aux formes si variables de l'influence miasmatique, et d'autres encore en cherchaient la cause dans une influence climatérique d'essence inconnue. Un peu plus tard, quelques esprits observateurs frappés des analogies extrêmes que présentait l'ensemble des signes dans la colique du Poitou, la colique de Normandie, du Devonshire, de Madrid, du Sénégal, et la colique des peintres, des potiers, etc., avaient pensé qu'au lieu de chercher pour chacune de ces maladies une étiologie particulière hypothétique, il était plus rationnel de leur attribuer une origine commune, mais se manifestant diversement selon les milieux divers et alors ils avaient eu l'idée d'expliquer toutes ces manifestations morbides par une seule cause, l'empoisonnement plombique.

Cette manière de voir ne fut pas d'abord acceptée, loin de là. Ségond s'efforça de démontrer que la colique sèche naissait sous une influence climatérique particulière aux pays chauds. — Fonssagrives soutint la théorie marématique — M. Leroy de Méricourt lui-même, adoptant les idées de son maître Fonssagrives, défendit dans sa thèse inaugurale l'hypothèse de l'empoisonnement paludéen. — Mais le professeur Lefèvre, avec une autorité et un talent exceptionnels, après de longues recherches sur les conditions de la vie à bord des navires ou dans les différents services maritimes, parvint à démontrer d'une manière irréfutable que les accidents connus sous le nom de colique sèche des pays chauds devaient tous sans exception être rattachés à l'empoisonnement par le plomb. La qualité très-défectueuse de certains ustensiles métalliques, appareils à distillation, poteries d'étain, siphons des charniers, le maniement considérable, au moment des relâches, des subtances plombiques nécessaires aux réparations des machines à vapeur, minium, céruse, litharge, la présence dans le squelette même ou l'aménagement des navires de feuilles de plomb en quantité variable, suffisent pour donner un point de départ occasionnel certain aux manifestations de l'empoisonnement. D'autre part l'incurie, la négligence, l'insouciance et même l'ignorance des hommes du bord expliquent pourquoi certaines catégories d'individus sont plus fréquemment atteintes que d'autres : mécaniciens, chauffeurs, cuisiniers, infirmiers. Si, à un moment donné, on a pu s'appuyer pour essayer de renverser les idées du professeur Lefèvre, sur ce que certains hommes, les nègres et les créoles, semblaient jouir d'une immunité singulière en présence de la colique sèche, c'est qu'il y a eu quelques lacunes dans l'observation des faits.

Et maintenant que la question paraît plus claire, il est facile d'expliquer cette immunité par cette circonstance que les noirs et les créoles ne se trouvent presque jamais dans les mêmes conditions d'intoxication que les Européens. La manière de voir de Lefèvre a modifié les opinions de beaucoup de médecins et en particulier celles de Dutrouleau ; et on peut dire qu'elle est aujourd'hui adoptée par tous les médecins de la marine et des colonies. L'orateur lui-même s'est rendu à l'évidence. Aussi sa conclusion est-elle que la colique sèche n'est pas une maladie spéciale, particulière aux pays chauds, mais bien le résultat d'un empoisonnement par le plomb et qu'alors cette entité morbide doit disparaître du cadre nosologique comme faisant double emploi. La meilleure preuve à donner du rôle immense que joue le plomb dans la genèse de la colique sèche, c'est que depuis un certain nombre d'années, depuis que l'attention de l'autorité supérieure a été attirée sur ce point et que de grandes réformes matérielles ont été ordonnées à bord des navires ou dans les établissements maritimes, le nombre des coliques a diminué d'une façon considérable et tend même à disparaître complétement. Exemple : A Toulon, sur 16,236 certificats de convalescence délivrés en 4 ans, 48 seulement portent la mention : colique sèche ou saturnine. A Brest, en 5 ans, sur 12,000 convalescents, 28 seulement avaient eu la colique. A Rochefort, sur 4,095 convalescents, 3 coliques sèches. Au Gabon, en 2 ans, sur 282 malades, un seul avait eu la colique saturnine. Autre preuve : les Anglais ne connaissent pas la colique sèche, mais ils ne sont qu'exceptionnellement soumis aux influences pernicieuses du plomb et de ses dérivés.

M. Briquet pense qu'il existe un moyen bien simple de trancher la question et de faire le diagnostic différentiel de la colique sèche et de la colique saturnine. Il n'y a qu'à s'assurer du siége précis de la douleur : dans la colique sèche, la douleur doit être intestinale ; dans la colique saturnine, elle est toujours et exclusivement *musculaire*. Si donc le malade souffre de *ses muscles* abdominaux, c'est qu'il est empoisonné par le plomb. La faradisation le guérira instantanément.

M. Rufz de Lavison, qui tient pour l'existence de la colique sèche des pays chauds, objecte à M. Le Roy de Méricourt qu'il n'a parlé que de ce qui se passe à bord des navires, mais non de ce qui se passe à terre. Or, le plomb n'est pas aussi dangereux qu'on le croit généralement, et ses propriétés malfaisantes ne peuvent expliquer les épidémies observées dans les stations maritimes équatoriales.

L'heure étant avancée, la discussion sera continuée dans la prochaine séance. L'Académie se forme en comité secret à 4 heures 1/2. M. L.

M. Bert Paul, professeur à la Faculté des sciences, député, est nommé membre du comité des travaux historiques et des sociétés savantes, section des sciences.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 21 janvier 1876. — Présidence de M. Charcot.

27. Dilatations sacciformes et cupuliformes de la crosse de l'aorte. Rupture dans le péricarde ; par M. F. Balzer, interne des hôpitaux.

C..., 45 ans, entre le 7 janvier 1876, au n° 13, salle Sainte-Marthe, dans le service de M. Empis (Charité). — Cette femme, dont la santé avait été assez bonne jusque-là, raconte que depuis la guerre, elle a eu plusieurs hémoptysies. Celles-ci ont même commencé pendant le siége, sans s'accompagner d'amaigrissement, de sueurs nocturnes, ni de toux habituelle. Depuis ce temps, elle a souvent eu la figure gonflée et un peu violette, comme elle est encore actuellement.

Il y a quatre jours, elle fut prise tout à coup d'un point de côté assez fort, accompagné de frissons violents. Dix-huit mois auparavant, elle avait été prise de la même façon, d'un point de côté également à gauche, et s'était rétablie assez promptement. Submatité légère, à la percussion, en arrière et à gauche. Râles crépitants, accompagnés de frottements pleuraux, et d'un léger chevrottement de la voix. — La matité du cœur est très-étendue, le choc de la pointe insensible, les battements sont très-sourds. On ne distigue pas de souffle ; le pouls est régulier, mais petit. Léger œdème des jambes.

Les jours suivants, elle reste absolument dans le même état. Du côté du cœur et de la poitrine, les symptômes ne subissent aucune modification malgré l'application d'un large vésicatoire. Elle a seulement de temps en temps un peu d'oppression, et un sentiment de gêne dans la poitrine. Elle conserve aussi un peu de fièvre. Le soir, la température axillaire oscille entre 38° et 38°,5.

Le 16 janvier, à 11 heures du matin, elle est prise tout à coup après son repas, d'un accès d'oppression ; elle devient bleue, s'assied sur son lit vivement, en demandant du secours. Mais, on n'a que le temps d'appliquer quelques sinapismes, la respiration s'embarrasse de plus en plus, elle meurt en quelques minutes.

Autopsie. — Les *poumons* sont sains, le droit est seulement un peu congestionné. Le gauche présente en arrière quelques adhérences molles et récentes. Il parait moins volumineux, et comprimé par le cœur, principalement à sa base. Les ganglions bronchiques sont hyperthrophiés et noirs d'anthracose. La trachée est saine, mais parait un peu refoulée de gauche à droite par la crosse de l'aorte.

Le *péricarde* parait très-distendu, et occupe une surface considérable. En l'incisant, on voit qu'il adhère au cœur dans une grande partie de son étendue. Les deux feuillets du péricarde sont recouverts de néo-membranes, molles, récentes, présentant l'aspect caractéristique de la langue de chat. Ces néo-membranes sont colorées par le sang, qui forme un épanchement considérable à la face postérieure du cœur et sur ses bords. Ce sang se présente sous l'apparence de caillots noirs, adhérents aux pseudo-membranes, surtout au point d'insertion du péricarde sur les gros vaisseaux, à ce niveau, ils sont enchevêtrés dans les filaments formés par les néo-membranes, dont ils se détachent néanmoins avec facilité. Ces caillots pèsent 160 grammes.

On cherche alors à découvrir le point où une lésion vasculaire a déterminé cet épanchement. L'eau introduite par les ventricules s'écoule par les artères sans refluer au dehors. On incise alors l'aorte thoracique qui est dilatée, très-athéromateuse, et l'on arrive à une dilatation sacciforme considérable, située à deux centimètres environ au dessus de l'orifice aortique qui lui-même est très-élargi.

Cette cavité, de forme à peu près conique, ne renferme pas de caillots. Elle présente environ trois centimètres d'étendue dans tous ses diamètres, et semble dirigée de haut en bas et un peu d'avant en arrière. Dans la partie inférieure de sa circonférence, on voit dans presque toute la largeur de l'aorte, une saillie formée par les membranes internes : on dirait au premier abord qu'il y a eu là une déchirure qui semble récente encore dans certains points, plus ancienne sur d'autres, où la paroi aortique semble se continuer directement avec la membrane lisse qui tapisse la face interne de l'anévrysme.

Il semblerait même que celui-ci a dû se former à la suite de cette déchirure, suivie plus tard d'une réparation des bords de la plaie artérielle. Au-dessous de cette première [illegible], et plus près de l'orifice aortique, on en trouve une seconde séparée de la première par un intervalle de un ou deux millimètres, et au niveau de laquelle la membrane interne paraît décollée, mobile sur les couches profondes. A ses deux extrémités, on trouve deux dépressions profondes, irrégulières ; celle qui est située à l'extrémité postérieure est limitée par la membrane externe ; mais en examinant avec soin la dépression antérieure, on voit l'extrémité d'un caillot noir cheminer dans l'artère. Explorant alors avec précaution de dedans en dehors avec un stylet, nous voyons que ce caillot se terminait au niveau d'une perforation très-petite, d'un millimètre de diamètre environ qui venait s'ouvrir dans le péricarde à l'endroit où celui-ci vient s'insérer sur l'aorte.

Le reste de la surface de la crosse présente, en outre, plusieurs ectasies partielles, sous forme de cupules arrondies, à circonférence tantôt régulière, tantôt ovalaire ou ellipsoïde à bord tranchant et saillant au-dessus du fond de l'anévrysme, ou déprimé et le rejoignant en pente douce. Quelques unes admettent facilement la pulpe du doigt, d'autres sont beaucoup plus petits, et capables de recevoir tout au plus un pois chiche. On en trouve plus d'une vingtaine. Quelques-unes sont vides, à parois lisses, minces, transparentes ; d'autres renferment des caillots anciens, adhérents, présentant assez bien la couleur et l'aspect de la chair musculaire et se prolongeant parfois hors de la cavité, en adhérant à la membrane interne de l'aorte. On voit quelques caillots de même apparence, étalés sous forme de membranes très-minces, à la surface de l'aorte.

Revenons maintenant au cœur lui-même. Les parois du ventricule gauche présentent deux centimètres ou deux centimètres et demi d'épaisseur. La valvule mitrale est saine. Le ventricule droit est dilaté, ses parois sont chargées de graisse, mais présentent leur épaisseur normale. L'artère pulmonaire est très-dilatée.

Le foie est gros, très-congestionné, ainsi que les reins. — La rate est saine, ainsi que les intestins et les organes génitaux. Les artères du cerveau sont un peu athéromateuses ; nous n'avons pas trouvé d'anévrysmes miliaires.

Examen microscopique. — Les pièces ont été examinées après durcissement dans la gomme et l'alcool. Sur des coupes faites dans la paroi de l'anévrysme sacciforme, on voit d'abord que les trois tuniques sont amincies. De la tunique moyenne surtout, il ne reste plus que quelques fibres élastiques isolées et séparées les unes des autres par des faisceaux de tissu conjonctif. Les deux tuniques externe et interne semblent, pour ainsi dire, confondues; sur cette dernière on voit, en certains points, une prolifération cellulaire abondante.

Sur le point correspondant à la déchirure [illegible] que nous avons décrite, on voit au [illegible] tuniques de l'aorte, une grande [illegible] formes et de noyaux fortement colorés [illegible] élastiques subissent une interruption brusque [illegible] avaient été le siége d'une rupture. Des groupes de cellules [illegible] prolongent dans leurs faisceaux dissociés : indiquant [illegible] fait là un travail irritatif très-intense. D'ailleurs, la membrane interne est vascularisée à ce niveau : quelques uns des vaisseaux de nouvelle formation sont même arrivés à un degré de développement très-avancé, et sont entourés d'une zone de cellules fusiformes. Cette prolifération cellulaire se voit aussi dans la portion de l'aorte voisine de l'anévrysme. Elle est extrêmement abondante sur les limites de celui-ci : [illegible] trouve plus là que quelques îlots de fibres élastiques [illegible] dans la portion la plus externe de la paroi. Comme on le voit, le travail inflammatoire est plus intense sur les limites de l'anévrysme que dans sa partie centrale où la paroi n'est plus guère formée que par les tuniques interne et externe distendues sous l'effort de la pression sanguine. Après avoir dû son origine à une destruction partielle de la tunique moyenne, et son accroissement à la distension progressive des deux au-

tres tuniques, l'anévrysme continuait donc à s'accroître à la périphérie sous l'influence du même processus qui avait déterminé son apparition.

La paroi de l'aorte, offre un aspect tout différent au niveau des dépressions irrégulières dont nous avons parlé. On voit là une accumulation considérable de globules blancs formant de petits foyers purulents encore incomplètement vidés. La tunique moyenne est complétement détruite, et la membrane interne très-amincie ou même détruite, flotte au-dessus du foyer, recouverte par un caillot formé de fibrine et de globules blancs. Comme nous l'avons vu, la perforation dans le péricarde s'est faite au niveau d'une dépression analogue, et c'est à la suite de l'évacuation d'un foyer purulent semblable que le sang a dû faire irruption dans cette cavité séreuse.

Sur les anévrysmes cupuliformes, on trouve les trois tuniques profondément modifiées. La tunique moyenne ne renferme plus qu'une très-faible quantité de fibres élastiques ; au niveau du rebord saillant de l'anévrysme, les tuniques interne et externe sont épaissies et l'on voit les fibres élastiques de la couche moyenne présenter plusieurs interruptions comblées par une grande quantité de noyaux. Elles deviennent ensuite grenues, et finissent par disparaître tout-à-fait dans la paroi de l'anévrysme où elles sont remplacées par des granulations auxquelles l'acide picrique donne une coloration verte très-foncée. La paroi de ces anévrysmes reste donc formée, de même que celle de la grande dilatation sacciforme par les tuniques interne et moyenne dilatées, et renfermant en quelques points des petits groupes de granulations graisseuses.

Les îlôts de fibres élastiques réduites à l'état de granulations sont encore plus rares dans la paroi des anévrysmes qui renferment des caillots, et la prolifération cellulaire y paraît plus abondante surtout au niveau de leur bord tranchant.

Les caillots sont formés de couches stratifiées : les plus profondes sont en contact avec la paroi de l'anévrysme, et présentent l'aspect d'une substance amorphe colorée en jaune par le picro-carminate. Les autres couches plus superficielles sont formées par des amas de globules rouges, se présentant sous l'aspect de zones concentriques, séparée les uns des autres par des traînées fortement colorées par le carmin et qui paraissent constituées principalement par des globules blancs.

M. HAYEM. J'ai étudié l'an dernier un anévrysme comparable à celui-ci, mais siégeant sur un vaisseau de bien moindre calibre, sur la vertébrale; c'était un type d'anévrysme mixte externe ; la tunique interne était rompue et flottait décollée dans l'artère ; la tunique moyenne était sclérosée.

28. Rétrécissement de l'urèthre. Infiltration urinaire. Infection urineuse. Mort ; par M. Ch. Richet, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'un homme âgé de 54 ans, entré à la Pitié dans le service de M. le professeur Verneuil, dans les premiers jours de janvier.

Le malade n'urinait pas, ou urinait mal ; il avait en même temps un phlegmon gangréneux de toute la verge, conséquence d'une infiltration urineuse. Le phlegmon n'avait pas encore gagné le scrotum qui cependant était rouge et commençait à s'infiltrer. L'urine s'écoulait goutte à goutte. La région rénale était très-douleureuse. Quant à l'abdomen, il était légèrement sensible à la pression, mais sans tuméfaction ni rougeur.

La figure était grippée, anxieuse : la langue sèche et couverte de fuliginosités ; de plus une agitation extrême, sans délire, une soif vive, et quelques hoquets.

M. Verneuil par une large incision débrida le prépuce ; et il fit en outre plusieurs grandes ouvertures sur la verge ; il s'en écoula un liquide sanieux, infect, exhalant une odeur ammoniacale et mélangé à des lambeaux sphacélés de tissu cellulaire.

Le lendemain l'agitation avait diminué, et nous apprîmes que X... avait eu autrefois une blennorrhagie, qui avait duré deux ans, qu'à la suite, il avait eu un rétrécissement, et que ce rétrécissement avait souvent nécessité des soins chirurgicaux. Le même jour on put sans trop de difficulté passer une petite sonde et vider la vessie. A partir de ce moment le malade put uriner sans être sondé. Mais les phénomènes généraux s'aggravèrent rapidement. En effet le 10 janvier, à la visite, on constata qu'il avait à droite tous les signes d'une congestion pulmonaire étendue. Bientôt le poumon gauche fut atteint à son tour, l'agitation augmenta, puis le délire, puis le coma, et enfin la mort arriva le 12 dans la nuit, sans convulsions.

Autopsie. Le *foie* était graisseux et congestionné *foie muscade* au premier degré . Le cœur était légèrement stéatosée. L'estomac était très-dilaté et sa muqueuse enflammée. Les poumons étaient congestionnés, ramollis et comme hépatisés, cependant ils surnageaient. Le *rein* ne présentait pas d'autre altération qu'une congestion intense.

En ouvrant avec précaution l'*urèthre* depuis le gland jusqu'a la vessie, nous trouvâmes le canal libre dans presque toute son étendue, sauf à la région membraneuse. Là au niveau du bulbe, siégeait un rétrécissement en forme de cône double ainsi que la plupart des rétrécissements dits inflammatoires. En arrière, était une solution de continuité donnant dans une large poche qui s'étendait autour du canal comme une gaîne et l'entourait de tous côtés. En arrière, cette poche urineuse s'ouvrait dans le tissu cellulaire de la verge, et c'est par là évidemment qu'avait dû se faire jour le liquide pour infiltrer et sphacéler les tissus. La vessie était petite, ratatinée, contenant quelques grammes d'urine très-chargée de pus ; la muqueuse vésicale était légèrement enflammée.

Au point de vue de la cause immédiate de la mort, trois hypothèses se présentent : la pneumonie ; l'urémie ; l'infection urineuse. Mais la pneumonie, si elle existait était très-légère, c'était plutôt une congestion pulmonaire septicémique qu'une pneumonie franche. Quant à l'urémie, il est impossible de la reconnaître dans certains des symptômes, et d'ailleurs les reins n'étaient pas altérés. Donc la dernière hypothèse est seule possible, et le malade est mort d'infection urineuse

Cependant cette infection urineuse nous présente un phénomène particulier qui la rapproche jusqu'à un certain point de l'urémie, c'est l'abaissement relatif de la température, malgré la complication pulmonaire. Enfin, il faut faire remarquer que ce malade était probablement alcoolique, malgré ses dénégations à ce sujet. La stéatose des organes, l'état de l'estomac et la forme rapide des accidents permettent de faire cette hypothèse. Donc, pour résumer, ce malade est mort d'infection urineuse ; et son histoire pourra servir à établir les différences et les rapprochements entre cette affection et l'urémie proprement dite.

Quant au rétrécissement de l'urèthre, il ne présente rien d'anormal. Ce qu'il y a de particulier c'est le siége de l'infiltration qui, au lieu d'envahir le scrotum et le périnée, avait gagné le tissu celluleux de la verge ; mais il est probable qu'il y a eu comme deux degrés dans la maladie. Dans le premier degré, il s'est formé une poche urineuse en arrière du rétrécissement, poche qui s'est étendue tout autour de l'urèthre, et le second degré a été la rupture même de cette poche.

M. Longuet. M. Richet n'a pas signalé de rétrécissement en avant du bulbe ; en règle générale cependant, il existe un rétrécissement à la région bulbaire, lorsqu'on en rencontre d'autres dans les parties antérieures.

29. Contusion de l'abdomen ; rupture de l'intestin grêle et du mésentère, disjonctions des symphyses subienne et sacro-iliaque gauche, fracture multiple du bassin ; par M. A. Chevallereau, interne des hôpitaux.

B... Pierre, mécanicien, 42 ans, est entré le 18 janvier, à Saint-Antoine, (service de M. le Dr Benjamin Anger). — Cet homme était apporté d'une usine de la rue de Charenton, où il venait d'être violemment comprimé entre deux chaudières : Il était très-pâle ; son pouls, petit et régulier, battait 100 fois par minute. Le ventre était ballonné et le malade se plaignait d'une douleur dans tout l'abdomen. Les envies d'uriner étaient constantes mais sans expulsion d'urine. Il n'y avait d'ailleurs rien d'apparent à l'examen du malade ; on ne trouvait à l'extérieur ni ecchymose, ni plaie, aucune trace de contusion.

Peu après son arrivée, le malade commença à vomir et il vomit ainsi pendant toute la nuit. Il eut un saignement de nez. Il se plaignait continuellement de sa douleur de ventre et le mercredi matin à 9 heures il succomba.

AUTOPSIE. — Après avoir fait la section médiane des parois antérieures de l'abdomen, on voit immédiatement une injection assez considérable des deux feuillets viscéral et pariétal du péritoine. Dans l'interstice des anses intestinales on voit une matière d'un gris jaunâtre ayant l'odeur aigre des aliments en partie digérés. En un point de jejunum, à 70 centimètres environ du pylore, on trouve une perforation, une rupture de l'intestin qui s'est rompu de dedans en dehors, probablement par le même mécanisme qu'une vessie distendue par des gaz et sur laquelle on exercerait une compression. Sur le pourtour de cet orifice, la muqueuse renversée en dehors recouvre les autres tuniques de l'intestin.

On trouve des épanchements sanguins entre les deux feuillets du mésentère et il existe en un point de ce mésentère une perforation entourée de parties ecchymosées, perforation irrégulièrement circulaire et du diamètre d'une pièce de 2 francs environ.

Il n'existe pas de rupture des autres organes de l'abdomen ; on trouve seulement un épanchement sanguin dans la région de rate. — Dans le bassin, la vessie est complétement revenue sur elle-même, de sorte que son calibre est à peu près celui d'un utérus à l'état de vacuité.

Il y a disjonction de la symphyse du pubis avec arrachement des ligaments. L'os iliaque du côté droit est fracturé au niveau de la branche horizontale et de la branche descendante du pubis. La symphyse sacro-iliaque gauche est également disjointe et de plus il existe de ce côté une fracture de la partie supérieure et postérieure de l'os iliaque auprès de l'articulation. — Il n'y a rien d'anormal du côté du thorax.

30. Croup chez l'adulte — Accès de suffocation. — Trachéotomie. — Mort par hémorrhagie, 10 heures après; par M. Avezou, interne des hôpitaux.

Ch. M.., 33 ans, d'une forte constitution, se déclare enceinte de six mois et demi. Elle fait remonter sa maladie à quinze jours. A ce moment elle eut mal à la gorge avec fièvre. Pendant deux ou trois jours elle fut obligée de suspendre son travail et de rester à la chambre. Le 11 janvier elle essaya de retourner à son étalage, mais elle ne put y rester que jusqu'à midi. A partir de ce jour elle devint plus malade. Un médecin appelé le lendemain prescrivit un vomitif. Mais il n'y eut pas d'amélioration. La respiration devint de plus en plus gênée. La voix s'affaiblit.

Le dimanche 16 janvier au matin, quinze jours après le début du mal de gorge, il y a menace de suffocation.

16 janvier. La malade entre à la Maison de Santé (service de M. Ed. Labbé). Ce qui frappe dès l'abord, c'est une cyanose très-marquée de la face et des extrémités, et un tirage très-considérable comme chez l'enfant atteint de croup.

La voix est absolument éteinte. A l'examen de la gorge on ne constate ni fausses membranes, ni ulcération, ni rougeur très-vive. On ne peut savoir si les jours précédents il y avait des fausses membranes à la gorge, la malade n'en a pas rendu chez elle. En explorant avec le doigt l'ouverture supérieure du larynx, on sent principalement à droite un petit bourrelet. Cependant l'expiration n'est pas plus libre que l'inspiration. L'auscultation du larynx et de la trachée ne fournit aucun signe. A la poitrine la résonnance est normale des deux côtés.

La respiration s'entend dans toute l'étendue des deux poumons; et il n'existe de râles d'aucune sorte. — Les battements du cœur sont précipités et un peu faibles. Pas d'œdème de jambes. — Anesthésie déjà avancée : on peut pincer très-fortement la peau sans provoquer de douleur.

La *trachéotomie* est pratiquée par M. Marc Sée. Pendant l'opération il y a menace de syncope. L'incision des couches profondes ne donne pas beaucoup de sang. Après l'ouverture de la trachée, la malade expulse un lambeau de fausse membrane très-étroit, mais long de 7 à 8 centimètres.

Le soulagement est d'abord très-évident, mais après l'introduction de la canule, une hémorrhagie assez abondante se fait entre la canule et la partie inférieure de la plaie. Du sang s'échappe aussi par la canule. Après de grands efforts, la malade rejette par la canule un second lambeau de fausse membrane. — L'hémorrhagie diminue graduellement ; elle cesse au bout de dix minutes; et une demi-heure après la trachéotomie, la malade respire librement.

A la contre-visite, la malade a repris son teint normal. Les extrémités se sont réchauffées : P. 120 à 128 ; T. axillaire, 38° ; R. 32. Le mieux persiste dans toute la soirée. A 11 heures 45 minutes, la face se décolore subitement, et la malade meurt en rejetant du sang par la canule.

AUTOPSIE. — Une dissection attentive de la plaie du cou faite par M. Sée, montre qu'aucune artère même de petite importance n'a été divisée. — Les veines du corps thyroïde sont très-développées, et l'on peut supposer que l'hémorrhagie, bien que secondaire, a dû être veineuse.

Larynx. — Toute la surface interne du larynx est tapissée de fausses membranes qui s'arrêtent sur les bords de l'épiglotte. Les deux replis aryténo-épiglottiques sont tuméfiés, mais non pas suffisamment pour boucher l'ouverture supérieure du larynx. La glotte inter-ligamenteuse est entièrement fermée, et la glotte inter-cartilaginense considérablement rétrécie par les fausses membranes.

La trachée et les bronches sont remplies de caillots : le sang a pénétré jusque dans les dernières ramifications bronchiques. Les fausses membranes du larynx, se prolongent sur la trachée et les deux grosses bronches. Elles s'arrêtent aux premières divisions de ces grosses bronches. — Les *poumons* sont absolument sains.

Au *cœur* on constate les lésions d'une péricardite ancienne. Le péricarde adhère au sternum. Il adhère aussi à la face antérieure du cœur et à la plus grande partie de la face postérieure. Seule la pointe du cœur est libre d'adhérences. Du côté de l'endocarde, sur la face auriculaire de la valvule mitrale, il existe deux points très-nets *d'endocardite végétante.*

Le tissu du *foie* est ramolli.

Les *reins* très-congestionnés, sont ramollis aussi, presque diffluents. Pendant la vie on n'avait pu recueillir de l'urine.

Sur *l'estomac* et *l'intestin* on ne constate aucune lésion.

Utérus. L'utérus contient un fœtus non décomposé, paraissant âgé de 6 à 7 mois, et qui n'aurait pas encore pu être viable.

Les accès de suffocation et le tirage chez les adultes atteints de croup ne sont pas très-communs ; ou du moins on ne les observe, d'après Trousseau, que lorsque la diphthérie a gagné les dernières ramifications bronchiques.

Ici au contraire, lorsque la trachéotomie a été pratiquée, l'asphyxie était imminente, et cependant les fausses membranes ne s'étendaient pas au-delà des deux grosses bronches. — Il ressortirait donc de ce fait que, dans certains cas de croup chez l'adulte, la mort peut avoir lieu, par obstacle à l'entrée de l'air, avant que l'économie ait eu le temps d'être infectée par la diphthérie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 mai 1876. — Présidence de M. Houel.

Une proposition rédigée par M. Verneuil et signée par 13 membres de la Société, a été déposée sur le bureau pendant la dernière séance. Les signataires proposent à la Société de chirurgie, usant de son initiative, de prendre les mesures nécessaires pour provoquer, lors de la grande exposition nationale de 1878, un congrès exclusivement destiné à l'étude des questions chirurgicales. Une commission composée de MM. Verneuil, Larrey, Le Fort, Trélat et Guyon est nommée pour examiner la question.

M. le Président avertit la Société que le bureau a cru devoir s'associer au deuil de la famille de M. Charrière à qui la chirurgie française est redevable de si grands services.

M. Le Fort, en sa qualité de professeur de médecine opératoire à la Faculté, rappelle en quelques paroles applaudies par ses collègues, quelle a été la vie de Charrière et quels grands progrès il a fait faire à l'art chirurgical.

M. Trélat présente au nom de M. le docteur Landolt un ophthalmoscope qui permet d'évaluer facilement le degré de refraction des milieux de l'œil. A l'aide d'un mécanisme ingénieux, cet instrument, d'un très-petit volume, peut remplacer

tous les verres de la boîte ordinaire à ophthalmologie. — M. PERRIN adresse quelques reproches à cet instrument, tout en reconnaissant cependant l'ingéniosité de la disposition.

M. PÉRIER lit un rapport sur deux observations d'*hydrorachis traité par la ligature élastique*, présentées par M. le docteur Mouchez (de Sens). Il s'agit, dans la première, d'un enfant qui naquit avec un spina bifida de la région lombaire ; la tumeur descendait jusqu'au creux poplité. La communication avec la cavité rachidienne était large, la tumeur tendue et la peau mince. Après trois ponctions faites à un jour de distance, il pratiqua la ligature élastique à l'aide d'un anneau en caoutchouc. Quelques petits accidents survinrent, mais la guérison était complète au dix-huitième jour. La deuxième fois, il fut moins heureux ; le jeune enfant mourut le huitième jour.

M. Périer rapporte deux autres observations de spina-bifida traitées de la même façon. Cette méthode, il faut le dire, a réussi pour la moitié des cas; mais elle expose les enfants à de graves accidents et elle doit être, à son avis, réservée pour des cas particuliers. Un chirurgien anglais, M. J. Morton traite tous les spina-bifida par l'injection de 3 à 4 grammes d'une dissolution de 2 parties d'iode et 6 parties d'iodure de potassium dans 100 grammes de glycérine. Ce mélange paraît être peu diffusible, il amène la guérison sans produire l'inflammation des méninges rachidiennes.

M. BLOT trouve tout-à-fait inopportun d'opérer ces petits malades avant d'avoir attendu pour reconnaître ce que deviendra la tumeur. Très-souvent, elle guérit seule ou du moins diminue beaucoup de volume

M. POLAILLON est de l'avis de M. Blot; il faut attendre, surtout quand on reconnaît que la poche est formée en partie par la peau et les membranes du canal rachidien. Cependant si la tumeur augmentait de volume, ou si elle occupait une position gênante, le cou par exemple, on peut agiter la question de l'opération. Il rejette, dans ce cas, l'injection iodée à moins qu'il n'existe plus de communication entre la tumeur et le canal rachidien ou qu'elle soit si étroite qu'on puisse l'obturer momentanément pendant l'action du liquide irritant. Il donne la préférence à la ligature élastique qui lui semble moins dangereuse, alors même qu'il y aurait des nerfs contenus dans le spina-bifida.

M. LARREY dit que l'hydrorachis ne nécessite pas toujours une intervention immédiate et qu'il est parfois compatible avec la vie; car il a vu autrefois à l'hôpital Cochin un infirmier âgé de 28 ans porteur d'un hydrorachis de la région lombaire.

M. GUÉNIOT non-seulement n'est pas partisan des injections irritantes, mais encore il trouve les simples ponctions dangereuses. Il conseille donc, lui aussi, de ne pas toucher à la tumeur. Si l'on peut arriver à la protéger contre les violences extérieures, ce qui est souvent difficile, il faut le dire, on peut espérer que la communication entre la poche et le canal rachidien s'obturera peu à peu.

M. HOUEL partage l'avis de ses collègues quant à l'expectation. Il a eu l'occasion d'examiner avec Cruveilhier un grand nombre de cas de spina bifida, il y a toujours trouvé des nerfs. Dans certaines régions, on y trouve la moelle. I. B.

BIBLIOGRAPHIE

West Riding Lunatic Asylum medical Reports. vol. V. Edited by J. CRICHTON BROWNE. London, Smith, Elder and C°.

Dans ce nouveau volume, M. J. Crichton-Browne a réuni une série de travaux originaux ayant trait à la pathologie du système nerveux. On peut les ranger sous trois chefs : 1° les affections convulsives; 2° la pathologie mentale ; 3° l'anatomie normale et pathologique des centres nerveux.

Nous trouvons en tête du premier groupe un travail intéressant de *Ferrier, Sur le vertige labyrinthique*. L'importance de cette question en nécessitera une étude à part.

1. *J. Merson. Influence du régime dans l'épilepsie.* Dans le troisième volume du même recueil, M. Jackson concluait que l'alimentation amylacée était plus favorable aux épileptiques qu'une nourriture azotée, c'est ce que l'auteur s'est appliqué à confirmer. Dès la 1re page de son mémoire, M. J. Merson rappelle la grande loi de la corrélation des forces physiques ; dans un langage véritablement scientifique, il montre les transformations de la matière inorganique, qui pénètre dans le végétal et s'y organise sous l'influence des rayons solaires. Ce végétal, devenu aliment, introduira dans un organisme supérieur toutes les activités potentielles dont il est comme imprégné ; sous l'influence des forces physiques et chimiques, sans introduire l'hypothèse d'un principe vital, une partie de l'aliment sera assimilée, une autre sortira de l'organisme sous forme d'excrétion. Selon la structure de chaque tissu, telle ou telle partie de l'aliment servira à la nutrition, et l'activité, la manifestation dite vitale de ce tissu ne sera qu'un acte de dénutrition que la mise en liberté d'une force à détermination nouvelle, mais cependant en rapport direct de causalité avec le mode de formation du composé alimentaire.

Le Dr Thudichum, étudiant le cerveau, y démontre plusieurs ordres de composés chimiques, ce sont : des principes albuminoïdes, phosphorés, azotés, hydrocarbonés et minéraux. Les rapports de ces différents composés sont modifiés par l'alimentation; n'en est-il pas de même pour d'autres organes ? Parkes a prouvé que l'énergie du cœur diminue sous l'influence d'une nourriture azotée; il semble en être de même pour l'activité cérébrale, diminuer la quantité de matières albuminoïdes contenues dans le cerveau, serait donc, dit l'auteur, éloigner les chances de congestions subites, qui, selon lui, causent les accidents épileptiques.

Vingt-quatre malades ont été divisés en deux séries; la première soumise à un régime très-azoté, et la seconde nourrie à l'aide de matières grasses et amylacées; douze malades furent soumis à chacun des régimes pendant un mois, puis changèrent de nouriture pendant un second mois. L'alimentation azotée semblait ajouter à la lourdeur d'esprit et à la morosité des sujets; en outre, les accès étaient assez fréquents; le régime amylacé, au contraire, parut diminuer les accès, au moins comme intensité, et éveiller un peu l'intelligence des malades. Cependant sur les 24 sujets, 14 seulement eurent beaucoup moins d'accès pendant la diète amylacée, 4 furent stationnaires, et 6 furent améliorés par le régime azoté, ce que l'auteur attribue à des conditions individuelles, et surtout au peu de durée de l'expérience comparée à la ténacité de la névrose. On a essayé aussi d'administrer le phosphore dans le cours de chacune de ces expériences, mais les résultats furent contradictoires, les accès furent tantôt augmentés, tantôt diminués.

2. *Hughlings Jackson. — Insanité temporaire après les attaques épileptiques.* L'auteur fait observer, avec raison, la fréquence d'accès maniaques dans les hôpitaux généraux, dans le cours des affections aiguës. De même, on a souvent à étudier les troubles passagers de l'intelligence qui succèdent à l'épilepsie: souvent ils s'accompagnent d'attentats contre les personnes : le médecin a, vis-à-vis de la loi, à juger du degré de responsabilité de l'accusé, souvent même, les accès les moins prononcés comme manifestations extérieures sont les plus graves comme conséquences intellectuelles ; en ne s'occupant nécessairement pas de la démence qui succède à un état de mal persistant. Morel, Falret, Trousseau, Delasiauve, etc., ont étudié les formes de l'épilepsie larvée. Dans ces cas on obéit à une sorte de réflexe cérébral. C'est ce que Jackson désigne par l'automatisme mental, mais il croit que dans tous ces cas il y a eu une petite attaque épileptique, souvent un simple vertige, quelquefois méconnu par les assistants à cause de sa fugacité; pour lui, tous ces actes sont *post épileptiques*. Le médecin doit être guidé dans l'étude de ces désordres temporaires, non par leur gravité au point de vue social, mais bien par la complexité des actions cérébrales qui entrent en jeu, l'intervention de la volonté n'est pas toujours nécessaire même dans les actes ordinaires de la vie; ne voit-on pas un musicien, par exemple, jouer un air tout en participant à une conversation; un épileptique peut de même continuer normalement un acte normal tout en ayant perdu la conscience de ce qu'il fait, ou bien il se livrera à un acte ridicule. L'auteur en cite d'intéressants exemples. Quelquefois ces actes seront de nature délictueuse tout en n'étant pas *physiologiquement* plus compliqués; enfin, dans des cas malheureusement fréquents, un

malade se portera à des violences sur lui-même, ou sur d'autres personnes, sans qu'un œil, même exercé, puisse discerner s'il est encore en état de mal ; dans ces cas il importe d'éclairer le jugement du magistrat, et surtout de tenir compte de l'histoire pathologique du malade. Dans ces dernières années, en France, on a observé des cas de ce genre, nous ne ferons que rappeler celui de Thouriot, l'assassin de la rue Cujas.

3. *Wallis — Emploi de l'hydrate de chloral dans les convulsions épileptiques.* Entre les mains de l'auteur le bromure de potassium n'aurait donné aucun résultat important dans le traitement de l'épilepsie, le chloroforme serait préférable, mais on ne peut en continuer longtemps l'inhalation sans dangers.— L'auteur a alors essayé le chloral à petites doses répétées, sur des malades épileptiques de naissance ou par suite de traumatismes, ainsi que sur plusieurs paralytiques affectés de convulsions épileptiformes.—Les accès furent reculés, l'intensité des convulsions diminuée; bientôt le pouls et la respiration revenaient à l'état normal; enfin les accès cessaient rapidement.

Selon l'auteur, le chloral agit en produisant le sommeil, le relâchement musculaire, et abaissant la température par la diminution graduelle et progressive des battements de cœur et des mouvements inspiratoires.—La substance grise serait ainsi moins excitée, engourdie en quelque sorte.— On administrera le médicament en injections sous-cutanées ou par le rectum, l'injection par la bouche amenant souvent des vomissements. — Depuis l'emploi de ce traitement au West Riding Asylum, les cas de mort ont notablement diminué chez les épileptiques.

A suivre. H. de Boyer.

VARIA

Joseph-Frédéric Charrière.

Le fondateur de l'industrie des instruments de chirurgie dans notre pays, le maître de la plupart des fabricants actuels de la France et des pays étrangers, le collaborateur des plus grands chirurgiens du siècle, Charrière, vient de mourir à Paris dans sa 74e année. Un seul homme avait qualité pour parler au nom des chirurgiens sur la tombe de celui qui a rendu tant et de si grands services à la thérapeutique chirurgicale, c'était M. le professeur Lefort qui, malheureusement et à son grand regret, s'est vu matériellement obligé d'abandonner ce devoir et cet honneur.

Charrière naquit, je crois, dans le canton de Fribourg en Suisse au commencement de 1803. Il vint à Paris en 1815 et resta apprenti coutelier jusqu'au moment où, son patron étant mort, il devint à 18 ans, chef d'une maison infime, perdue au fond de la cour Saint-Jean-de-Latrau aujourd'hui disparue.

C'était un homme grand et robuste, d'une énergie physique et morale extraordinaire. En 1824, il se maria heureusement ; en 1833, il transféra son atelier rue de l'Ecole de Médecine où, dix ans après, travaillaient 40 ouvriers, nombre aujourd'hui quintuplé. La première période de la vie de Charrière fut difficile. Il fréquentait les cliniques et les amphithéâtres, faisait de ses mains et à ses frais, essais sur essais, pour réaliser ses conceptions ou celles des autres ; et le soir, lorsque la journée faite, la boutique était vide et l'atelier fermé, l'infatigable artisan descendait à la forge et forgeait toutes les pièces qui devaient occuper ses limeurs le lendemain.

Peu de temps après les débuts de Charrière, le bruit de sa jeune renommée parvint aux oreilles de Dupuytren qui voulut se le faire présenter et devint à la fois son conseiller, son protecteur et son ami. A cette époque, Charrière construisit le *lithotome à deux lames* et bien d'autres instruments ; tous les matins, il accompagnait le grand chirurgien depuis l'Hôtel-Dieu jusqu'à son domicile du quai Voltaire, prenant ses ordres pour le lendemain. Il s'était rendu indispensable, Dupuytren lui-même le reconnaissait.

Si la vie de Charrière fut laborieuse, pénible, si elle fut attristée par de grands chagrins domestiques à l'époque de la mort prématurée du fils qui lui avait succédé, elle fut aussi embellie par des succès de toute sorte. Sa réputation est plus qu'européenne ; son nom a pénétré dans tous les pays avec ses instruments, et il suffisait naguère encore à son successeur voyageant à l'étranger de dire : je suis la *maison Charrière*, pour être accueilli avec respect.

En 1851, Charrière voulut aller à l'exposition de Londres lutter avec Weiss et ses autres rivaux sur leur propre terrain. Il fut vainqueur et jugé digne de la plus haute récompense, de la *Council Medal.* Mais le chauvinisme du jury anglais réussit à reprendre à notre compatriote, son grand prix. Le gouvernement français protesta en conférant à Charrière la croix d'officier de la Légion-d'Honneur, et c'est à cette occasion que le baron Ch. Dupin dit publiquement au président de la République : « ...M. Charrière est, dans son genre, le premier artiste de l'Europe » parole que j'ai entendue répéter à Malgaigne dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris.

Comme Récamier et Dupuytren, leurs aînés, Lisfranc, Roux, Velpeau, Malgaigne, Denonvilliers, Nélaton, M. Ricord, etc., honorèrent J. Charrière de leur amitié et de leurs conseils. Tous ces engins perfectionnés que l'ingénieux fabricant leur mettait dans les mains, décuplaient leur dextérité, assuraient la possibilité de pratiquer certaines opérations, diminuaient la souffrance du malade, et les risques de l'intervention chirurgicale.

Quand l'idée de briser la pierre dans la vessie se fut emparée de tous les esprits, que d'instruments imparfaits se brisèrent dès le premier essai ! Jusqu'alors on n'avait employé que le fer pour la fabrication des pinces, des tenettes, des forceps, des arbres de scie, etc., tout cela était nécessairement énorme, pesant, dépourvu de ressort et de rigidité. Charrière *substitua l'acier au fer* et bientôt faisant glisser la branche mâle du brise-pierre dans un tube d'acier fendu sur toute sa longueur, il rendit possible et efficace la lithotritie par percussion. Restait à obtenir un mécanisme simple permettant de broyer par pression ; l'inépuisable inventeur fit la crémaillère à pignon et *l'écrou brisé.* Sans Charrière, la lithotritie serait peut-être encore un rêve.

Plus tard, à propos des recherches de Sichel et Desmarres sur l'extraction de la cataracte, ce fut lui qui créa ce nombreux et admirable *arsenal de la chirurgie oculaire.*

Les bistouris du commencement du siècle fermaient à ressort comme les couteaux poignards : le nettoyage de l'intérieur du manche était impossible, la rouille mangeait promptement la lame et le ressort. Charrière créa les modèles de *bistouris à deux valves et à coulant*, qui sont aujourd'hui universellement acceptés.

Il créa de même, diverses espèces de pinces *à pression continue, à verrou, à branches croisées, à pointe d'arrêt,* etc. C'est grâce à lui que nous pouvons aujourd'hui plonger et ouvrir une longue pince à polype au fond du spéculum. C'est le petit clou d'arrêt qu'il ajouta a la pince à pansement qui rend actuellement si commode la forcipressure.

Le *tenon* qui permet de démonter les ciseaux, les pinces, etc., pour les nettoyer, les *trocarts* de trousse, la majorité des *spéculums*, le biberon en *ivoire ramolli*, la *double sonde* si facile à monter, si commode à loger dans le portefeuille, etc., sont aussi des créations de Charrière, et j'en néglige un grand nombre. Il n'est guère d'instrument qu'il n'ait amélioré ou profondément transformé. La seringue est devenue parfaite entre ses mains ; il lui a donné un *piston dit à double parachute* qui permet à l'aspirateur de Dieulafoy par exemple, de produire un vide absolu.

Charrière n'était pas seulement un inventeur d'instruments c'était un ouvrier de premier ordre ; il connaissait à fond le travail des métaux, de l'acier surtout, sur lequel il a écrit dans l'Encyclopédie du *XIXe Siècle* (art. *trempe*). Les simplifications qu'il a apportées dans la fabrication des sondes, des canules, etc., à l'aide de machines et d'outils, sont très-nombreuses et très-importantes. C'est ainsi que sans diminuer le salaire de ses ouvriers il put arriver à produire les instruments vulgaires à un bon marché étonnant.

L'œuvre de cet homme est grande, il en restera longtemps des traces ; car ses élèves sont nombreux, répandus dans tous les pays, car ces modèles d'instruments n'ont subi à l'heure actuelle, après 40 ans, que d'insignifiantes modifications. Charrière doit être rangé au nombre des saints du calendrier chirurgical et je l'inscris à côté des hommes célèbres dont il mérita d'être l'ami et le précieux collaborateur. L. H.-F.

Programme d'un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire.

Une décision présidentielle en date du 5 octobre 1873 dispose que chaque année un concours aura lieu au mois de septembre pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire, et que les candidats admis, dans la proportion déterminée par les besoins du service, seront répartis, à leur choix et suivant leur convenance, entre les douze villes ci-dessous indiquées qui possèdent à la fois un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil et une faculté de médecine ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie, savoir : Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Besançon, Grenoble et Alger. En exécution de ces dispositions, un concours pour les emplois d'élève du de santé militaire s'ouvrira :

A Paris, le 21 août 1876 ; — à Lille, le 30 du même mois ; — à Nancy, le 4 septembre ; — à Besançou, le 9 du même mois ; — à Lyon, le 12 du même mois ; — à Marseille, le 16 du même mois ; — à Montpellier, le 19 du même mois ; à Toulouse, le 23 du même mois ; — à Bordeaux, le 27 du même mois ; — à Rennes, le 2 octobre.

Aux termes de la décision précitée, sont admis à concourir : pour les emplois d'*élève en médecine* : 1° les étudiants pourvus des deux diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences complet ou restreint ; 2° les étudiants ayant 4, 8 et 12 inscriptions valables pour le doctorat et ayant subi avec succès les examens de fin d'année correspondant au nombre de leurs inscriptions. En exécution du décret du 22 août 1854, 14 inscriptions d'école préparatoire seront acceptées pour 12 inscriptions de faculté.

Pour les emplois d'*élève en pharmacie:* 1° les étudiants pourvus du diplôme de bachelier ès sciences complet ; 2° les étudiants ayant 4 inscriptions d'école préparatoire ou d'école supérieure pour le titre de pharmacien de 1re classe ; 3° les étudiants ayant 8 inscriptions pour le titre de pharmacien de 1re classe et ayant subi avec succès les examens réglementaires. 10 inscriptions d'école préparatoire pourront suppléer à 8 inscriptions d'école supérieure.

Les autres conditions sont les suivantes : 1° être Français ; 2° avoir eu au 1er janvier de l'année du concours plus de dix-sept ans et moins de vingt et un ans (élèves sans inscriptions), moins de vingt-deux ans (élèves à 4 inscriptions), moins de vingt-trois ans (élèves à 8 inscriptions) et moins de vingt-quatre ans (élèves à 12 inscriptions) ; — 3° avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins, et pourra être vérifiée, au besoin, par le jury d'examen ; — 4° Souscrire un engagement d'honneur de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans au moins à dater de l'admission au grade d'aide-major de 2e classe.

Toutes les conditions qui viennent d'être indiquées sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit. Les candidats en activité de service, s'ils sont compris dans la liste d'admission, seront placés en position de congé pouvant être renouvelé aussi longtemps qu'ils conserveront la qualité d'élève de service de santé. La même mesure sera appliquée à ceux des élèves que la loi appellerait à l'activité pendant le cours de leurs études.

Formalités préliminaires. — Les candidats auront à requérir leur inscription à leur choix sur une liste qui sera ouverte à cet effet, à dater du 1er juillet prochain, dans les bureaux de MM. les intendants militaires en résidence dans les localités indiquées d'autre part. La clôture de cette liste aura lieu dans chaque ville cinq jours avant l'ouverture du concours dans cette localité.

En se faisant inscrire, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance : 1° son acte de naissance dûment légalisé ; — 2° un certificat d'aptitude au service militaire, dans la forme ci-dessus indiquée ; — 3° un certificat délivré par le service du recrutement, indiquant sa situation au point de vue militaire ; — 4° les diplômes de bachelier ès-lettres et de bachelier ès sciences complet ou restreint, s'il est candidat en médecine sans inscription, et, pour les concurrents à 4, 8 et 12 inscriptions, les certificats de fin d'année, où il sera fait mention de la note obtenue à chacun de ces examens ; — le diplôme de bachelier ès sciences complet, s'il est candidat en pharmacie sans inscriptions, et pour les concurrents à 4 et 8 inscriptions, les certificats des examens réglementaires. Ces pièces pourront n'être produites que le jour de l'ouverture des épreuves. — 5° S'il a moins de 12 inscriptions valables pour le doctorat, ou de 8 inscriptions valables pour le titre de pharmacien de 1re classe, l'indication de la ville où il désire faire ses études. Chaque candidat indiquera exactement son domicile, où lui sera adressée, s'il y a lieu, sa commission d'élève du service de santé.

Forme et nature des épreuves. *I. — Concours en médecine.* — Candidats sans inscriptions ou n'ayant pas passé le premier examen de fin d'année : 1° composition sur un sujet d'histoire naturelle ; — 2° interrogations sur la physique et la chimie, d'après le programme des connaissances exigées pour le baccalauréat ès sciences restreint.

Candidats à 4 inscriptions au moins, ayant passé avec succès le premier examen de fin d'année : 1° composition sur un sujet d'histoire naturelle médicale et de physiologie élémentaire ; 2° interrogations sur la physique et la chimie dans leurs parties afférentes à la science médicale ; — 3° interrogations sur l'ostéologie, les articulations et la myologie.

Candidats à 8 inscriptions au moins, ayant passé avec succès le deuxième examen de fin d'année : 1° composition sur une question de physiologie ; — 2° interrogations sur l'anatomie descriptive et sur la physiologie.

Candidats à 12 inscriptions au moins, ayant passé avec succès le troisième examen de fin d'année, devant une faculté ou une école de plein exercice : 1° composition sur une question de pathologie ; — 2° interrogations sur la pathologie interne de la pathologie externe ; — 3° interrogations sur l'anatomie et la physiologie.

II. — Concours en pharmacie. — Candidats sans inscriptions ou n'ayant pas satisfait aux examens de première année : 1° composition sur une question de physique et de chimie ; — 2° interrogations sur la physique, la chimie et les éléments d'histoire naturelle.

Candidats à 4 inscriptions au moins, ayant satisfait aux examens de première année : 1° composition sur une question de physique et de chimie, 2° interrogations sur la chimie médicale et les éléments de chimie organique ; — 3° interrogations sur la botanique, la zoologie, la minéralogie et l'histoire naturelle des médicaments.

Candidats à 8 inscriptions au moins, ayant satisfait aux examens de seconde année : 1° composition sur une question de chimie ; 2° interrogations sur la chimie minérale et la chimie organique ; 3° interrogations sur la pharmacie, la toxicologie, la botanique et l'histoire naturelle des médicaments.

Les épreuves ci-dessus spécifiées auront lieu devant un jury unique composé d'un médecin inspecteur qui le présidera et sera chargé de régulariser les opérations du concours, de deux médecins et de deux pharmaciens militaires désignés par le ministre. Il sera accordé trois heures pour la composition, chaque épreuve d'interrogation durera de quinze à vingt minutes. Les candidats qui auront satisfait à la composition seront seuls admis aux interrogations orales. Les compositions sont lues à huis clos par le jury. Chaque examinateur interroge séparément les candidats pour sa spécialité. L'appréciation des candidats pour chaque épreuve est exprimée par un chiffre, de 0 à 20. Après la dernière épreuve, le jury procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite. Le classement général se fait à Paris, après que le jury d'examen a terminé ses opérations.

Dispositions générales. Les élèves du service de santé militaire qui auront moins de 12 inscriptions en médecine ou de 8 inscriptions en pharmacie seront dirigés chacun sur celle des douze villes ci-dessus mentionnées qu'il aura choisie pour y faire ses études. (Toutefois aucun pharmacien militaire n'étant attaché aux hôpitaux de Grenoble, de Besançon et de Montpellier, les élèves pharmaciens ne pourront être placés dans ces trois localités.)

Attachés à l'hôpital militaire, sous les ordres et la surveillance du médecin en chef, ils concourront, suivant leur spécialité et le degré d'avancement de leurs études, à l'exécution du service ; en même temps ils suivront les cours et travaux pratiques de la faculté de médecine, ou de l'école supérieure de pharmacie ou de l'école préparatoire, et y subiront les divers examens aux époques et dans la forme déterminées par la législation en vigueur. Ces élèves ne porteront pas d'uniforme et ne recevront aucune indemnité ni subvention. Ils auront donc à pourvoir, au moyen de leurs propres ressources, aux frais d'entretien, de nourriture et de logement, ainsi qu'à l'achat des livres et instruments nécessaires à leurs études. Toutefois, ceux d'entre eux, qui auront été boursiers au Prytanée militaire pourront obtenir, sur leur demande, une subvention mensuelle fixée à 1.200 francs par an à Paris, 1.000 francs à Lyon et à Marseille, et 800 francs dans les autres villes ci-dessus désignées. — Cette faveur ne pourra être étendue à aucun autre élève, pour quelque motif que ce soit.

Les élèves du service de santé qui seront en possession de 12 inscriptions pour le doctorat ou de 8 inscriptions pour le titre de pharmacien de 1re classe seront réunis à Paris et placés sous les ordres du directeur de l'école du Val-de-Grâce, inscrits à la faculté de médecine ou à l'école supérieure de pharmacie, ils suivront les cours spéciaux en rapport avec le degré de leur scolarité. A l'intérieur du Val-de-Grâce, ils recevront l'enseignement pratique et complémentaire des matières sur lesquelles portent les examens de doctorat et ceux de pharmacien de 1re classe.

Pendant la première année de séjour au Val-de-Grâce, les élèves en médecine devront satisfaire aux deux premiers examens de doctorat, qui seront subis dans l'ordre déterminé par le décret du 28 juillet 1860. Après la seizième inscription en médecine et la douzième inscription en pharmacie, les élèves en médecine auront à subir les trois derniers examens de doctorat et la thèse, et les élèves en pharmacie auront à satisfaire aux trois examens probatoires. Toutes ces épreuves devront être terminées avant le 1er mai, époque où commencera le stage proprement dit qui finira au mois de septembre.

Les élèves de cette catégorie porteront l'uniforme et recevront la solde attribuée à l'ancien grade de sous-aide (2.360 fr. par an) ; dès que chacun d'eux aura obtenu le titre de docteur ou de pharmacien de 1re classe, la solde spéciale de l'emploi de stagiaire lui sera acquise. A dater de l'admission à l'emploi d'élève du service de santé, les frais d'inscriptions, d'exercices pratiques, d'examens et de diplôme seront payés par l'administration de la guerre. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen seront à la charge de l'élève. Un second échec au même examen de fin d'année, semestriel ou de fin d'études, entraîne d'office le licenciement de l'élève et sa radiation immédiate des contrôles.

En cas de démission ou de licenciement, l'élève sera tenu au remboursement des frais de scolarité qui auront été payés pour son compte, et de l'indemnité de première mise d'équipement qui lui aura été allouée à l'école

du Val-de-Grâce. Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient volontairement le service de santé militaire avant d'avoir accompli la durée de leur engagement d'honneur. — Paris, le 24 avril 1876.

Association générale des médecins de France : tentative de sécession par un groupe de médecins de Tarn-et-Garonne; arrêt de la Cour de Toulouse.

Depuis 1864 la Société locale des médecins de Tarn-et-Garonue faisait partie de l'Association générale des médecins de France; mais, en 1874, des membres de cette Société eurent la pensée de briser les liens qui les unissaient aux autres Sociétés. Cette question fut agitée et discutée entre les divers membres, dont une grande partie s'opposaient à une pareille mesure ; mais après divers incidents et à la date du 8 janvier 1875, une assemblée se réunit à Montauhan, et il fut décidé que la Société de Tarn-et-Garonne se retirerait de l'association générale et se constituerait avec des statuts nouveaux qui, en effet, furent rédigés et soumis à l'approbation administrative. Cette résolution, toutefois, n'avait pas été prise sans de vives protestations, et un certain nombre de membres se retirèrent dans un autre local pour aviser et continuer la vie de la Société agrégée. Puis, sur convocation nouvelle, ils constituèrent uu bureau. M. Darnis fut élu président, M. Lacaze secrétaire et M. Delpech trésorier. Le conseil général de l'association intervint officieusement, et M. Tardieu adressa à tous les membres de la Société de Tarn-et-Garonne une circulaire dans laquelle il faisait un appel à la conciliation et au respect des conventions. Cet appel resta sans résultat et les dissidents, qui s'étaient constitués en Société, sous la présidence de M. Sirac, assignèrent M. Lacaze, ancien secrétaire de la Société agrégée, pour l'obliger à remettre les archives. D'un autre côté, l'association générale fit assigner M. Foissac, trésorier de la Société nouvelle, pour le contraindre à la restitution de la caisse, qu'il détenait indûment et sur laquelle la Société agrégée avait seule des droits. Le tribunal de Montauban, « statuant sur les demandes reconventionnelles desdits Darnis et Lacaze, condamne le docteur Foissac à remettre à ladite Société affiliée, sur la décharge qui lui en sera fournie, par le docteur Delpech, son trésorier, les fouds et comptes de cette Société qu'il détient sans aucun droit; ordonne que cette remise sera faite dans la huitaine qui suivra la signification du présent, et que, faute de ce faire, le docteur Foissac demeure condamné à payer à la Société une somme de vingt francs par jour de retard ; condamne les parties défaillantes aux dépens. »

MM. Sirac et Foissac ayant interjeté appel de cette décision, la questiou a été portée devant la cour de Toulouse, qui a maintenu le jugement porté à Montauban et condamné les appelauts à l'amende et aux dépens. (*Gazette hebd. de médecine et de chirurgie.*)

Universités suisses.

Les trois Universités Suisses de Zurich, de Berne et de Bâle, comptent actuellement, d'après un relevé qui vient d'être fait sur les registres, pour le semestre d'hiver 1875-1876 — 831 étudiants, qui se répartissent ainsi : Zurich, 330; Berne (y compris l'école vétérinaire), 299; Bâle, 202. Dans ce nombre les étrangers figurent pour 175, savoir : 54 allemands, 52 russes, 24 autrichieus, 15 américains, 12 grecs ou turcs, 7 anglais, 4 français, 2 italiens, 1 belge, 1 espagnol, 1 hollandais et 1 asiatique. Aux deux Universités de Berne et de Zurich, 63 étudiants du sexe féminin fréquentent les cours; — dans ce nombre on ne compte que 2 suisses. Les autres sont 39 russes, 8 américaines, 5 autrichiennes, 4 allemandes, 3 serbes, 1 française et 1 anglaise. Le personnel enseignant, dans ces trois Universités, se compose de 207 professeurs, dont 101 titulaires, 37 supplémentaires et 69 agrégés (Privat docenten). — Zurich, pour sa part, en a 75; Berne, 71; Bâle, 61. On remarquera le nombre considérable des agrégés. Il y en a 1 par 4 étudiants. Or, aiusi que le fait observer la *Gazette d'Augsbourg*, à l'Université de Berlin il n'y en a 1 que par 10 étudiants; à celle de Leipzig 1 par 17; à celle de Munich, la proportion est de 1 à 11. Le *Journal officiel* auquel nous empruntons ces renseignements n'ose pas dire la proportion qui existe, eu France, entre le nombre des professeurs et des agrégés d'une part et celui des étudiants. Ce serait peu honorable pour notre pays.

Femmes-médecins.

A l'Université de Moscou, la Faculté de médecine a reçu dernièrement la thèse d'une dame, Mme Kasdhewaroff-Rudneff. demandant pour cette thèse le grade de docteur en médecine. Cette dissertation a été remise par la Faculté à un comité de professeurs, MM. Polinin, Snegdreff et autres; mais alors, dit le *Golos*, est intervenu le Ministre de l'Instruction publique. qui a fait demander pour quelle raison l'Université recevait la thèse de Mme Kasdhewaroff-Rudneff, attendu que d'après la loi en vigueur, il n'est pas permis aux femmes d'acquérir le grade de docteur en médecine. C'est par exception que cette faveur a été accordée à deux dames dont le Ministre donne les noms. L'Université de Moscou a donc renvoyé à son auteur la thèse en question.

20. Traitement du Coryza (*D. Ferrier*).

Voici la formule d'une poudre, signalée dans *The Lancet*, par M. D. Ferrier et que ce médecin distingue a expérimentée sur lui-même :

Sous-nitrate de bismuth (1)	24 grammes.
Chlorhydrate de morphine..........	0 12 centig.
Poudre d'acacia..................	8 grammes.

(1) Le sous-nitrate de bismuth a déjà été prescrit en pareil cas, et dans le coryza chronique.

Mortalité a Paris. — Population, d'après le recensement de 1872 — 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 4 mai 1876, on a constaté 937 décès, savoir : variole, 9; rougeole, 9; scarlatine, 4; fièvre typhoïde, 11 ; érysipèle, 7; bronchite aiguë, 42 ; pneumonie, 67 ; dyssenterie, 2; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 8 ; choléra nostras, »; angine couenneuse, 5 ; croup, 9 ; affections puerpérales, 8; autres affections aiguës, 252 ; affections chroniques, 439, dont 188 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 49; causes accideutelles, 16.

Londres. — Population, 3,489,428 hab. Décès du 23 au 29 avril 1876 1,524 : variole, »; rougeole, 47 ; scarlatine, 4 ; fièvre typhoïde, 12; érysipèle, 10; bronchite, 168; pneumonie, 96 ; dysenterie 1, diarrhée, 7 ; choléra nostras, », diphthérie, 9; croup, 7 ; coqueluche, 94.

Faculté de médecine. Le Doyen a l'honneur de porter à la connaissance de MM. les Etudiants les dispositions suivantes relatives aux consignations pour les examens de doctorat . Les consignations pour le premier examen de doctorat seront reçues jusqu'au 14 mai ; les consignations pour le deuxième examen jusqu'au 3 juin, pour le troisième jusqu'au 17 juin, pour le quatrième jusqu'au 1er juillet, pour le cinquième jusqu'au 8 juillet; ce délai passé, il ne sera reçu aucune consignation. Les élèves refusés à un examen antérieurement au 15 juillet pourront se présenter à nouveau devant les jurys , avant les vacances

Nomination. M. Cornil est nommé médecin du Lycée Henri IV en remplacement de M. le docteur Caffe, décédé (*Revue médicale française et étrangère*).

Muséum. — Par décret du 20 avril 1876, rendu sur la proposition du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, M. Perrier, (Jean-Octave-Edmond), docteur ès-sciences naturelles, agrégé pour les sciences physique et naturelle, aide-naturaliste de zoologie au Muséum d'histoire naturelle, a été nommé professeur de zoologie annélides mollusques et zoophytes, audit établissement, en remplacement de M. Deshayes, décédé.

Concours. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux chimiques est ouvert à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Toulouse, pour le 16 octobre 1876. En voici les conditions et le programme. Pour pouvoir concourir il faut : 1° Etre né ou naturalisé français et être âgé de 21 ans au moins; 2° Etre muni du diplôme de bachelier ès-sciences (baccalauréat complet). Les épreuves consisteront : 1° En une composition écrite sur un sujet de chimie. Il sera accordé trois heures ; 2° Une leçon d'une demi-heure sur un sujet de chimie après trois heures de préparation sans livres ni manuscrits ; 3° Une opération chimique: 4° Une analyse qualificative de deux sels. Les caudidats devront se faire iuscrire avant le 15 septembre, terme de rigueur. Le candidat uommé entrera en fonctions le 1er décembre. (*Revue medicale de Toulouse.*)

— Le concours pour la place de chirurgien de Saint-Etienne, vient de se terminer par la nomination de M. le dr Paliard, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Vacances médicales. — Poste médical dans une commune du département du Rhône, contenant 2,000 habitauts, privée de médecins, ainsi que plusieurs villages voisins et à proximité d'une gare de chemin de fer (ligne de Montbrison). — S'adresser pour les renseignements à M. Fougère, 16, quai de la Guillottière, à Lyon. (*Lyon médical*). — On demande à Cobourg (Ille-et-Vilaine) un docteur en médecine. 6,000 habitants. — S'adresser pour renseignements au maire de Cobourg. (*Courrier médical.*)

Nécrologie. — Le *Bordeaux médical* nous apprend la mort à Valuyrac (Médoc) du Dr A. Ouelly. Il commença ses études à Bordeaux et les acheva à Paris. En 1832, étaut étudiant, il fut désigné pour aller à Villers-Cotterets donner des soins aux cholériques. Il fut reçu docteur en 1833 ; il avait pris pour sujet de thèse : *De l'indispensable utilité des nécroscopies dans la pratique particulière dans l'intérêt des familles, du médecin et de la science en général, par rapport aux maladies héréditaires.* « Ce sujet lui avait été indiqué par son père, qui regrettait les fâcheux préjugés qui s'opposent à la pratique des autopsies. Le Dr A. Ouelly prêcha dans le désert et malgré son habilité et la rigoureuse logique de ses arguments, les familles ont conservé leurs habitudes et leurs répugnances pour l'autopsie de leurs parents. Il y a cependant daus cette thèse des passages qu'il est bon de signaler : ils ont trait les uns à notre profession, et les autres à ce qui se passait dans notre école, alors que A. Ouelly était étudiant. »

Librairie GERMER BAILLIÈRE, 17, rue de l'Ecole de Médecine.

JOUSSET DE BELLESME. Recherches expérimentales sur la digestion des insectes et en particulier de la blatte : in-8° de 87 p.

VULPIAN (P.). Excursions de la Société géologique de France dans la Suisse, la Savoie et la Haute-Savoie; lettres à un ami. In-8 de 108 pages.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE.

JEANNEL. — Formulaire officinal et magistral international, 1 vol. in-18 de 1000 p. cartonné. prix 6 fr.

FIOUPPE. — Lymphatiques utérins et parallèle entre la lymphangite et la phlébite utérines. 1 vol. in-8°, 82 p.

LE BŒUF fils. — Notice sur l'émulsion du Coaltar saponiné antiseptique puissant, cicatrisant les plaies, adopté par les hôpitaux de la ville de Paris et par la marine nationale française, et de quelques autres émulsions médicamenteuses à la saponine. In-8°, 90 p. 0 fr. 75.

Librairie William Wood ; New-York.

SEGUIN (E.). — Medical thermometry and humau Temperature, 1 vol. grand in-8 cartonné.

Smith, Elder, Walertoo Place, London.

JAMES ANDREW et THOMAS SMITH. Saint-Bartholomew's Hospital Reports. Vol. XI, 1875, 1 vol. in-8 de 300 pages et 85 pages de tables statistiques.

Simpkin, Marshall, London.

BRAITHWAITE. The Retrospect of Medecine. Half-Yearly Journal, July-december 1875, 1 vol. petit in-8 de 376 pages.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Maladies du système nerveux et maladies mentales.* — M. le d[r] LUYS commencera son cours dimanche prochain, 7 mai, à 9 heures.

Hôpital Saint-Louis. Jours des cliniques. — Lundi M. GUIBOUT. Maladies des femmes. — Mardi, à 8 h. 1/2. M. Fournier : Clinique au lit des malades. — 8 h. 1/2. M. Vidal. Leçons théoriques sur les affections cutanées. — Mercredi, à 8 h. 1/2. M. Ernest Besnier. Leçons au lit des malades (clinique et thérapeutique appliquée). — Jeudi. M. S. Duplay. Conférence clinique et opérations. — M. Hillairet. Leçons cliniques sur les affections cutanées. — Vendredi. M. Lailler. Visite des malades. — M. Fournier. Leçons cliniques sur les affections syphilitiques. — M. Vidal. Clinique au lit des malades. — Samedi. M. Péan: Conférences cliniques et opération. — M. Guibout. Leçons cliniques sur les affections cutanées. — Dimanche. M. Lailler. Leçons sur les teignes. (Ce dernier cours sera annoncé ultérieurement.)

Service de M. GUIBOUT. Salle Saint-Charles (H.) :5, eczéma généralisé; 6, tubercules muqueux de l'anus et des bourses, laryngite syphilitique; 11, coliques de plomb; 14, 64, adénite cervicale; 17, 29, 60, eczéma de la face; 22, syphilide papuleuse; 26, psoriasis; 30, 32, 34, 35, 38, 39, 40, psoriasis; 33, roséole syphilitique; 42, chancre infectant du prépuce; 43, psoriasis du cuir chevelu; 47, 58, ecthyma; 48, prurigo; 49, rupia syphilitique; 53, cirrhose; 56, prurit anal ; 57, rhumatisme articulaire aigu, endocardite; 69, scrofulide du nez.—Salle Henri IV(F.) : 55, syphilides ulcéreuses de la face; 54, tubercules muqueux des reins et de la vulve: 56, psoriasis nummulaire; 70, eczéma généralisé; 67, scrofulide hypertrophique du bras: 48, épithélioma de la joue; 62, prurigo et gale; 69, 72, méthrite du col, rétroversion utérine.

Service de M. DUPLAY. Salle Sainte-Marthe (F.) : 75, 64, syphylome ano-rectal; 74, tumeur éléphantiasique de la petite lèvre gauche; 73, arthrite suppurée du poignet; 71, mal vertébral de Pott; 68, abcès multiples du sein; 66, glossite syphilitique tertiaire; 65, anus contre-natnre: 62, tumeur linguale; 60, fracture du tibia; 59, fracture de jambe sus-molléolaires. — Salle Saint-Augustin (H.) : 12, hypospadias opéré; 15, 26, 34, 60 bis, abcès de la paroi thoracique, 18, hypertrophie prostatique; 21, fistule urèthro-anale; 23, 24, sequestre invaginé du fémur; 29, épithélioma de la langue et du plancher de la bouche; 36, 43, 62, retrécissement de l'urèthre, 37, nécrose du maxillaire inférieur; 39, kératite et granulations conjonctivales.

Hôpital des Enfants-Malades. Enseignement clinique. *Lundi* : M. BOUCHUT. Consultation des maladies aiguës.— M. BLACHEZ. Consultation pour les maladies chroniques.

Mardi : M. BOUCHUT. Visite à 8 h. 1/2. Clinique à l'amphithéâtre à 9 h. 1/2. — M. ARCHAMBAULT. Consultation des maladies aiguës.

Mercredi : M. SIMON. Clinique à l'amphithéâtre, à 9 h. 1/2. Consultation roulante pour les maladies aiguës.

Jeudi : M. DE SAINT-GERMAIN. Cliniques et opérations à 9 h. 1/2. — M. BLACHEZ. Consultation pour les maladies aiguës. — M. SIMON. Consultation pour les maladies chroniques.

Vendredi : M. ARCHAMBAULT. Clinique à l'amphithéâtre à 9 h. — M. LABRIC. Consultation pour les maladies aiguës, à 9 h.

Samedi : M. BLACHEZ. Clinique à 9 h. 1/2 (sera annoncée ultérieurement). — M. SIMON. Consultation pour les maladies aiguës. Consultations de chirurgie tous les jours, sauf le jeudi.

Service de M. ARCHAMBAULT. Salle Saint-Louis (G.) : 6, croup, trachéotomie, érysipèle; 14, stomatite aphtheuse; 15, ascite, péritonite tuberculeuse?; 17, chorée. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 8, affection mitrale, 9, 22, trachéotomie, gangrène de la plaie; 16, chorée; 19, broucho-pneumonie; 29, ascite, péritonite tuberculeuse ?

Service de M. BLACHEZ, suppléé par M. DUGUET. Salle Saint-Ferdinand: 2, tumeur blanche du genou (ténotomie); 7, tumeur blanche du genou; 13, coxalgie ancienne, mal de Bright. rein amyloïde; 20, 21, paralysie pseudo-hypertrophique; 27. mal de Pott (paraplégie); 38, spina ventosa; 40, mal de Pott (paraplégie guérie). Salles Saint-Joseph et Saint-Michel : teigneux mardi et vendredi, à 9. h.

Service de M. LABRIC. Salle Saint-Jean (G.): 4, mégalosplénie; 8, péritonite tuberculeuse; 14, chorée, rhumatisme, insuffisance mitrale; 21, paralysie faciale; 26, catarrhe morbilleux; 39, pneumonie adynamique; 45, chorée; 49, pleuro-pneumonie tuberculeuse.

Service de M. J. SIMON. Salle Sainte-Marie (F.): 2, coxalgie suppurée, 5, 6, 9, mal de Pott; 24, 25, 26, paraplégies guéries; 27, péricardite sèche. — Salle Sainte-Elisabeth (*Maladies de peau*) : 10, 28, lupus; 4, 30, psoriasis traités par l'*enveloppement par le caoutchouc*. — Salle Sainte-Marthe. *Teignes* (traitement par la teinture d'iode.)

Service de M. DE SAINT-GERMAIN. Salle Sainte-Pauline (F.) : 25, ongle incarné (opération par le procédé Guyon); 26, arthrite suppurée du genou consécutive à une ostéite du tibia; 37, bec de lièvre; 39, kyste de l'épaule.— Salle Sainte-Thérèse (service des ophthalmies). — Salle Saint-Côme (G.) : 1, plaie de la main; 6, 7, 15, fracture de cuisse (hydartrose du genou consécutive); 16, plaie articulaire du genou; 20, 21, fracture de jambe; 25, 26, plaie par écrasement de la main; 29, redressement de cal vicieux. — Salle Saint-Augustin (service des ophthalmies).

Hôpital des Cliniques (H.) : 5, hernie du poumon; 7, épithélioma de l'angle interne de l'œil; 8, abcès péri-articulaire du genou; 10, fracture des deux os de l'avant-bras; 11, fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. luxation de l'épaule; 14, paraphimosis; 15, coup de feu à la tempe, extraction de la balle au grand angle de l'orbite, coup de feu à la région précordiale; 16, luxation de l'extrémité externe de la clavicule; 18, vaste plaie par écrasement de l'aisselle et de la région postérieure du bras; 19, otite interne, vertige de Ménière. — (F.) : 3, fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, ankylose; 8, fibromes utérins; 11, tumeur blanche du genou, fracture du fémur à la partie moyenne, 19, fracture avec plaie du fémur au tiers moyen, phlegmon de l'aine; 20, kyste fœtal de la région sacrée; 23, hypérostoses des extrémités osseuses.

Hôpital du Midi. —M. le d[r] Ch. MAURIAC reprendra ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes le jeudi 4 mai, à 9 h. 1/2 du matin et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

BIBLIOTHÈQUE
DE
M. GIRALDÈS

La vente des livres qui composaient la Bibliothèque si riche de M. GIRALDÈS, aura lieu du *8 au 13 mai*, par le ministère de M. E. GIRARD, commissaire-priseur, assisté de M. LECLERC, libraire-éditeur. — Salle Sylvestre, rue des Bons-Enfants, 28, à 7 heures 1/2 du soir.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

Le Progrès Médical

MALADIES DE LA PEAU

Notes de thérapeutique recueillies aux cliniques des maladies de la peau de M. le professeur Hardy à l'hôpital Saint-Louis,

Par le Dr **E. ORY**, ancien interne des hôpitaux.

Après les intéressantes publications faites par les élèves de M. le professeur Hardy, il nous a paru opportun de donner un rapide aperçu de la *thérapeutique* raisonnée, à laquelle a été conduit, par l'expérience d'une longue pratique, le savant professeur dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne en 1875 à l'hôpital Saint-Louis. Nous ne serons, certes pas complet, car nous avons seulement rassemblé et classé nos notes sur différents traitements prescrits et mis en usage dans le service. Mais nous n'avons pas la prétention de publier ici un formulaire pour toutes les maladies de la peau. Ce court travail n'a d'autre ambition que de vulgariser un enseignement et une méthode dont nous avons été à même d'apprécier les salutaires résultats : puissions-nous conserver en partie la clarté d'exposition du maître, et surtout par les quelques explications qui accompagnent les prescriptions et les formules, faire imiter la pratique de M. le professeur Hardy !

Affections parasitaires.

Les parasites végétaux et animaux, causent par leur présence sur l'homme, des désordres qui persistent longtemps et qui peuvent, dans certains cas, acquérir une réelle gravité. Aussi, dès que la nature parasitaire d'une affection a été dûment constatée, le premier soin du médecin (à quelques exceptions près), doit-il être de détruire le parasite.

A. PARASITES VÉGÉTAUX.

a) De la trichophytie. — Sous ce nom, on le sait, M. Hardy rassemble trois maladies, autrefois étudiées séparément, mais dont il reconnaît l'identité : le *sycosis*, l'*herpès tonsurant*, l'*herpès circiné*. Ces trois affections ont pour origine commune un champignon se développant, dans la barbe, dans les cheveux, ou bien sur les parties recouvertes de poils follets. C'est le *trichophyton*.

Dans les trois cas, l'indication est de détruire le plus tôt possible le parasite, car le mal s'étend chaque jour davantage, et la contagion est sans cesse à redouter. Or, non-seulement le même sujet peut être atteint de deux variétés à la fois, mais, ainsi qu'il s'en est présenté des cas, un enfant atteint d'herpès tonsurant, peut déterminer chez sa mère qui le coiffe un herpès circiné, et celle-ci être cause d'un sycosis parasitaire rebelle chez son mari. Il faut donc isoler le malade le plus possible, dans les trois cas, puis, pour chaque variété instituer un traitement :

1° *Herpès tonsurant.* — Cette maladie est fréquente chez les enfants, son extension rapide peut entraîner la chute des cheveux. Le siége du parasite est l'intérieur du cheveu, aussi faut-il commencer par l'*épilation*. Cette petite opération doit être faite avec soin, elle présente quelques difficultés, car les cheveux malades sont devenus cassants, de plus, l'opération pour être efficace, doit dépasser un peu le pourtour de la tonsure ; en ces points elle est un peu douloureuse. Immédiatement après, on doit laver la partie fraîchement épilée avec une solution de sublimé, soit :

Eau.................	500 grammes.
Sublimé..............	1 —

On pourrait ajouter à cette solution au 1/500e un peu d'alcool pour faciliter la solution du sublimé. Pour imbiber la partie malade, il est bon de se servir d'un pinceau, et le liquide, pénétrant dans les ouvertures béantes des follicules pileux, détruit les spores qui s'y trouvent. Pour compléter le traitement, on doit faire, matin et soir, une friction avec une pommade parasiticide, soit celle au turbith minéral :

Cold cream ou axonge....	30 grammes.
Turbith minéral.........	2 —
Camphre..............	1 —

L'usage de cette pommade doit être continué jusqu'à ce que les cheveux repoussent. Ce n'est guère qu'après six mois ou un an que les cheveux reprennent leur aspect primitif. Il est bon de se souvenir que l'épilation ne détruit pas les cheveux ; on peut, on doit la conseiller sans crainte, et la renouveler jusqu'à complète guérison, sous peine de récidive.

2° *Herpès circiné.* — Le trichophyton, en se développant sur un autre point de l'économie, détermine une lésion, ayant il est vrai un aspect particulier ; mais qui, comme dans le cas précédent, présente le fait d'une extension centrifuge rapide. Ici, ce sont les parties du corps recouvertes de poils follets qui sont atteintes : la face chez les enfants, les bras, le dos de la main. L'identité de nature a conduit à l'identité de traitement, ou du moins le principe est le même. Dans ce cas néanmoins, l'épilation, qui est souvent presque impossible, n'est heureusement pas indispensable, et pour détruire le parasite, il suffit de faire des frictions avec la pommade au turbith minéral au 1/30e. Ou bien encore faire usage pour les frictions de la pommade suivante :

Axonge.................	30 g.
Soufre.................	1 g. à 1 g. 50 c.
Sous-carbonate de potasse.	0 g. 25 à 0 g. 50 c.

Des lotions au sublimé, des pommades phéniquées donnent également un bon résultat.

3° *Sycosis.* — Le trichophyton, lorsqu'il se développe dans les poils de la barbe, détermine des accidents plus sérieux, l'affection porte alors le nom de sycosis. La contagion est la cause de l'affection, et bien souvent la maladie paraît avoir été contractée en se faisant raser. Les soins hygiéniques, la propreté, l'isolement sont des moyens préventifs : l'*épilation* sur les points malades et un peu au-delà, doit être faite dès qu'on a calmé les phénomènes inflammatoires par des applications émollientes : cataplasmes de fécule, bains de vapeurs ; puis, par de légers purgatifs comme dérivatifs sur le tube intestinal. L'épilation n'est pas généralement difficile à pratiquer dans le cas de sycosis. On peut donc la faire très-complète avant de pratiquer les lotions de sublimé, suivant la formule, et les onctions avec les pommades parasiticides à base de cuivre, de soufre ou de mercure.

La connaissance exacte de la nature parasitaire des trois variétés de la trichophytie, explique les guérisons qui suivent l'emploi de ce traitement méthodique, et les insuccès qui étaient presque immanquables tant qu'on se bornait à prescrire des sirops dépuratifs, des toniques, etc. Toutefois, comme le champignon parasitaire se développe surtout dans les classes pauvres, chez les sujets mal nourris, les bains sulfureux, les reconstituants, peuvent être d'utiles adjuvants de la médication parasiticide.

b) Teigne pelade (porrigo decalvans). — Un autre champignon, le microsporon Audouini détermine la chute des cheveux, et l'affection décrite sous le nom de teigne pelade (1). On a reconnu trois degrés dans la maladie. Dans

(1) NOTA. M. Horand, de Lyon, [illegible] un récent travail (*Arch. de Dermatologie*, t. 7, n° 1) n'admet pas que la pelade soit de nature parasitaire, il croit à un trouble de nutrition et prescrit les substances capables d'exciter la vitalité du cuir chevelu, surtout l'huile de croton tiglium.

les deux premiers degrés de l'affection, on peut compter sur la guérison et voir les cheveux repousser aussi beaux comme précédemment. C'est encore l'épilation et les pommades parasiticides qui sont la base du traitement. Mais ici, bien souvent, l'épilation est fort difficile, les poils du duvet se rompent facilement sous la pince. On doit également avoir soin de dépasser les limites du mal, et renouveler de temps en temps l'épilation. Si celle-ci est impossible, on peut se contenter de raser la surface avant de faire les lotions au sublimé.

L'importance d'une intervention précoce est considérable, car si l'on ne tue pas le champignon, l'affection tend à s'étendre en surface ; d'un autre côté si elle atteint la troisième période, les poils ayant complétement disparu, la décoloration devient persistante, et l'atrophie du cuir chevelu entraîne avec elle, une alopécie irrémédiable.

Il ne faut donc pas compter sur les guérisons spontanées, et de plus, pour aider le traitement externe il faut, s'ils existent, combattre les phénomènes généraux graves (causes ou effets de l'affection) par des reconstituants et des toniques. On devra enfin se souvenir, que l'affection est contagieuse et par conséquent isoler l'individu qui en est atteint.

c. Teigne faveuse. — L'achorion schœnleinii est le parasite qui entraîne les désordres de la teigne faveuse. La gravité de cette affection, sa nature contagieuse imposent l'isolement. L'intervention est d'autant plus efficace qu'elle est faite dès le début de l'invasion, avant l'atrophie du cuir chevelu, avant la destruction du follicule pileux.

Le *traitement par la calotte* est actuellement remplacé par une méthode moins douloureuse l'*épilation*, qui a été appliquée par MM. Bazin et Hardy au dispensaire de l'hôpital Saint-Louis lorsqu'on a abandonné le traitement dit des frères Mahon.

Voici d'ailleurs, les traitements successifs auxquels sont soumis les malades atteints de la teigne. Tout d'abord, applications émollientes ayant pour but de faire tomber les croûtes de favus et d'impétigo; puis fortifier la constitution, relever l'état général par des toniques.

Après quelques jours, on coupe les cheveux très courts, puis au moyen d'une pince à mors-plats on épile, un à un, chacun des cheveux et cela en plusieurs séances, pour épargner la sensibilité du malade.

Chaque séance d'épilation doit être suivie de lotions au sublimé ; une éponge, un pinceau imbibé de liquide permet de faire pénétrer la solution parasiticide jusque dans le follicule pileux encore béant.

Ces lotions seront répétées matin et soir, pendant huit jours, puis on mettra en usage des pommades à base de soufre ou de mercure, dont nous avons donné plus haut les formules, soit par exemple celle-ci : soufre 2 gr., axonge 30 gr. M. Bazin préfère la pommade au turbith minéral soit à la dose de 0 g. 50 c.

Il faut savoir, qu'une seule épilation est rarement suffisante, et qu'enfin le champignon du favus peut se développer ailleurs que dans le cuir chevelu, sous les ongles par exemple.

d. Crasses parasitaires. — Souvent désignée sous le nom de *pityriasis* versicolor, cette affection, peu grave, dans laquelle se rencontre le microsporon furfur, est sujette à récidive, mais cède ordinairement avec facilité aux moyens de traitement employés pour la combattre.

Les préparations sulfureuses sous forme de bains ou bien en pommades sont le plus souvent employées. Voici une formule de pommade sulfureuse :

Axonge..........	30 g.
Soufre sublimé.....	2 g.

La pommade oxygénée ou nitrique, ou bien encore des lotions et des bains de sublimé sont utilement mis en usage contre le pityriasis versicolor, maladie qui, selon M. Hardy, présente d'ailleurs beaucoup plus de ressemblance avec une affection dartreuse qu'avec une affection parasitaire.

(*A suivre.*)

MALADIES DES OREILLES

De la myringodectomie;

Par M. le Dr **C. MIOT** (1).

ARTICLE II. **Des contre-indications.**

La myringodectomie est généralement contre-indiquée : 1° dans la paralysie avancée du nerf auditif ; 2° dans l'ankylose de l'étrier ; 3° dans l'atrophie du tympan ; 4° dans les adhérences du tympan.

1° *De la paralysie avancée du nerf auditif.* — Toutes les causes qui réagissent fortement sur l'oreille interne, déterminent à un moment donné et à des degrés différents, une paralysie du nerf auditif, c'est-à-dire une surdité nerveuse. Bien qu'il n'entre pas dans mon sujet de décrire cet état pathologique, je dois en dire quelques mots.

La surdité est symptomatique ou idiopathique. Dans le premier cas, on rencontre des modifications de l'oreille moyenne, des parties voisines ou éloignées de l'oreille interne ; dans le second, l'examen le plus complet permet seulement de supposer que l'affection a débuté dans l'oreille interne et est idiopathique. On comprend, d'après ce qui précède, combien il importe de faire avec soin l'historique de la maladie et l'exploration de l'organe.

Cette exploration, en ce qui concerne l'oreille interne, ne peut être faite qu'au point de vue fonctionnel. Pour se rendre compte du degré de sensibilité du nerf acoustique et de la portée auditive, on emploie ordinairement la montre, le diapason, la voix humaine. On choisit une montre dont le tic-tac est de moyenne force, et on l'applique sur les diverses parties de la surface crânienne, en ayant soin d'en rendre le contact avec les tissus aussi intime que possible.

Lorsque la montre cesse d'être entendue au niveau de certaines parties, comme l'apophyse mastoïde, il ne faut pas conclure dit Troeltsch (2) à une paralysie du nerf auditif, mais tenir compte de la structure de cette partie du temporal. Pour que le bruit soit bien perçu, il faut que les cellules soient suffisamment développées et communiquent avec la caisse.

C'est pour cette raison que les jeunes enfants, dont les cellules sont ordinairement à l'état rudimentaire et les vieillards chez qui elles sont souvent presque détruites, entendent moins bien la montre appliquée sur la surface mastoïdienne que l'adulte. Ces différences dans la structure du tissu osseux de l'apophyse mastoïde, plus rares dans l'âge moyen, expliquent pourquoi certains individus perçoivent mieux que d'autres le tic-tac de la montre appliquée sur la région mastoïdienne. Les masses musculaires situées dans la fosse temporale varient suivant les personnes, et peuvent aussi modifier un peu l'intensité du son. En résumé, tout en tenant compte de l'âge et de l'individu, on constate que le tic-tac de la montre est d'autant moins entendu que la sensibilité du nerf auditif est moins grande.

Si la montre, appliquée alternativement sur les divers points de la surface crânienne et sur le pavillon au niveau du méat, est mieux entendue dans le premier cas que dans le second, on peut à peu près affirmer que la lésion ne siége pas dans l'oreille interne. Le diapason mis en vibration et appliqué au vertex sur la ligne médiane, donne aussi des indications très-précieuses. On a soin d'employer divers diapasons, parce que certaines surdités existent pour un son et pas pour d'autres.

Le malade entend mieux les vibrations de cet instrument les oreilles ouvertes que fermées, et moins bien de l'oreille la plus mauvaise, s'il y a un certain degré de paralysie du nerf auditif. De plus, l'occlusion du méat augmente d'autant moins l'intensité du son que l'insensibilité de ce nerf est plus grande.

Souvent on peut confirmer la vérité de ces observations à l'aide de l'otoscope à trois branches qu'on emploie de la

(1) Voir les nos 13, 14, 15.

(2) Ouvrage cité.

façon suivante : on introduit dans chacun des conduits du malade une branche de cet instrument et la troisième dans l'oreille du médecin. Pendant qu'un diapason mis en vibration est appliqué au vertex, on comprime alternativement chacune des branches afin de constater la différence dans la force et la clarté des sons qui sortent de l'une et l'autre oreille. Si les vibrations recueillies par les deux branches de l'otoscope et comparées entre elles sont d'une égale force, on peut croire que les lésions siégent plutôt dans le labyrinthe.

Pour se servir convenablement du tube à trois branches, on doit introduire également les deux bouts de l'otoscope dans chacune des oreilles du malade et suivre le conseil du professeur de Troeltsch en laissant le diapason en place jusqu'à l'extinction du son.

Politzer fait observer que, même chez les individus dont l'ouïe est normale, on trouve des variations notables dans l'intensité avec laquelle le son du diapason est perçu objectivement. Ce savant praticien ajoute que ces variations peuvent résulter, par exemple, de la largeur inégale des conduits auditifs et que cette méthode laisse beaucoup à désirer sous le rapport de l'exactitude.

La paralysie plus ou moins avancée du nerf auditif coïncide ou ne coïncide pas avec des épaississements du tympan, de la membrane de la fenêtre ronde ou des modifications pathologiques de l'articulation de l'étrier et de la fenêtre ovale. Par conséquent, il est important de faire l'historique du cas et l'exploration de l'oreille moyenne avant de tenter la myringodectomie.

Un certain degré de paralysie du nerf auditif consécutif à une sclérose de la caisse n'est pas une contre-indication absolue de la perforation, puisque cette opération améliore quelquefois instantanément l'audition des malades atteints de sclérose avancée de la caisse et n'entendant pas la montre appliquée sur divers points de la surface crânienne. Seulement, dans tous les cas douteux, on aura soin de ponctionner le tympan avec un stylet très-pointu avant de pratiquer la myringodectomie.

Pour se rendre compte de la portée auditive, on emploie la montre et la voix humaine de la manière suivante : le malade étant assis et ayant les yeux fermés, on place la montre en face du méat, à une distance suffisante de l'oreille pour qu'il n'en entende pas le tic-tac, puis on la rapproche jusqu'à ce que les battements soient tous parfaitement distincts et l'on mesure la distance comprise entre l'oreille et la montre, au moyen d'un ruban divisé en centimètres. Pour ne pas commettre d'erreur, il faut être enfermé dans un endroit calme, placer le malade loin des objets susceptibles de répercuter le son trop fortement et ne pas tendre le ruban avant d'avoir déterminé le point où le malade cesse d'entendre.

La voix permet aussi de connaître approximativement le degré de la portée auditive. Le malade étant placé dans les conditions que j'ai indiquées plus haut, on lui parle à différentes distances sur un ton plus ou moins élevé, lentement ou rapidement, afin de savoir comment a lieu l'accommodation des sons. En faisant fermer alternativement chaque oreille, on constate le degré de leur surdité respective.

2° *De l'ankylose de l'étrier.* — Les symptômes que détermine cet état pathologique ressemblent à ceux que j'ai indiqués en parlant de la sclérose, mais certains autres paraissent plutôt se rapporter à des modifications plus profondes de la muqueuse de la caisse et des articulations des osselets. Toynbee les a décrits le premier et les regarde comme pathognomoniques dans beaucoup de cas de cette nature. Voici les plus caractéristiques. Le malade a besoin de faire un effort de volonté pour saisir le son de la voix et ce son cesse d'être perceptible dès que l'effort diminue.

Il en résulte qu'il se plaint surtout d'être incapable de suivre une conversation sans une attention constante, promptement suivie d'une fatigue insupportable.

Les malades éprouvent un grand soulagement en voyageant en voiture sur une route raboteuse, parce que les secousses imprimées à tout le corps ébranlent la chaîne des osselets. Des bruits très-intenses peuvent améliorer aussi bien que diminuer l'audition, en déplaçant la base de l'étrier.

Voici deux exemples cités par Toynbee. Dans le premier cas, l'étrier était sans doute fixé à la fenêtre ovale, par suite de l'élargissement de sa base. Un cri aigu poussé dans l'oreille, en imprimant un mouvement à l'étrier suivant toute probabilité, rétablit l'audition. Ce phénomène persista jusqu'au moment où cet osselet reprit sa position habituelle. Le second exemple n'est pas moins frappant. Le son d'une cornemuse dont on joua dans l'intérieur d'une maison où un malade était assis, aggrava tellement sa surdité, que ses amis, pour se faire comprendre, furent obligés de se servir pendant quelque temps d'une ardoise et d'un crayon. Cet accroissement de surdité disparut aussi, et ce malade recouvra l'audition qu'il avait auparavant.

Certains malades sont moins aptes à s'occuper de travaux intellectuels et ne peuvent le faire que pendant un temps limité, d'après de Troëltsch ; d'autres, dont l'ouïe n'est pas trop affaiblie et le moral ferme, deviennent beaucoup plus irritables, se complaisent dans des idées noires, pleurent sans raison et présentent tous les signes d'un abattement profond.

La membrane du tympan est normale ou subit les modifications qu'on remarque dans la sclérose. Elle peut aussi avoir perdu une partie de sa force élastique et bomber fortement du côté du conduit. C'est ce qui arrive lorsque les couches fibreuses sont atrophiées.

3° *De l'atrophie du tympan.* — Elle coïncide le plus souvent avec une sclérose avancée de la muqueuse de l'oreille moyenne (V. p. 269 et suiv.) et une paralysie variable du nerf auditif. Je me contenterai donc de donner ici les symptômes qui se rapportent spécialement au tympan.

La membrane du tympan peut être épaissie dans certains points ou avoir contracté des adhérences. Dans ses parties atrophiées, elle forme, du côté du conduit, une convexité qui comprend presque toute sa moitié postérieure. Cette saillie a une surface lisse, sèche, brillante; sa coloration est d'un gris tendre et présente parfois des reflets jaunâtres clairs, produits par des rayons lumineux réfléchis sur le promontoire. Dans certains cas, cette partie du tympan bombe assez fortement du côté du conduit pour cacher le manche du marteau. En la touchant avec un stylet, fig. 30, fixé à un manche 5, on constate qu'elle se laisse déprimer facilement et a moins de sensiblité qu'à l'état normal. Elle augmente de volume par l'insufflation d'air dans la caisse et diminue par la raréfaction qui se produit lorsqu'on aspire la bouche et le nez fermés.

La moitié antérieure de la membrane forme ordinairement un plan plus interne que la moitié postérieure et a une surface lisse, d'une coloration grise. A sa partie inférieure, on remarque souvent des plicatures qui partent de l'extrémité inférieure du manche du marteau et des taches lumineuses.

L'emploi du spéculum pneumatique permet de modifier momentanément le degré de courbure du tympan et de constater que le manche du marteau est à peu près immobile. L'insufflation d'air dans la caisse produit un bruit de souffle plus ou moins rude, parfois tubaire ou amphorique.

4° *Des adhérences.* — (V. p. 270) (*A suivre.*)

Le professeur Schiff.

Le professeur Schiff quitte Florence pour prendre possession de la chaire de physiologie expérimentale à la nouvelle Faculté de médecine de Genève. Les accusations aussi injustes que ridicules d'une coterie de notre ville, de concert avec un certain nombre d'étrangers résidant parmi nous, encouragées par la tolérance ou la connivence tacite de ceux qui devraient mettre l'Institut bien au-dessus du fanatisme d'une société privée, n'est pas étrangère à la détermination prise par le professeur Schiff de quitter sa chaire de Florence pour accepter les offres qui lui sont faites de Genève, et qui lui font une situation très-avantageuse et tout-à-fait digne de sa science et de sa capacité. Nous ignorons si des démarches ont été faites de la part de qui de droit pour le détourner d'une semblable résolution ; mais nous n'avons que de trop bonnes raisons de croire qu'il n'en a pas été fait, et dans tous les cas ces démarches sont demeurées inutiles. Voilà donc notre laboratoire de physiologie privé de son directeur. (*Imparziale*).

MALADIES DES YEUX

ECOLE PRATIQUE. — COURS DE M. LE Dr **E. LANDOLT.**

Du diagnostic des maladies des yeux.

IIIe LEÇON. — **Mouvements des yeux** (*Suite*) (1).

Leçon recueillie par A. CHARPENTIER.

Arrivons maintenant à un moyen précieux de corriger et de mesurer en même temps le strabisme : je veux parler de l'usage des *prismes*. En regardant à travers un verre prismatique, vous avez pu remarquer que celui-ci produit un effet analogue à celui de la déviation de l'œil, c'est-à-dire qu'il déplace les objets observés. Il s'ensuit que, employé en sens inverse, le prisme peut neutraliser la diplopie produite par la déviation d'un œil.

Voici comment s'explique l'action d'un verre prismatique (*Fig. 57*) :



(*Fig. 57.*)

Un rayon lumineux provenant du point *a* et tombant en *b* sur un prisme sous un angle d'incidence, est dévié vers la normale élevée en *b*, et traverse le prisme dans la direction *bc*. Il sort du prisme en s'éloignant de la normale au point *c* et poursuit son chemin vers l'œil *o*, suivant une direction *co* bien différente de la première *ab* Pour voir le point *a*, l'œil doit donc se diriger vers *c* et verra le point *a* en *a'*. Donc, quand on regarde à travers un prisme, les rayons lumineux étant déviés vers sa base, les objets paraissent déplacés vers son sommet S.

Ce déplacement augmente évidemment avec l'indice de réfraction de la substance du prisme et *avec son angle principal* (*p*). Quand l'angle d'incidence et l'angle d'émergence sont égaux, le trajet du rayon lumineux dans l'intérieur du prisme est perpendiculaire à la bissectrice de son angle, l'angle de déviation (*d*) est alors, pour des prismes faibles, égal à la moitié de ce dernier. Les numéros inscrits sur les prismes de nos boites d'essai, indiquent l'angle principal de ces prismes. Le prisme no 4 produit donc une déviation minimum de 2°, et ainsi de suite.

Pour nous rendre compte de l'application de ces prismes à la pratique, reportons-nous à l'exemple choisi plus haut, dans lequel nous avons supposé un strabisme convergent de l'œil gauche. Le malade a une diplopie homonyme, et l'objet fixé paraît, pour l'œil gauche, déplacé en dehors. Un prisme à sommet dirigé en dedans a l'effet opposé, et déplace vers le nez l'objet de fixation.

Un tel prisme, convenablement choisi, doit donc ramener à sa place normale l'image que l'œil gauche reçoit de l'objet, c'est-à-dire corriger la diplopie. En effet, ici par exemple, la macula se trouve déplacée en dehors, l'image de l'objet tombe en dedans d'elle. Quel effet aura un prisme à base dirigée en dehors ? De dévier dans ce sens les rayons venant de l'objet, et de les faire tomber sur la tache jaune. Par ce moyen, les images de l'objet fixé se formant simultanément sur la macula de chaque œil, la vision simple et binoculaire est rétablie.

De là cette règle générale : Le sommet du prisme correcteur doit être dirigé dans le sens de la déviation de l'œil : déviation en haut, sommet en haut ; strabisme divergent, sommet en dehors, etc.

Les déviations intermédiaires ou obliques pourraient être corrigées par un prisme tourné obliquement ; mais on préfère, pour la détermination du strabisme, les diviser en deux composantes, l'une verticale, l'autre horizontale, et employer deux prismes à sommets dirigés dans des sens correspondants. On n'a pas besoin alors de déterminer directement l'inclinaison du prisme. On conçoit bien qu'il soit possible de corriger également la diplopie en tenant un prisme devant l'œil sain, et en dirigeant le sommet dans un sens opposé. Mais on préfère corriger directement l'œil dévié ou répartir la correction sur les deux yeux également.

Plus la déviation de l'œil malade, et par suite la diplopie, sont considérables, plus l'action du prisme doit être intense. L'angle de déviation du prisme augmente donc avec l'angle du strabisme, et théoriquement ils devaient se mesurer l'un par l'autre, de manière, par exemple, à ce qu'une diplopsie corrigée par un prisme no 8 (ayant par conséquent un angle de déviation de 4°) corresponde à un strabisme de 4°.

Cette méthode de la mensuration du strabisme est en effet la plus répandue. Mais, dans la plupart des cas, la valeur de l'angle du strabisme, déterminée objectivement, est plus considérable que l'angle de déviation du prisme correcteur.

Voici comment ce fait peut être expliqué :

Lorsque, à l'aide d'une certaine correction, les doubles images se sont rapprochées à une faible distance l'une de l'autre, la tendance à la vision simple se réveillant, pour ainsi dire, dans l'œil malade, celui-ci fait (avec un muscle affaibli), un dernier effort pour corriger le reste de la diplopie, effort que le sentiment instinctif de son impuissance l'empêchait de tenter lorsque la distance était trop considérable. Ainsi, l'angle de déviation du prisme est presque toujours moins grand que l'angle du strabisme, mais il s'en rapproche d'autant plus que le muscle malade est plus complétement paralysé. Le prisme n'est donc pas un moyen absolument exact de mesurer le strabisme.

Nos boites d'essai contiennent généralement 10 prismes, les nos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 et 15. Pour les cas très-fréquents où le no 15 ne suffit pas, on ajoute simplement plusieurs prismes les uns aux autres, en leur donnant la même direction.

Pour produire, à l'aide d'un seul instrument, une série d'actions prismatiques différentes, on a supposé deux prismes, de 15° chacun, par exemple. Quand leurs sommets sont en sens opposés, ils se neutralisent ; quand ils ont la même direction, ils s'ajoutent l'un et l'autre et représentent un seul prisme de 30°. En les faisant tourner l'un sur l'autre depuis la première position jusqu'à la seconde, on arrive à reproduire l'action de tous les prismes dont les angles sont compris entre 0° et 30°. On obtient le même effet en les faisant tourner tous les deux en sens inverse. Ce principe a été mis en pratique autrefois par Volkmann, et dans ces derniers temps par M. de Vecker.

Un tel instrument est très-facile à manier. Les prismes, de forme arrondie, se meuvent à l'aide de deux ressorts qui se terminent dans la monture et qui sont commandés par un bouton mobile pressé par le doigt. Une graduation inscrite sur la monture, indique l'action résultante des deux prismes.

Nous ne pouvons terminer cette étude sans dire quelques mots de la fréquence relative de la paralysie des différents muscles de l'œil et des lois générales présidant aux déviations qui en résultent. Les muscles de l'œil qui sont le plus souvent paralysés isolément, sont le *droit externe* et l'*oblique supérieur*, innervés chacun par un nerf spécial.

Quant aux autres muscles, droit interne, droit supérieur, droit inférieur, oblique inférieur, innervés à la fois par le nerf *moteur oculaire commun*, ils sont généralement atteints ensemble et s'accompagnent de la paralysie d'autres muscles sous la dépendance du même nerf : releveur de la

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 13 et 18.

paupière supérieure, muscle circulaire de l'iris, muscle de l'accommodation; tout cela constitue un syndrôme très-caractéristique. Disons cependant que les paralysies isolées d'un des muscles innervés par la troisième paire ne sont pas absolument rares.

M. Græfe, dont l'autorité est incontestable pour tout ce qui touche aux troubles de motilité des yeux, a relevé, sur 40.000 observations d'affections oculaires, 183 cas de paralysie des muscles, et, sur ce nombre :

105 paralysies isolées du muscle droit externe,
32 — — de l'oblique supérieur,
10 — du droit inférieur,
9 — du droit supérieur,
5 — du droit interne,
2 — de l'oblique inférieur.

Je n'ai pas l'intention d'entrer dans le détail des symptômes spéciaux offerts par la paralysie de ces différents muscles. Je vous renvoie simplement au tableau synoptique que j'ai publié dernièrement à ce sujet (1). Cependant, comme tous ces symptômes, si variés qu'ils soient, sont sous la dépendance d'un petit nombre de lois générales qui découlent de ce que nous avons vu dans cette leçon, permettez-moi de conclure en vous exposant ces lois :

A. Dans la paralysie incomplète, la déviation que subit l'œil sain pendant que l'œil malade fixe, est plus considérable que la déviation de l'œil malade pendant la fixation de l'œil sain.

B. Le défaut de motilité et la diplopie augmentent dans le sens de l'action du muscle paralysé. C'est pourquoi, en portant l'objet de fixation dans la direction du muscle paralysé, l'image de l'œil dévié paraît fuir devant celle de l'œil sain, et réciproquement.

C. L'image que reçoit l'œil dévié est toujours projetée dans le sens du muscle paralysé. De là résultent les conséquences suivantes :

1° L'image de l'œil malade se trouve toujours du côté opposé à la déviation de la cornée, ou inclinée dans la direction opposée à l'inclinaison pathologique du méridien vertical;

2° En fixant avec l'œil dévié, seul, le malade se trompe sur la position des objets. Lorsque le malade couvre son œil sain et veut toucher rapidement un objet placé à sa portée, il manque constamment son but, et son doigt porte à faux, dans le sens du muscle paralysé. Dans la paralysie du muscle droit externe, par exemple, le malade touche toujours en dehors de l'objet; et ce phénomène s'accuse d'une manière très-curieuse lorsque le malade marche l'œil sain étant couvert. En l'engageant à gagner vite un point situé devant lui, on le verra se diriger d'abord considérablement à gauche et se tourner ensuite rapidement vers l'objet. Ce phénomène s'explique par le surcroît d'impulsion nerveuse nécessaire au muscle parétique pour amener l'œil à fixer un objet convenablement. De là il résulte que le malade juge la distance parcourue par l'œil bien supérieure à ce qu'elle est en réalité, et croit voir l'objet en dehors de sa vraie position. C'est en partie à cette cause qu'il faut attribuer le vertige et la difficulté qu'éprouvent certains malades pendant la marche, surtout quand ils ont à descendre. Bien entendu ces phénomènes sont aussi dus en partie à la diplopie.

(1) *Tableau synoptique des mouvements des yeux et de leurs anomalies*, par E. Landolt.

Une histoire extraordinaire : corps étrangers du tube digestif.

L'autopsie faite la semaine passée du corps d'un aliéné du Prestwich Asylum, a mis au jour non moins de 1841 objets trouvés dans l'intérieur, savoir : 1649 clous de cordonniers ; 6 clous sans tête de quatre pouces ; 19 clous de trois pouces ; 8 clous de deux pouces et demi ; 18 clous de deux pouces ; 40 clous d'un demi pouce ; 7 clous de trois huitièmes de pouce ; 39 clous de bois ; 5 clous de cuivre ; 9 boutons de cuivre ; 20 boucles ; 1 épingle ; 14 morceaux de verre ; 10 petits cailloux ; 3 morceaux de ficelle ; 1 morceau de cuir long de trois pouces ; 1 alène américaine. Le tout pesait onze livres dix onces. (*Medical Press and Circular, january 26, 1876.*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. CHARCOT.**

7e LEÇON. — **De la bile : pigment biliaire (1).**

Résumé de la leçon du 10 avril.

Messieurs,

J'ai exposé dans la dernière leçon quelques documents relatifs à l'un des éléments de la bile, la cholestérine. Poursuivant ma tâche, je vais aujourd'hui vous entretenir du *pigment biliaire*. Un coup d'œil jeté sur l'analyse de Frerichs que je place de nouveau sous vos yeux (2), vous montre que ce pigment existe dans la bile en bien plus forte proportion que la cholestérine. Son rôle physiologique, d'ailleurs, ne paraît pas être, dans le produit de sécrétion, beaucoup plus important que ne l'est celui de la cholestérine. Mais, de même que cette dernière substance, le pigment entre dans la composition d'un très-grand nombre de calculs biliaires et, à ce point de vue déjà, il nous intéresse d'une façon spéciale. J'ajouterai que le pigment biliaire se rencontre fréquemment sous forme de masses amorphes ou cristallines, au sein des liquides ou des tissus, dans un grand nombre de lésions organiques du foie. A chaque pas, du reste, nous aurons à apprécier le rôle du pigment biliaire dans l'ictère qui accompagne si communément une foule de lésions hépatiques.

A. On parle souvent des *pigments biliaires*. En réalité, à l'état normal, on ne trouve qu'une seule substance méritant ce nom : c'est la *bilirubine*. Les autres pigments connus sous les noms de *biliverdine*, *bilifrasine*, *bilifuscine*, etc., paraissent être des dérivés de la bilirubine.

a) La *bilirubine* est un principe azoté, non albuminoïde. Qu'elle soit préparée par le chimiste, déposée dans la bile stagnante, ou extraite de certains kystes hydatiques du foie, elle se présente sous l'aspect : tantôt d'une poudre rouge amorphe, analogue au kermès (soufre doré) ; tantôt de concrétions, d'aiguilles, n'ayant pas une disposition cristalline nettement définie ou bien encore sous la forme de cristaux. On obtient ces derniers par l'action du chloroforme, du sulfure de carbone, de la benzine, des liquides alcalins, qui sont les principaux dissolvants de la bilirubine (3). Ce sont des cristaux rhomboïdriques, d'un rouge rubis ou orangé et fort analogues par conséquent aux cristaux d'hématoïdine. L'hématoïdine, vous le savez, est un produit qui prend naissance dans les cas d'épanchement de sang au sein des tissus, c'est à elle, par exemple, qu'est due la coloration jaune des foyers ocreux cérébraux. Quelques auteurs admettent que les deux substances sont identiques, morphologiquement et chimiquement. M. Frey (4) fait remarquer que les faces convexes des prismes de bilirubine sont fortement courbés, ce qui n'aurait pas lieu pour l'hématoïdine.

b) Dans la bile, la bilirubine paraît être tenue en dissolution par les acides biliaires. Il est, Messieurs, une réaction qui permet de reconnaître la bilirubine, même dans les solutions très-étendues, c'est la réaction dite de Gmelin. Si on fait tomber goutte à goutte l'acide nitrique nitreux dans une capsule contenant une solution de bilirubine, on voit la solution présenter successivement les colorations verte, bleue, violet, rouge, jaune et brun. Si on fait, au contraire, tomber quelques gouttes de la solution dans l'acide, il se produit plusieurs couches successives offrant les colorations susdites dans l'ordre indiqué. La réaction de Gmelin est fort belle quand la bilirubine est dissoute dans le chloroforme.

Il est encore d'autres réactions plus ou moins intéressantes et plus ou moins fidèles de la bilirubine ; malgré cela, on en revient toujours à celle de Gmelin. Je dirai seulement un mot de celle de Schwanda qui est propre à la bilirubine, c'est-à-dire n'appartient pas aux autres pigments biliaires. L'acide acétique chauffé avec la bilirubine donne une coloration

(1) Voir les nos 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.

(2)

Eau		859, 2.
Résidu solide		140, 8.
Glycocholate, Taurocholate } de soude	91, 4.	
Pigment et mucus	29, 8.	
Graisse	9, 2.	
Cholestérine	2, 6.	
Sels	7, 7.	
	140, 7	

(3) Frerichs, *Atlas*, 2 heft, t. XIV, 1, 2 et 3. Funke, t. IX, fig. 3.

(4) *Traité d'histologie*, p. 59.

verte. La réaction de Gmelin est commune, ainsi que l'a fait voir M. Gubler, à la bilirubine et à l'hématoïdine, et ce serait là encore un argument en faveur de l'identité des deux substances (1). Toutefois il y a une petite différence, signalée par M. Gubler lui-même : la coloration verte prédomine et persiste davantage dans le cas de la bilirubine, tandis que c'est la coloration violette qui l'emporte dans le cas de l'hématoïdine.

B. D'où vient la bilirubine ? Nous savons qu'elle existe à l'état normal dans les cellules hépatiques où le microscope et l'analyse chimique (Kühne) en décèlent la présence. Mais y est-elle formée par un acte sécrétoire, ou, préexistant dans le sang, est-elle simplement éliminée comme l'est la cholestérine ?

Le fait est qu'on ne la rencontre pas dans le sang normal, ou tout au moins que la chimie, jusqu'ici, a été impuissante à la découvrir ; de plus, dans les expériences déjà anciennes, d'extirpation du foie, pratiquées chez les animaux inférieurs par Moleschott et Kunde, le pigment biliaire ne s'accumule pas dans le sang.

Néanmoins, il y a tout lieu de croire que la bilirubine prend naissance aux dépens de la matière colorante du sang, des globules rouges, et, par conséquent, en vertu d'une action spéciale du foie. Bien que les arguments sur lesquels s'appuie cette thèse soient tous indirects, ils ont pourtant leur poids, ainsi que vous allez le reconnaître.

1° On fait ressortir d'abord les relations chimiques qui existent entre l'*hématine* ou *hématosine*, produit de décomposition de la matière colorante du sang ou *hémoglobine* et la *bilirubine*. L'hématine ne diffère de la bilirubine que parce que, dans celle-ci, un atome d'hydrogène remplace un demi atome de fer qui entre dans la composition de la première.

2° On insiste ensuite sur l'identité, admise par quelques auteurs, de la bilirubine et de l'*hématoïdine*, autre produit dérivé de l'hémoglobine. Mais j'ignore si cette identité peut être, aujourd'hui, acceptée sans réserve; je ne pense pas que l'on soit fixé, quant à présent, sur la composition de l'*hématoïdine* de *provenance hématique*. Les trois grammes de la substance, recueillis dans un kyste du foie et dont l'analyse est présentée comme donnant la composition de l'hématoïdine, étaient très-vraisemblablement de provenance biliaire. En effet, trois grammes d'une pareille substance, s'il s'était agi réellement d'un épanchement sanguin, supposeraient une grande quantité de sang épanché. Or, on sait que les épanchements sanguins de quelque abondance sont très-rares dans les kystes hydatiques en général et dans ceux du foie en particulier et l'on sait, d'un autre côté, que dans les kystes hydatiques du foie, dans ceux-là seulement, ainsi que M. Davaine, moi-même et M. Potain, l'avons fait remarquer, on observe, en dehors de toute trace d'hémorrhagie, des amas cristallins ou amorphes rouges, semblables à l'hématoïdine, mais évidemment d'origine biliaire (2).

3° On invoque, en troisième lieu, des preuves d'ordre expérimental. Toutes les substances, qui ont la propriété de détruire les globules rouges et de mettre en liberté l'hémoglobine, lorsqu'elles sont injectées dans le sang, ont pour effet de faire passer la matière colorante de la bile dans l'urine, où les réactifs la mettent en évidence ; tels sont les acides biliaires, le chloroforme, l'eau elle-même. C'est sur cet ordre de faits, comme nous le verrons plus tard, qu'est fondée en grande partie la théorie de l'*ictère hématogène*. Dans ces derniers temps, la valeur de ces expériences a été contestée, il est vrai, par M. Naunyn. Toutefois, suivant cet auteur, si l'hémoglobine dissoute, injectée dans le sang, ne détermine pas — il l'affirme du moins — le passage de la matière colorante biliaire dans les urines, il n'en est plus de même quand l'hémoglobine dissoute est injectée dans l'intestin : l'urine, en pareille circonstance, offre toujours la réaction de Gmelin. Ces faits tendent à montrer, vous le voyez, Messieurs, que le foie aurait le pouvoir de produire la bilirubine aux dépens de l'hémoglobine dissoute.

C. Il faut ajouter en dernier lieu, et cet argument n'est pas le moins intéressant, que, d'après les documents les plus récents, en opposition avec ce qu'avait avancé Lehmann, il s'opère dans le foie, non pas une production, mais au contraire une destruction des globules rouges. Le fait peut être constaté en comparant à ce point de vue le sang de la veine porte à celui de la veine hépatique. La diminution de l'hémoglobine a été démontrée cliniquement par M. Gréhant et la diminution du nombre des globules rouges a été mise hors de doute par M. Malassez dans sa thèse inaugurale, à l'aide de la méthode de numération qu'il a imaginée.

Quel est le rôle de la bilirubine ? Il est très-effacé sans doute; c'est fort probablement un excrément. Il y a des raisons de croire que, dans l'intestin, il se transforme en partie en une substance qu'on retrouve dans l'urine et qu'on a dénommé *urochrome*. Cette relation entre la bilirubine et l'urochrome permet de comprendre pourquoi les affections du foie se traduisent si fréquemment par une modification plus ou moins prononcée dans la quantité et la qualité des pigments urinaires.

Suivant les expériences de Rohrig, reprises par MM. Feltz et Ritter (1), les solutions de bilirubine, injectées dans le sang, n'occasionnent chez les animaux aucun phénomène appréciable sur l'organisme. (*A suivre*).

(1) Robin et Verdel. — *Traité de chimie anatomique*. Atlas XVIII. fig. 5.

(2) Voir à ce propos la thèse de M. Habran. — *De la bile et de l'hématoïdine dans les kystes hydatiques*. Paris 1869.

(1) *Journal de l'anatomie et de la physiologie* 1874.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

La collation des grades.

On sait que M. Waddington a déposé un projet abrogeant les articles 13 et 14 de la loi du 12 juillet 1875, dite de la liberté de l'enseignement supérieur. C'est, pour la collation des grades, le retour à l'état de choses antérieur. Les discussions de l'année dernière vont donc recommencer. Selon toute vraisemblance, il ne se produira guère d'arguments nouveaux, mais les conditions de la lutte seront changées ; la proportion numérique des adversaires est renversée et les amis de l'Université n'ont plus à leur tête un chef, la laissant par connivence ou par faiblesse, insulter impunément. Nous n'éprouvons pas, pour elle, une bien vive admiration. Le monopole dont elle jouit est injustifiable, ses méthodes surannées, son enseignement défectueux ne répond pas aux besoins actuels, soit ! Mais elle n'en est pas moins un des grands corps de l'Etat, l'un des plus respectables, quoiqu'on en ait dit, et il était scandaleux de la voir abandonnée par ses défenseurs-nés à des calomnies et à des injures dont la moindre, adressée à la plus mince administration publique, aurait été réprimée vigoureusement. Tout était permis contre elle. On peut croire que c'en est fini et que M. Waddington saura la faire respecter.

La discussion qui va se rouvrir sera donc, nous y comptons, plus loyale et plus franche. Sera-t-elle moins confuse. On n'oserait s'y attendre, l'équivoque devant, il semble, y jouer encore un grand rôle pour deux raisons, l'une de principe, l'autre de fait, se tenant par des liens étroits. — Le projet de loi Waddington englobant sous une même disposition deux choses absolument distinctes, le grade purement scientifique, ne conférant aucun privilége social, et le diplôme professionnel indispensable pour entrer dans certaines carrières, on verra se reproduire la même équivoque, le même malentendu volontaire qu'autrefois. Bien qu'ils visent avant tout la collation du diplôme professionnel, les tenants des articles 13 et 14, tout en feignant dans leur argumentation d'embrasser les deux faces de la question, se cantonneront soigneusement, à part les écarts nécessaires pour tout confondre sur le terrain du grade scientifique, où il sera difficile de les forcer. Inversement, les partisans de l'abrogation invoquant le droit pour l'Etat, de vérifier seul la capacité que seul il garantit, resteront enfermés sauf quelques attaques sur les retranchements de l'adversaire, dans la question du diplôme professionnel. Et ainsi on bataillera sans pouvoir se prendre corps à corps,

faute d'un terrain commun. Puis, pour en finir, un vote tranchera le problème sans le résoudre. On aura une décision, — de démonstration, point.

Il serait cependant facile d'obliger les promoteurs de la loi du 12 juillet à découvrir leurs véritables intentions. Ils se posent en champions de la liberté de l'enseignement, et c'est surtout la collation des grades qui leur tient au cœur; ils se soucient fort peu de pouvoir faire des docteurs ès-lettres, et beaucoup de pouvoir fabriquer des docteurs en médecine. Aussi, leur tactique est de tout brouiller; quand ils disent que la collation des grades est la conséquence nécessaire et forcée de la liberté d'enseigner, ils ont raison s'il s'agit du grade scientifique, tort s'ils veulent parler du diplôme professionnel. Il faut les contraindre à faire la distinction, et, pour cela, il suffirait que l'Etat leur abandonnât la collation du grade scientifique, se réservant celle du diplôme professionnel. Alors, plus d'équivoque; car s'ils reconnaissent que les intérêts sociaux imposent le devoir et confèrent, par suite, le droit à l'Etat de constater la capacité des aspirants aux diplômes professionnels, ils seraient, en bonne logique, mal venus à demander que l'Etat déléguât l'exercice de ce droit et l'accomplissement de ce devoir à d'autres qu'à ses fonctionnaires; — aussi mal venus que pourraient l'être des orfèvres demandant que l'Etat leur confiât le poinçon qui garantit le titre des bijoux. Seulement il se pourrait que, répondant à une manœuvre stratégique par une autre, on en vint, si l'intérêt s'y trouvait, à nier le principe de la nécessité sociale. Il se pourrait que, perdant l'espoir de partager un monopole, inattaquable si on en admet le principe, on invoquât la liberté pour en arriver à ses fins. Qu'arriverait-il si les bijoutiers demandaient la liberté du titre, si on soulevait la question de la liberté professionnelle? Par peur de ce fantôme, l'Etat maintiendra son droit à la collation du grade scientifique et du diplôme professionnel, et la discussion roulant sur les deux à la fois, déviera à chaque instant, n'éclaircira rien et ne prouvera finalement qu'un déplacement de la majorité.

On s'apercevra donc une fois de plus, qu'en sociologie comme en algèbre, la solution de certains problèmes est subordonnée à la solution préalable de certains autres. De même que la liberté de l'enseignement ne sera qu'un mot, tant qu'elle n'aura pas été précédée par la liberté de réunion et d'association, de même toute décision sur la collation des grades n'aboutira qu'à un empiétement sur les fonctions de l'Etat, ou à une entrave pour l'enseignement supérieur, en l'absence de la liberté professionnelle ayant pour corollaire une responsabilité sérieuse. — Naïf d'ailleurs qui croirait à la venue prochaine de cette liberté; à son seul nom trop de braves gens s'épouvantent et s'en vont, tout frissonnants, consulter le rebouteur, la somnambule extra-lucide ou le charlatan diplômé. Prenons donc la situation telle qu'elle est et sera longtemps, et cherchons ce qu'il est possible de faire aujourd'hui.

La besogne législative serait peut-être simplifiée et facilitée d'autant, si l'on suivait la méthode que nous imposent ici et le caractère de ce journal et notre incompétence pour ce qui ne ressortit pas à l'enseignement médical. Jusqu'ici on n'a pas paru supposer qu'une formule unique et générale du mode de collation des grades pourrait fort bien ne pas convenir également pour la médecine et pour le droit, pour les sciences et pour les lettres. Peut-être y viendra-t-on?

Pour l'enseignement médical, qui seul doit nous occuper, le problème se pose en ces termes: Etant donné que le diplôme professionnel médical est une nécessité sociale, que par conséquent l'Etat seul peut le conférer, que l'Etat exerce forcément ce privilége par l'intermédiaire de délégués ne relevant que de lui, quels seront les délégués les plus indépendants, les plus compétents et les plus impartiaux à la fois? La loi actuelle, qu'il s'agit d'abroger, les prend parmi les professeurs des Facultés universitaires et parmi ceux des Facultés libres. Or, les seconds, dont on ne peut nier la compétence puisqu'ils n'existent pas encore, et qui seraient à la vérité indépendants de l'Etat, ont le tort grave de ne pas satisfaire à la condition d'être uniquement les délégués de l'Etat, d'être au contraire en réalité les délégués de la Faculté libre. Cette raison condamne le jury mixte des articles 13 et 14. Espérons qu'il mourra avant d'avoir vécu.

Le jury mixte écarté, en reviendrait-on avec M. Waddington à l'ancien système, ou demandera-t-on un jury d'Etat spécial avec M. Raoul Duval? Ce dernier propose un jury d'Etat conférant également et exclusivement les grades scientifiques et les diplômes professionnels. Il porte donc atteinte en principe à la liberté d'enseignement qui entraîne logiquement, selon nous, la collation du grade scientifique, comme suffit à le démontrer l'exemple de l'Ecole centrale. Les certificats délivrés par elle, quand elle était une institution libre, équivalaient certainement à un grade scientifique, et c'eût été lui interdire d'enseigner que de supprimer ces certificats. Mais, nous l'avons déjà dit, (*Progrès médical*, 1875, nº 28), on peut concevoir un jury d'Etat vérifiant simplement la capacité de ceux qui, avec ou sans grade, veulent pratiquer la médecine, c'est-à-dire ne conférant que le diplôme professionnel. Ce jury, qui laisse entière la liberté d'enseigner, paraît au premier abord assez séduisant. Pris en dehors des Facultés rivales, nommé par l'Etat, il serait, nous le voulons bien, compétent et indépendant. Serait-il impartial? Oui, à condition que l'Etat le fût. Or, il ne faut pas ici se payer de mots. En fait, l'abstraction qu'on appelle l'Etat, c'est le gouvernement, c'est-à-dire le parti qui est au pouvoir. C'est aujourd'hui M. Waddington, c'était hier M. de Cumont. On peut croire à l'impartialité d'un homme, mais parler de l'impartialité d'un parti, c'est violer à la fois la langue et le bon sens. Le jury d'Etat peut devenir une machine d'oppression dirigée selon les temps et le parti dominant contre les Facultés libres ou contre l'Université. On dira que l'inamovibilité du jury remédierait à cet inconvénient. Elle ne ferait que l'atténuer, en supposant les premiers choix impartiaux; inamovible n'est pas immortel. Affaiblissant une objection sans la détruire, l'inamovibilité du jury d'Etat en fait surgir une autre que le *Temps* a bien fait ressortir: « Le jury d'Etat inamovible condamne l'enseignement à s'immobiliser par l'examen; il va directement contre l'intérêt capital de l'enseignement libre. Ses doctrines seront bientôt connues, et il faudra que tous les maîtres s'en fassent les complaisants interprètes; ils seront contraints par la force même des choses de pénétrer leurs élèves de l'orthodoxie officielle. » L'inamovibilité du jury d'Etat constitue donc contre lui un grief qui doit le faire rejeter.

Ce même grief peut être imputé aux professeurs de la Faculté inamovibles eux aussi. En outre, ils se trouvent dans une situation qui peut faire suspecter leur impartialité. Certes, ils ne refuseraient pas un candidat par le seul motif qu'il viendrait d'une faculté rivale; mais on les en accusera, c'est inévitable. Tout candidat évincé cherche volontiers une excuse dans la partialité de ses juges; les facultés libres, pour justifier l'échec de leur élève, s'en prendront à l'esprit de rivalité. Il est probable que la crainte de ces accusations porterait les professeurs à être plus faciles pour les candidats étrangers; mais on peut dire qu'en somme la question d'origine sera sans influence. Mais pour les doctrines en peut-il être de même? Admettons que dans la Faculté même se soit introduite la liberté d'enseigner que nous fait entrevoir M. Waddington, qu'agrégés et *privat docenten* fassent concurrence au professeur, ne risque-t-on pas de voir celui-ci cesser, sinon d'être un juge impartial, au moins de passer pour tel? Et franchement n'est-ce pas trop exiger de la faiblesse humaine de vouloir qu'un homme, ayant passé sa vie à exposer, à propager et à défendre certaines idées, ne se sente pas, malgré lui, indisposé contre un candidat qui ne les partage pas, et d'autant plus indisposé que ce candidat sera de la maison, que sa dissidence sera personnelle et volontaire. Que sera ce si le candidat ne connaît même pas ces idées du professeur, ne les ayant pas étudiées parce qu'elles auront cessé d'avoir cours du vivant même du professeur. Le cas s'est déjà vu et peut se représenter.

A ce double mal, immobilité de l'enseignement et partialité possible, qui a pour racine unique l'inamovibilité des professeurs, le remède est tout indiqué. C'est la séparation du corps examinant et du corps enseignant, appliquée déjà dans les écoles spéciales qui ne s'en trouvent pas plus mal. E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 mai 1876. — PRÉSIDENCE DE M. Cl. BERNARD.

M. CHOUPPE communique à la Société le résultat d'expériences sur l'action anesthésique du croton-chloral en injections intraveineuses. Avec 1 gr. de cette substance on a une anesthésie complète: il faudrait pour obtenir pareil résultat une dose de 3 gr. de chloral environ. Le sommeil ne s'accompagne d'aucun phénomène cardiaque: l'accélération respiratoire est passagère

M. GALIPPE demande à M Chouppe s'il a observé comme Liebreich que l'anesthésie se produisait d'abord à la tête.

M. CHOUPPE n'a rien remarqué de pareil: mais il rappelle les résultats merveilleux obtenus par ce médicament en Angleterre dans les névralgies faciales.

M. TRASBOT mentionne des expériences faites à Alfort où, à la suite d'injections d'agents anesthésiques, il a constaté la production dans le poumon de petits foyers hémorrhagiques. Dans un cas même, la mort survint en 5 minutes par hémorrhagie pulmonaire.

M. KUNCKEL fait une communication sur les yeux des animaux articulés.

M. J. SIMON, médecin de l'hôpital des Enfants, et M. P. REGNARD, interne au même hôpital, ont étudié certains phénomènes survenus à la suite d'applications de teinture d'iode sur la surface cutanée. Dans les salles destinées au traitement des diverses teignes, onze petites filles étaient soumises à des badigeonnages d'iode sur le cuir chevelu. L'une d'elles présenta un jour des signes manifestes d'iodisme (angine, rougeur de la face, acné, coryza). On examina ses urines: on y trouva une quantité considérable d'iode et de plus de l'albumine. Ce fait devint le point de départ d'une série de recherches.

On examina toutes les enfants soumises à l'iode; sur onze, trois étaient albuminuriques. On cessa alors les applications iodées: l'albuminurie disparut. On reprit le traitement et l'albuminurie revint. On avait également interrompu les badigeonnages sur la petite fille qui, la première, avait présenté l'attaque d'iodisme et tout avait cessé. On recommença, l'iode reparut dans l'urine et avec lui l'albumine. Les symptômes d'iodisme reprirent avec une grande intensité.

MM. Simon et Regnard instituèrent alors les expériences suivantes: ils choisirent trois petites filles, l'une phthisique, l'autre scrofuleuse et la dernière teigneuse. Ils s'assurèrent de l'absence d'albumine dans leurs urines, et supprimèrent toute alimentation albumineuse. On fit une application iodée (teinture d'iode et glycérine en parties égales), deux jours après les trois enfants étaient albuminuriques.

En résumé, MM. Simon et Regnard pensent que des enfants débilités comme ceux qu'ils ont observés; enfants chez qui la moindre cause peut provoquer l'apparition de l'albuminurie il convient de surveiller la composition de l'urine dans le cas où, par des applications topiques, on fait passer l'iode dans le sang: il n'est pas indifférent en effet de provoquer une cause de déperdition aussi importante que l'est l'albuminurie, MM. Simon et Regnard n'ont fait leurs observations que sur des *enfants* et sur des *scrofuleux* et déclarent ne pas savoir si le même phénomène se reproduit chez l'adulte.

M. RENAUT fait remarquer que l'albuminurie est chose exceptionnelle chez les phthisiques qui sont cependant soumis fréquemment aux badigeonnages iodés. Si les faits signalés par MM. Simon et Regnard se confirment, il faudra bannir l'iode de la thérapeutique; car, à la suite de ces albuminuries aiguës passagères, il peut rester une albuminurie chronique à conséquences graves.

M. TRASBOT signale un fait méconnu par les auteurs. Les pustules de horsepox, à part celle qui se développe au lieu d'inoculation, ne sont pas ombiliquées. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 mai. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

Après la lecture du procès-verbal, M. le Président annonce la perte que l'Académie vient de faire en la personne de deux de ses membres M. le Professeur BÉHIER et M. BUIGUET, et propose de lever la séance en signe de deuil.

Il est procédé à l'élection d'un membre associé. Etaient présentés: en 1re ligne, M. Jules Roux, de Toulon; en 2e ligne, M. Leudet, de Rouen; en 3e ligne, M. Cazeneuve, de Lille. Nombre des votants 61. Majorité 32. Ont obtenu M. Roux 39 voix, M. Leudet 16, M. Cazeneuve 6. En conséquence, M. Jules Roux est nommé membre associé de l'Académie.

La séance est levée. M.L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 28 janvier 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

34. Pleurésie chronique purulente, Calcification des parois du foyer; par M. A. ROUTIER, interne provisoire.

Br... 57 ans, tourneur, entre le 8 janvier dans le service de M. Gusco pour se faire traiter d'un fistule thoracique qui date de 7 mois environ. Il prétend n'avoir jamais été souffrant avant l'apparition d'une tumeur sur la portion gauche et inférieure du thorax, tumeur qui a donné lieu à cette fistule. Celle-ci donne passage à du pus crémeux qui s'écoule en assez grande abondance sans que les mouvements respiratoires paraissent exercer une action sur cet écoulement. Une sonde dirigée en haut et en arrière pénètre à 8 centimètres et bute contre une surface rugueuse. L'état général est des plus mauvais.

L'examen de la poitrine nous donne un peu de matité en arrière et à droite, matité à gauche; râles sonores, humides dans les deux poumons, souffle à gauche; la respiration ne s'entend pas au bas de la poitrine.

23 *janvier*. Le malade est tout-à-coup pris d'une dyspnée

intense, et il se produit au niveau de la fistule un sifflement pendant les deux temps de la respiration. Cependant, il n'y a pas de sonorité à gauche, pas de souffle amphorique; du reste le sifflement produit au niveau de la fistule couvrait toute espèce d'autres bruits. L'asphyxie allait toujours croissant, et le malade meurt dans la nuit.

AUTOPSIE. Les seules altérations importantes sont les lésions pleuro-pulmonaires. Les *plèvres* sont très-épaisses. A droite, épanchement séreux de 1/2 litre environ, le poumon est libre sauf du côté du diaphragme où il est adhérent et en kyste un foyer caséeux. A gauche, le poumon est diminué de volume, adhérent de tous côtés, mais surtout suivant une ligne qui correspond à la 4e et à la 5e côte.

Il y avait un foyer correspondant aux 5. 7. 8. 9mes côtes dont le séparait un épaississement notable de la plèvre, contenant du pus crémeux en assez grande abondance.

Les deux plèvres étaient non-seulement épaissies, mais il s'était formé des plaques crétacées tout autour, aussi bien du côté des poumons que du côté de la paroi thoracique; on voyait les diverses phases par lesquelles devait passer l'épaississement pseudo-membraneux pour arriver à se calcifier; de plus, la sonde introduite dans la fistule arrivait contre une de ces plaques, qui à ce niveau se terminait par un bord irrégulier et s'imbriquait pour ainsi dire sur ses voisins, de sorte que le pus venait non pas d'un carie costale, mais bien de ce foyer.

35. Oblitération par thrombose de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure, ramollissement symétrique occupant les deux lobes du cervelet; par M. A. DOLÉRIS, interne provisoire.

M. E., 56 ans, entré le 22 janvier à l'infirmerie de Bicêtre (service de M. Bouchard).

Antécédents: aucune affection aiguë; alcoolisme probable; syphilis. Il y a deux ans, il fut atteint d'un délire maniaque qui nécessita un séjour de deux mois à Sainte-Anne; il ne lui reste aujourd'hui aucun trouble mental.

Après quelques prodromes vagues, tels que malaise, éblouissements, notre malade a été pris de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, qui ont persisté quatre jours et qui se sont compliqués au bout de ce temps d'une céphalalgie vive, non limitée en un point fixe. C'est le cinquantième jour après le début que nous le voyons.

Les vomissements persistent et se font sans efforts; la céphalalgie occupe toute la tête. La température est normale, le pouls lent et fort, le facies est pâle, la vue intacte et les pupilles égales. Le malade a pu monter seul dans la salle; il n'existe aucune perte du mouvement ni de la sensibilité. L'intelligence est nette; il y a de l'affaiblissement général, de l'abattement et une tendance irrésistible au sommeil.

Le soir de son entrée, il est agité et délire, dans la nuit, les vomissements cessent et nous le retrouvons le lendemain matin (23 janvier) dans une résolution complète: *Coma absolu*; les quatre membres paraissent paralysés: quand on leur fait exécuter des mouvements, on constate de la raideur dans la flexion et l'extension, l'inertie est plus marquée à droite, la tête est également inclinée à droite et il existe une déviation conjuguée des yeux de ce côté; le sillon naso-jugal droit paraît cependant plus vertical que le gauche.

L'excitation réflexe persiste quoique obtuse; quand on asseoit le malade pour l'ausculter, il se produit une convulsion générale de courte durée. Ce phénomène se reproduit par la suite, à de rares intervalles. Les battements du cœur sont énergiques et tumultueux; temps 37° 8, pouls 90. Les urines sont normales.

Vers trois heures de l'après-midi, contractures partielles des membres supérieurs et du tronc alternant avec des convulsions cloniques; dyspnée, stertor. — Les convulsions se reproduisent jusqu'à la mort, arrivée à 5 heures de l'après-midi.

AUTOPSIE. — L'examen des organes thoraciques et abdominaux ne nous fait découvrir aucune lésion notable. Mentionnons cependant la congestion des viscères, qui est surtout intense dans les reins.

Athérome du cœur et des artères. — Les altérations portent principalement sur les valvules des cavités gauches où existent des plaques épaisses et crétacées.

Organes encéphaliques. — Méninges à peine louches, pas d'hyperémie manifeste. — Les cavités ventriculaires renferment une quantité exagérée de liquide céphalo-rachidien. — La coupe des hémisphères, des corps opto-striés, du mésocéphale ne montre aucune lésion, ancienne ou récente. — C'est à la partie inférieure du cervelet que nous trouvons la cause des symptômes observés pendant la vie.

Il existe un foyer de ramollissement, occupant symétriquement dans les deux lobes du cervelet, une étendue considérable. — La forme du foyer paraît celle d'une pyramide aplatie de haut en bas, dont la base allongée transversalement répond au bord postérieur des lobes cérebelleux sur le côté, à l'extrémité postérieure du vermis inférieur sur la ligne médiane, tandis que le sommet répond à la partie moyenne de l'organe. —En d'autres termes, le ramollissement est plus rapproché de la circonférence postérieure et de la face inférieure du cervelet; il est de plus également étendu à droite et à gauche. — Les tissus sont complétement désorganisés et forment une bouillie rougeâtre. Aux environs du foyer et du côté droit, hyperémie considérable. Le foyer n'arrive pas jusqu'au corps rhomboïdal qui est complétement intact. Il existe une seule artère cérébelleuse inférieure et postérieure; elle naît de la vertébrale droite, contourne la face latérale correspondante du bulbe et se dirige en arrière vers l'extrémité antérieure du vermis inférieur où elle se divise en deux branches égales qui se portent d'avant en arrière dans les sillons qui correspondent aux parties latérales et inférieures du vermis. Cette artère fournit des branches visibles qui se distribuent sur la face inférieure du cervelet, également dans les deux lobes. Quelques rameaux ténus provenant de la cérébelleuse antérieure et inférieure gauche, se distribuent au lobe correspondant et s'anastomosent avec les branches de la précédente.

L'artère unique que nous venons de décrire est oblitérée par un caillot solide, sur une longueur de sept à huit millimètres au niveau du point où elle contourne le bulbe. — En cet endroit existe une plaque calcaire épaisse. Il va sans dire que toutes les artères du cerveau comme le reste du système vasculaire, sont athéromateux au plus haut degré.

En résumé, l'oblitération de la cérébelleuse postero inférieure unique provoquée par des plaques calcaires, a amené dans les deux lobes un ramollissement qui ne s'est décelé pendant la vie que par des *symptômes vagues* de paralysie et de contracture, par de la céphalagie et des *vomissements continus*.

37. Ostéo-myélite suppurée, de forme et d'allures insidieuses; par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

R..., 22 ans, est entré dans le service de M. Gosselin le 15 décembre 1875. Il présentait une tuméfaction fluctuante de la cuisse droite située vers la partie moyenne de son côté interne, au-dessous de l'artère fémorale. L'articulation du genou était indemne, les mouvements assez faciles, et on ne trouvait d'autre cause à cette affection qu'une petite écorchure au niveau d'un des orteils. Le diagnostic porté par M. Gosselin fut le suivant: phlegmon probablement consécutif à une angioleucite profonde. Il ouvrit le foyer, et explora l'os avec soin pour constater s'il existait ou non une dénudation à son niveau, préoccupé qu'il était de l'origine osseuse possible de l'affection. Il ne sentit aucune dénudation, malgré l'examen le plus attentif.

Le 25 décembre apparut un épanchement dans le genou, sans réaction locale intense; les téguments n'étaient pas enflammés, au bout de 4 jours, cet épanchement disparut, et, au moment où je pris le service (1er janvier 1876) la pression sur la rotule ne donnait plus aucune sensation de choc. Mais l'extrémité inférieure du fémur était singulièrement augmentée de volume.

Le 4 janvier nous trouvons un point osseux dénudé de la dimension d'une pièce d'un ou deux francs au côté interne du fémur, atteignant la ligne âpre. Le 6 janvier, un drain fut passé de la plaie vers la partie supérieure de la cuisse en remontant dans la direction du couturier.

Le pus était nettement osseux depuis 4 à 5 jours. Le fémur continuait à augmenter de volume, et le 8 janvier, deux collections apparurent, l'une limitée au côté interne de la tubérosité antérieure du tibia; l'autre, indépendante. et contenant des gaz, communiquait avec le trajet primitif et était située au côté interne de l'articulation au-dessous des tendons de la patte d'oie. L'existence du gaz fit penser à M. Gosselin que cet abcès clapotant était en rapports avec l'articulation, et l'exploration y fit découvrir le 10 janvier des mouvements de latéralité extrêmement prononcés qui coïncidaient avec un frottement tellement rude des surfaces articulaires du fémur et du tibia que la destruction des cartilages était manifeste. Les deux collections furent incisées. Cependant la suppuration augmenta d'abondance, la pression pratiquée sur la cuisse et sur la partie supérieure de la jambe faisait sortir des flots de pus. et l'amputation dut être proposée au malade qui finit par l'accepter. Elle fut pratiquée le 20 janvier après application de l'appareil d'Esmarck, et le moignon fut enfermé dans un pansement ouaté.

Examen de la pièce : *parties molles*; tous les interstices musculaires sont disséqués par le pus, le creux du jarret n'est qu'un vaste foyer qui descend jusqu'au milieu du mollet en passant par l'anneau du soléaire : l'articulation communique avec lui, et avec le foyer du côté interne. La synoviale est éraillée au côté externe, et à la partie supérieure de son cul-de-sac supérieure. Le périoste du fémur est épaissi et comme lardacé.

Articulation du genou. La synoviale est perforée aux points que je viens d'indiquer et la cavité articulaire remplie de pus; les ligaments périphériques sont épaissis mais intacts: les ligaments croisés et les cartilages ont complétement disparu, non-seulement les cartilages d'encroûtement du fémur, du tibia et de la rotule. mais même les fibro cartilages, dont il est impossible de retrouver trace. Au niveau du fémur, on remarque entre les condyles et au-dessus de la poulie qui les sépare un point au niveau duquel le tissu compact de l'os est très-ramolli et friable: quelques petits pertuis laissant sourdre du pus. Une altération de même nature se voit à la partie postérieure en un point correspondant : la lame compacte est même détruite à ce niveau, et le tissu spongieux se voit avec ses trabécules.

Parties osseuses : fémur: après avoir enlevé avec soin le périoste très-notablement épaissi, on trouve à la surface de l'os une quantité considérable d'ostéophytes ; à la partie antérieure de l'os, à 6 centimètres au-dessous du point où le membre a été amputé, et à 12 centimètres environ au-dessus de l'articulation du genou, on voit un petit pertuis qui laisse sortir du pus, et autour duquel le tissu compacte est friable et ramolli. Sur la surface de *section transversale* de l'os faite par le trait de scie d'amputation on trouve les caractères suivants: au centre, la moelle rouge et manifestement enflammée ; autour d'elle le tissu compacte, et en dehors de celui ci une couche d'épaisseur égale formée par du tissu osseux de formation récente; cette couche nouvelle a même subi dans sa partie profonde accolée à la couche compacte un travail de raréfaction et de résorption. — Ces altérations montrent que les lésions de l'os existent encore sur l'extrémité qui soutient les chairs du moignon et par suite le malade est exposé à une nécrose consécutive. et même à l'ostéo-myélite.

Sur une *section verticale* portant sur le fémur et le tibia et passant entre les deux condyles on peut voir: la congestion et la suppuration du canal médullaire et du tissu spongieux du fémur, la raréfaction de ce tissu spongieux qui est en communication par les pertuis que j'ai signalés avec les foyers purulents extérieurs à l'os. On y retrouve en dehors du tissu compacte la couche de tissu osseux nouveau qui se voyait déjà sur la section d'amputation: elle forme une sorte d'étui extérieur au tissu compacte et descend sur une longueur de 6 centimètres, jusqu'au pertuis que j'ai décrit sur la face antérieure de l'os. Le tissu osseux du tibia est sain et normal.

Après macération des os, la ligne épiphyso-diaphysaire se prononce de plus en plus, et il semble que l'ostéite suppurante se soit localisée dans le tissu osseux de récente formation qui a remplacé le cartilage inter épiphysa-diaphysaire (le malade a 22 ans.)

Dès lors la marche singulière de l'affection pourrait s'expliquer de la façon suivante :

1° Périostite au niveau de la partie moyenne du fémur; inflammation propagée à l'os par le pertuis signalé plus haut à la face antérieure du fémur.

2° Ostéo-myélite de la diaphyse propagée à l'épiphyse.

3° Ostéite au niveau de la ligne de soudure et arthrite suppurée du genou.

Il est en outre bon de remarquer que l'articulation du genou était le siége de mouvements de latéralité malgré l'intégrité de ses ligaments périphériques, et par suite de la destruction des cartilages inter articulaires et d'encroutement.

Je signale donc à l'attention : 1° les allures bizarres de cette ostéo-myélite. 2° l'existence de mouvements de latéralité dans le genou, malgré l'intégrité des ligaments périphériques. C'est, je crois, une variété de mobilité anormale qui a été peu étudiée jusqu'à ce jour.

Le pansement ouaté a été enlevé au bout de 18 jours. La réunion profonde de parties molles était effectuée Mais aujourd'hui, 18 février, le moignon est le siége d'une suppuration abondante due à des nécroses de l'os, et la pression fait sortir le pus par la plaie d'amputation, et par l'incision pratiquée au moment de l'entrée du malade à l'hopital. L'état général est d'ailleurs excellent.

38. Caverne pulmonaire de nature indéterminée; par U. Germont et C. Chabrun, externes des hôpitaux.

Lem.. M. J., 72 ans, entre le 11 janvier 1876 à l'infirmerie de la Salpêtrière, salle Saint Alexandre, n° 21 (service de M. Charcot), pour un violent point de côté à gauche qui dure depuis deux jours. On ne sait rien sur sa famille. Asthmatique depuis près de huit ans, cette femme avait des habitudes alcooliques; auparavant santé excellente.

12 *janvier*. — La malade a la figure calme, sans rougeur des pommettes : le teint est jaunâtre. Respiration assez libre. bien qu'un peu précipitée. Jamais la malade n'a eu de frisson. Pas de toux ; pas de crachats jusqu'alors ; mais arrivée à l'infirmerie elle se met à rendre abondamment des crachats rougeâtres qui remplissent le fond du vase. Ces crachats n'ont pas d'odeur. Le soir. T. R., 38,2. Pouls normal. Les signes stéthoscopiques n'apprennent rien. Sonorité normale à droite : à gauche aussi, sauf en bas et en arrière où l'on trouve un peu de matité. Percussion douloureuse des deux côtes. — Rien au cœur. — A l'auscultation, râles sous-crépitants surtout en avant et à gauche : à droite, à l'angle inférieur de l'omoplate, il y a des râles sous-crépitants fins.

13. La température le soir est de 40°.

15 Le point de côté diminue ; les crachats ne sont plus sanglants, mais d'un gris-chocolat. très-pâle, peu nombreux, toujours sans odeur, T. R. soir 37°,6.

17. La malade se sent mieux : sa figure est reposée: crachats très-rares, blancs, peu visqueux, un peu filants. T. R. 38°.

19. L'état de la malade change : face rouge. allumée; un peu de dyspnée Les crachats rouges apparaissent de nouveau. Pouls assez fréquent, peau chaude. T. R. mat. 37°,4, soir, 37°,6. — L'auscultation ne fait percevoir que des râles sous-crépitants. On n'entend ni souffle caverneux, ni gargouillement. Les urines examinées chaque jour n'ont aucun caractère anormal.

20. Même état. mêmes crachats, moins nombreux : la malade s'affaiblit. Dyspnée de plus en plus intense. Les urines sont rouges et chargées de mucus. Toujours rien au cœur. T. R., mat., 37,4 ; soir, 37.4. La malade n'a jamais eu de vomique. 21. Mort.

Autopsie — La *mamelle gauche* présente une tumeur dure, grisâtre, non adhérente aux os ni aux muscles sous-jacents, sans ulcération, sans dépression du mamelon. Le *foie* est un peu plus volumineux qu'à l'état normal : il est pâle, jaunâtre, un peu dur. Sa surface, est parsemée de plaques blanchâtres, arrondies, déprimées à leur centre, s'enfonçant dans le tissu hépatique : leur volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une noisette. A la coupe le tissu du foie présente un

grand nombre de noyaux de même volume que ceux de la périphérie. L'examen histologique a montré que ces tumeurs étaient constituées par un amas d'épitheliums cylindriques. La *vésicule biliaire* n'offre rien à considérer.

Rien à l'*estomac*, ni à l'*œsophage*, ni à l'*intestin*. La *rate* est rouge, ramollie. Rien dans le *cerveau*, ni l'*utérus*.

Le *rein gauche* a sa substance corticale et tubulaire complètement atrophiée. Le bassinet est énormément distendu et rempli par un liquide citrin: il contient aussi un calcul noirâtre, rugueux, anguleux, engagé dans un des calices. Le *rein droit* est normal.

Quand on examine le *poumon*, on ne trouve à gauche aucune adhérence avec la plèvre, tandis qu'à droite, on en trouve à la partie postérieure et moyenne. Les deux poumons, surtout le droit, sont congestionnés, un peu friables. A droite, à la partie postérieure de la face externe et dans le lobe supérieur, on trouve une *grande caverne*, presque du volume du poing, aplatie de dehors en dedans. Cette caverne est vide : ses parois anfractueuses sont revêtues d'une couche blanchâtre sans dégénérescence caséeuse et sans induration fibroïde, qui se détache facilement et laisse à découvert une sorte de membrane pyogénique, grisâtre, d'un demi-millimètre d'épaisseur. Ni dans l'intérieur de cette caverne, ni dans le tissu pulmonaire environnant, ni dans les autres organes, on ne trouve trace de granulation tuberculeuse ni de masse caséeuse.

La caverne ne donne pas d'odeur fétide, comme dans la gangrène pulmonaire. — A la coupe du poumon, dans les parties voisines, on ne rencontre pas de granulations fibrineuses, le tissu pulmonaire est congestionné, un peu dense, un peu friable. Néanmoins des fragments de poumon pris dans les points les plus congestionnés surnagent quand on les met dans l'eau. — Les ganglions bronchiques sont noirs et de consistance normale. Les branches de l'artère pulmonaire qui sont dans la direction de la caverne sont bouchées par des caillots blancs, de date ancienne, adhérents. Dans les autres parties du poumon on ne rencontre pas de ces caillots.

A l'examen histologique des parois de la caverne, qui sont denses, dans l'épaisseur d'un demi-millimètre, on trouve des alvéoles remplies de cellules épithéliales et embryonnaires très-serrées. Les vaisseaux sanguins présentent les lésions de l'endartérite. Au-delà de un demi-millimètre les alvéoles pulmonaires sont légèrement épaissies et présentent un peu de prolifération épithéliale. — Elles ne contiennent pas d'exsudat fibrineux, ne sont pas remplies de sang.

Le *ventricule droit* du cœur présente des végétations globuleuses, aplaties, sans dégénération puriforme, blanches, fermes, ressemblant à de l'albumine cuite, au nombre de 6 ou 7, d'étendue variable de 1 millimètre à 1 centimètre carré, d'une épaisseur variant de 1/2 à 4 millimètres. Pas de caillots fibrino-globulaires, pas de coagulation sanguine. Dans les points où existent les végétations, l'endocarde est un peu épaissi et infiltré de cellules embryonnaires.

39. Tumeur cérébrale (de nature tuberculeuse) siégeant dans le lobe sphénoïdal gauche; — Aphasie; par E. Goetz, interne des hôpitaux.

Le malade couché au n° 59 de la Salle Saint-Charles est un homme de 40 ans, entré le 7 janvier 1876 dans le service de M. Guibout.

Il vient se faire soigner pour des accidents syphilitiques tertiaires caractérisés par des syphilides pustulo-crustacées dont l'une siége au niveau de la lèvre supérieure du côté droit, l'autre à la partie supérieure du cou, dans la région sus-hyoïdienne du même côté. Cet homme est en outre dans un état cachectique assez avancé ; amaigrissement notable, pâleur des téguments, faiblesse générale.

On pourrait expliquer cet état par la cachexie syphilitique, mais l'auscultation des poumons démontre en outre un ramollissement avancé des deux côtés : à droite on constate un souffle caverneux très-net; à gauche, du gargouillement. Toux fréquente, expectoration abondante de crachats caractéristiques. Le cas est donc grave, la syphilis évoluant chez un individu déjà affaibli par l'état de ses poumons.

Avant de le soumettre à un traitement spécifique, on tâche de remonter l'état général par des toniques. Le malade paraît se trouver un peu mieux. Dans la journée il se lève et marche dans la salle; l'appétit est conservé et l'on ne remarque aucun trouble dans les autres fonctions. Cet état stationnaire s'observe pendant 10 jours.

Le 17 janvier, à la visite du matin, on constate un changement notable dans l'état du malade : il répond avec grand peine aux questions qu'on lui pose ; tantôt il peut prononcer certains mots, tantôt il ne fait que bredouiller des paroles inintelligibles. On voit très-bien qu'il voudrait parler, mais qu'il ne peut exprimer sa pensée; il ne peut dire ce qui lui est arrivé, il accuse une douleur vive à la région frontale, mais il lui est impossible de l'indiquer autrement que par gestes. Il n'y a, du reste, aucune hémiplegie; des deux côtés les membres exécutent les mouvements volontaires, la face n'est pas déviée, la sensibilité est intacte, les pupilles égales; il n'y a ni raideur du cou, ni vomissements. Les deux seuls symptômes bien nets sont donc l'aphasie et la céphalalgie.

Le pouls est fréquent, mais égal. La température est à 38°. En présence de ces accidents, M. Guibout pense à une tumeur cérébrale, latente jusque-là mais donnant lieu à une inflammation de voisinage. Dans l'hypothèse où elle serait d'origine syphilitique il prescrit 2 gr. d'iodure de potassium et un large vésicatoire derrière la nuque.

Le 18 janvier l'état est à peu près le même: la parole est toujours embarrassée, le malade ne peut pas mieux répondr que la veille.

Le 19 au matin, on constate un tremblement marqué surtou aux membres supérieurs et du côté droit. La douleur de tête continue, la physionomie du malade exprime une vive souffrance. Quand on lui parle il fait des efforts pour répondre mais il ne peut y parvenir — par exemple : Où avez-vous mal ? réponse: Monsieur ! Oui... Oui... Tr... trop . !

Somme toute, l'état est aggravé. Prescription : Continuer l'iodure de potassium à la même dose ; huile de ricin 20 gr. Le Pouls est à 100. La température à 38°,4. *Soir*, Pas de changement appréciable: Température 38°,5. La céphalalgie continue : l'aphasie persiste; le malade, malgré ses efforts, et même après avoir entendu le mot qu'il voudrait dire, ne peut prononcer le mot : purger. Il tousse toujours beaucoup : la face est légèrement cyanosée.

20 *janvier*, il paraît aller mieux, il souffre moins, mais l'embarras de la parole est toujours le même, pouls 102. Température 38°,7.

21. Il ne peut plus parler ; il a été agité toute la nuit, et, le matin, il est plongé dans le coma; il gémit continuellement et ne retient plus son urine. T. 38°,6. On prescrit deux vésicatoires derrière les oreilles.

22. Le malade n'a pas repris connaissance ; pendant la nuit il est sorti de son coma pour présenter une agitation extrême qui a duré peu de temps. Impossible de le tirer de son état de stupeur. Il respire difficilement, la face est congestionée et cyanosée. Il meurt le 23 dans la nuit après avoir présenté les mêmes symptômes pendant la journée du 22.

Autopsie. On constate l'infiltration tuberculeuse des deux poumons, avec ramollissement des sommets; le poumon droit surtout présente des adhérences nombreuses et une caverne. Le cœur, le foie, les reins, la rate ne présentent aucune lésion. Rien d'anormal, à l'ouverture du crâne, ne se constate sur la dure-mère et l'arachnoïde. Du côté droit, la pie-mère ne présente rien de particulier, mais, à gauche, elle paraît un peu épaissie et plus adhérente. Dans la scissure de Sylvius du même côté, elle est parsemée d'un grand nombre de petites granulations grisâtres, transparentes, groupées autour des vaisseaux; il y a donc là une poussée de méningite tuberculeuse.

A la coupe, le lobe frontal gauche est également sain. Mais au niveau de la circonvolution du lobe sphénoïdal qui limite en arrière la scissure de Sylvius, on découvre une petite tumeur ovalaire qui atteint à peine le volume d'une noisette. Elle se trouve immédiatement au-dessous de la couche grise des circonvolutions et adhère intimement à une artériole de 1 mill de diamètre environ qui pénètre dans son intérieur. C'est très-probablement autour de ce vaisseau que la tumeur s'est développée.

Tout autour de la tumeur, et dans l'espace de deux centimètres, le tissu cérébral présente une coloration jaunâtre et un pointillé hémorrhagique qui, par endroits, a donné lieu à de petits extravasats sanguins. A ce niveau, la substance cérébrale est diminuée de consistance et contient un certain nombre de corps granuleux.

M. Déjerine a bien voulu nous communiquer le résultat de l'examen histologique qu'il a fait de la tumeur : elle paraît formée de petits éléments analogues à des cellules lymphoïdes ou à des noyaux embryonnaires fortement pressés les uns contre les autres, réfringents et ne possédant pas une très-grande élection pour le carmin. Autour des vaisseaux qui traversent cette tumeur, ces éléments affectent une disposition particulière ; ils forment, entre la tunique externe du vaisseau et sa gaîne lymphatique, de véritables mamelons entourant complétement le vaisseau. La nature histologique de cette tumeur ainsi que la présence des granulations miliaires dans les méninges la font regarder comme de nature tuberculeuse.

L'intérêt de cette observation ne nous semble pas tant résider dans l'existence de la méningite tuberculeuse et de tubercules du cerveau développés chez un individu déjà en puissance de la diathèse, que dans le siége de la tumeur en arrière des circonvolutions frontales et dans les symptômes d'aphasie auxquels elle paraît avoir donné lieu. Ajoutons cependant que la présence des granulations tuberculeuses dans la pie mère qui recouvre la scissure de Sylvius et par conséquent les circonvolutions antérieures pourrait donner l'explication des faits observés.

40. Tuberculose pulmonaire avec lésions valvulaires; par F. Balzer, interne des hôpitaux.

T..., entre le 10 janvier 1876, au n° 11 dans la salle sainte Marthe, dans le service de M. Empis, à l'hôpital de la Charité.

Cette femme âgée de 47 ans, lingère, raconte qu'elle tousse depuis 17 mois. Elle n'a jamais joui d'une bonne santé, et a toujours été assez faible. Elle a dû cesser complétement de travailler depuis six mois: mais elle ne garde le lit que depuis 15 jours, à la suite d'une hémoptysie, la première qu'elle ait eue. Elle dit qu'elle n a jamais eu de douleurs rhumatismales. Pas d'antécédents alcooliques. Malgré sa faiblesse habituelle, c'est la première maladie sérieuse dont elle soit atteinte. — Elle est très amaigrie et très-faible ; l'appétit a complétement disparu. A la percussion, on perçoit une matité assez marquée aux deux sommets ; les vibrations thoraciques sont exagérées en arrière. Râles sous-crépitants fins et très-secs, en avant; râles plus gros en arrière des deux côtés. A l'auscultation du cœur, on entend un bruit de souffle très-net à la pointe; le cœur n'est pas hypertrophié. Le ventre est aplati, non douloureux. Pas de diarrhée. Les jours suivants la malade a de la fièvre ; elle maigrit avec une grande rapidité.— Elle meurt, le 16 janvier, a 3 heures du soir.

Autopsie, le 18 janvier. — On trouve des tubercules disséminés en grand nombre dans toute l'étendue des deux poumons. Pas de cavernes aux sommets. Sur la coupe, on voit les petites bronches épaissies, entourées d une zone d'aspect caséeux, assez étendue en certains points.

Le foie, la rate et les reins sont sains. — Le cœur est petit; épaississement de la valvule mitrale à son bord libre; plaques d'endocardite ancienne, avec nodosités à l'insertion de la valvule. Pas de rétrécissement.

On trouve quelques plaques d'athérome à l'origine de l'aorte, et les valvules aortiques sont elles-mêmes un peu épaissies. La valvule tricuspide présente de même quelques nodosités au niveau de l'insertion des cordages tendineux.

Tuberculose pulmonaire avec lésion valvulaire; par F. Balzer, interne des hôpitaux.

Manj...., âgé de 53 ans, garçon de restaurant, entre le 8 janvier au n° 29 de la salle Saint-Michel, dans le service de M. Empis. Cet homme est très-amaigri essoufflé; il se tient presque toujours assis, penché en avant, malgré sa faiblesse. Il dit qu'il ne tousse que depuis neuf mois; mais il a eu une hémoptysie très-forte, il y a trois ans et, depuis, la dyspnée a augmenté constamment, et il commença à se plaindre de battements de cœur. La poitrine est très-émaciée, les dépressions sus et sous-claviculaires très-marquées, surtout du côté gauche, où la matité est assez forte au sommet. On entend en ce point des gargouillements avec un souffle rude et amphorique. Le souffle est moins fort à droite et en avant ; on n'entend en arrière que de gros râles disséminés. L'appétit a disparu depuis longtemps ; fièvre le soir aves sueurs pendant la nuit. Pas de diarrhée. Il n'a jamais eu d'œdème des jambes. Pourtant les battements de cœur sont très-irréguliers; on entend un souffle assez fort à la pointe et à la base, le second bruit est un peu rude. Il nie toute espèce d'antécédents alcooliques ; mais il a eu fréquemment des douleurs rhumatismales, sans fièvre, il est vrai.

Le lendemain de son entrée, il est pris tout-à-coup d'une aphonie complète. On fait au-devant du larynx des onctions avec la pommade iodée et belladonée. Les jours suivants, la voix revient un peu, puis elle disparaît de nouveau. On trouve toujours les mêmes signes à l'examen de la poitrine ; mais il s'affaiblit de plus en plus; l'orthopnée est continuelle et il a de fréquents accès d étouffements. Il meurt le 17 janvier, à 9 heures du soir.

Autopsie. — Les deux plèvres sont adhérentes et très-épaissies. Léger épanchement à droite. Les sommets sont indurés, sclérosés; le gauche présente une caverne très-étendue. Les deux poumons sont farcis de granulations grises et de tubercules ramollis.

Le cœur est gros : la valvule mitrale, épaissie dans toute son étendue, présente des nodosités nombreuses à son bord libre ; sa valve gauche surtout est recroquevillée et très-indurée. Le ventricule gauche présente une épaisseur de 1 centimètre et demi. L'aorte est semée de plaques d'athérome assez nombreuses. Le ventricule droit est dilaté ; la valvule tricuspide présente sur son bord libre un grand nombre de nodosites semblables à celles de la valvule mitrale, mais moins grosses et moins indurées. — Les autres organes sont sains.

Séances de décembre 1875.

Remarques sur la rupture de l'intestin sans lésion des parois abdominales. Observation ; par Maurice Longuet, membre-adjoint de la Société anatomique (1).

Le 25 novembre 1875, à 4 heures du soir, est entré dans le service de M. Verneuil, à la Pitié, un homme âgé de 44 ans, boulanger, qui, deux heures auparavant, avait fait un faux pas, était tombé et avait reçu sur le ventre, pendant qu'il était à terre, un pain de sucre qu'un ouvrier, passant près de lui, portait sur son épaule. Le blessé avait pu se relever seul, mais à peine debout, des douleurs abdominales éclatèrent avec tant de violence qu'on dut le porter à l'hôpital. Pendant le trajet et en arrivant dans la salle, il fut pris de vomissements. Les matières rendues furent d'abord exclusivement alimentaires, puis elles devinrent bilieuses et au bout de quelques instants elles prirent une couleur gris-brunâtre qui parut suspecte à l'interne de garde qu'on avait appelé pour donner les premiers soins. Sous l'influence de la glace administrée intùs et extra, les vomissements cessèrent dans la soirée et le malade put passer une assez bonne nuit.

Mais, le lendemain 26 novembre, ayant avalé un peu de lait chaud vers 7 heures du matin, il fut immédiatement repris de vomissements qui, cette fois, étaient franchement bilieux.

A la visite, il était dans l'état suivant : le ventre est modérément ballonné, douloureux à la pression *dans toute son étendue*, très-peu souple, partout sonore à la percussion, sans traces d'écorchures à la peau ou d'ecchymoses sous-cutanées. Dans le canal inguinal droit existe une petite tumeur oblongue, en partie dans le conduit, en partie dans le scrotum, ferme au toucher, pas douloureuse, irréductible : elle diminue légèrement de volume quand on la presse. Un doigt peut être introduit dans le canal inguinal en refoulant la

(1) Travail présenté pour obtenir le titre de membre titulaire.

peau en entonnoir. Le malade dit qu'il a depuis fort longtemps une hernie inguinale, complétement réductible, et habituellement maintenue par un bandage; mais que depuis 15 jours il a quitté son bandage et qu'il ne le portait pas au moment où il fit sa chute. Il n'y a pas d'anse intestinale herniée actuellement. Pas de selles depuis l'accident. Les urines sont rares, un peu rouges, mais non sanguinolentes.

Le visage est pâle, la peau froide, non cyanosée, le pouls bat 70, la température axillaire est à 36°,4. Les gros viscères de l'abdomen, soigneusement explorés, foie, rate, reins, ne semblent point intéressés.

A première vue, le diagnostic ne paraissait pas difficile à établir et pourtant une question considérable se posait: la hernie entrait-elle pour une part quelconque dans les accidents observés? Comme le fit très-bien remarquer M. Verneuil, dans sa leçon clinique qui porta sur ce malade, cette question avait une grande importance à être résolue à cause du traitement qui devait être absolument différent si l'on avait affaire à un péritonite traumatique simple ou à des accidents d'étranglement herniaire. Dans le premier cas, l'intervention chirurgicale pouvait être à peu près nulle; dans le second, elle devenait d'une nécessité et d'une urgence absolues. De la vacuité du sac herniaire trouvé à droite, du diamètre notable du canal et de l'anneau inguinal, de la rapidité et de l'intensité des accidents, de la nature même des vomissements qui n'étaient pas fécaloïdes malgré leur apparence suspecte, de l'extension de la douleur péritonéale à tout le ventre et de la nature du traumatisme, M. Verneuil conclut à une péritonite traumatique simple mais intense, accompagnée *peut-être* d'une déchirure d'un des gros viscères et plus particulièrement du foie ou de la rate. En conséquence le traitement fut institué ainsi: vaste onction sur tout l'abdomen avec l'onguent napolitain belladoné, calomel à doses fractionnées, opium après la selle qui sera obtenue, glace à l'intérieur, diète. — Le soir T. a., 36°,8.

Le lendemain, 27 novembre, une très-légère amélioration de l'état général était constatée, quoique le calomel n'eût pas produit d'effet. Le malade souffrait moins, il avait un peu dormi; mais les vomissements persistaient, les traits semblaient plus tirés que la veille: température axillaire, 37°; il y avait de la fièvre. Les urines étaient rouges. On ordonna la continuation du traitement auquel on ajouta un lavement purgatif. — Le soir, T. a., 37°,2.

Le 28 novembre, tout allait mal: les vomissements continuaient et les matières rendues avaient une couleur brune, sans odeur fécaloïde; la peau était ictérique, le faciès très-altéré. La région hépatique était très-douloureuse à la pression. Dans la nuit précédente, il y avait eu une évacuation alvine de quelques matières dures et noires. Le malade mourut dans la soirée.

Autopsie pratiquée le 30 novembre. — Poumons sains, un peu de congestion pulmonaire en arrière, dans les parties inférieures et déclives. Cœur sain Rate petite, un peu contractée, sans déchirure. Foie non déchiré, sain, d'une couleur vert-noirâtre sur toute sa surface et dans une épaisseur de 3 millimètres. Les deux faces supérieure et inférieure de son lobe droit sont recouvertes d'une couche de matières fécales grises, séparées du diaphragme par une collection gazeuse qui s'est échappée bruyamment quand la paroi abdominale a été ouverte.

Tout le flanc droit est rempli d'une grande quantité de matières fécales grises mêlées à des flocons purulents. Les anses intestinales sont agglutinées entr'elles par des fausses membranes couenneuses, très-épaisses, jaunes: en différents points, on trouve quelques collections franchement purulentes. L'intestin, le péritoine viscéral et pariétal présentent toutes les lésions qui caractérisent une inflammation très-intense: arborisation, épaississements par places, dépoli de la séreuse, flocons fibrineux, etc. Le sac herniaire est déshabité, ses parois sont très-épaisses; elles forment seules la tumeur inguinale étudiée, pendant la vie du malade, au moment de son entrée. Au niveau de l'angle sacro-vertébral, le mésentère porte une très-légère suffusion sanguine sous-péritonéale, qui peut passer pour une petite ecchymose. La paroi abdominale, à ce niveau, ne porte aucune trace du traumatisme, pas plus là, du reste, qu'ailleurs.

En dévidant soigneusement l'intestin pour chercher la perforation qui a donné issue aux matières fécales, il est très-facile de voir qu'une portion du canal intestinal, longue d'environ 18 centimètres, est plus rouge, plus vascularisée et aussi plus amincie que les autres parties. Cette portion est nettement délimitée par un double resserrement bien marqué, à chaque extrémité. Le mésentère, qui adhère en ce point, est congestionné. Cette anse est située dans le flanc droit, un peu en dedans du cœcum, très-près du canal inguinal. C'est évidemment un des points de l'intestin qui a dû faire le plus souvent hernie dans le canal inguinal. Cela présente une certaine importance, car c'est précisément au milieu de cette portion altérée de l'intestin que siége la perforation. L'ouverture a le diamètre d'une pièce de cinquante centimes, elle est régulièrement arrondie et comme faite à l'emporte-pièce. Les bords sont un peu enflammés.

En présence de cette autopsie, il était intéressant de chercher à savoir comment s'était faite la rupture de l'intestin, et dans laquelle de ses habitations l'anse rompue avait été frappée: était-ce dans le sac herniaire, était-ce dans la cavité abdominale? A cette seconde question, on ne peut répondre que par des hypothèses, parce que trop d'éléments de diagnostic manquent à la fois. En effet, s'il est supposable que l'intestin a été touché pendant qu'il était sorti de la cavité abdominale, parce que le malade ne portait plus de bandage au moment de sa chute et que cette chute a dû provoquer l'issue de l'intestin, parce que l'anse herniée se trouvant sous la peau devait être plus facilement déchirée; cela n'est que supposable, car rien ne l'affirme, ni l'état de la paroi cutanée du sac qui se trouve parfaitement saine, ni l'état de la paroi interne du même sac qui se trouve aussi remarquablement intacte, ni le dire du malade qui a plutôt rapporté au milieu de l'abdomen qu'à la région inguinale le siége du traumatisme. Prouver d'autre part que l'intestin grêle a été touché dans la cavité abdominale n'est pas plus facile, parce que, à part la petite ecchymose sous péritonéale du mésentère au niveau de l'angle sacro-vertébral, rien n'indique le lieu précis où a porté le corps contondant.

Je laisse donc de côté ce point d'étiologie rétrospective pour m'arrêter un instant sur le mécanisme de la déchirure.

Les recherches assez rapides que j'ai pu faire à ce sujet m'ont fait voir que les lésions traumatiques intestinales sans traces du traumatisme à la paroi du ventre sont peu fréquentes. La possibilité de leur existence est connue, tous les auteurs en parlent, mais très-peu d'entr'eux en donnent des observations Les Bulletins de la Société anatomique en contiennent six au plus, depuis l'année 1826. Une thèse récente (1869), faite par M. Chauveau en rapporte un certain nombre recueillies çà et là en France et à l'étranger.

Tous les observateurs, qui ont vu et étudié des lésions de ce genre, ont cherché à en expliquer le mécanisme; mais aucun d'eux ne semble être arrivé à une solution satisfaisante: la plupart cependant ont émis cette opinion que l'intestin est plus facilement coupé quand il est distendu par le gaz ou les matières alimentaires. Et pourtant je pense que cette explication n'est pas trop difficile à donner. Je crois qu'on peut rapporter les ruptures de l'intestin sans rupture correspondante de la paroi abdominale: 1° au peu de résistance des parois intestinales aux pressions exercées de dehors en dedans; 2° à la plus grande élasticité de la paroi abdominale.

L'intestin, très-résistant aux pressions excentriques, c'est-à-dire s'exerçant de dedans en dehors, est au contraire extrêmement faible vis-à-vis des pressions exercées de dehors en dedans; c'est là un fait d'expérimentation vulgaire, — tandis que la partie abdominale représentée surtout par les aponévroses jouit d'une résistance considérable. L'intestin composé d'une muqueuse épaisse mais friable, de muscles lisses peu denses, d'une mince tunique celluleuse est certainement bien moins élastique que la paroi abdominale dont l'élasticité est représentée par la peau dont les fibres de tissu élastique sont si nombreuses. De sorte que l'intestin se trouve dans une infériorité très-marquée vis-à-vis de la paroi abdominale au

point de vue de la résistance et de l'élasticité. Voilà un premier point qu'il me sera permis de ne pas prouver : il est trop évident.

Lorsque deux corps inégalement résistants et inégalement élastiques se trouvent comprimés entre deux plans résistants, c'est le moins résistant et le moins élastique qui est écrasé le premier. Voilà encore un second point qui n'a point besoin de démonstration.

La conclusion est simple; chaque fois que l'intestin et la paroi abdominale seront comprimés entre un corps contondant et la colonne vertébrale sous une pression suffisante, l'intestin sera rompu le premier, puis la paroi abdominale cédera à son tour si la force continue son action assez puissamment.

Cela étant admis, on peut se demander pourquoi, dans les cas de traumatismes violents, l'*intestin n'est pas toujours déchiré*, pourquoi, au contraire, on voit souvent des déchirures de la paroi abdominale sans rupture intestinale, et pourquoi les gros viscères sont plus fréquemment rompus que le canal intestinal. La raison en est bien connue pour les deux dernières questions : c'est que les intestins sont mobiles, qu'ils peuvent fuir devant les compressions et que les gros viscères (foie, rate, reins) sont fixes et supportent tout le choc. Quant à la première question, à savoir pourquoi l'intestin n'est pas toujours déchiré même quand il est immobile, je suis en désaccord avec les observateurs qui, comme je l'ai dit plus haut, prétendent que l'intestin est plus facilement coupé quand il est distendu par les gaz ou les matières alimentaires; je pense, au contraire, que l'intestin résiste mieux s'il est distendu par des matières gazeuses, parce qu'il devient plus élastique. L'intestin plein exclusivement de matières liquides est moins résistant que s'il est rempli de gaz.

Voici quelques expériences que j'ai faites à cet égard. 1° Je prends une anse d'intestin vide, longue de 15 centimètres, je la place à terre sous une compresse pliée en 8, et je laisse tomber sur elle d'une hauteur de 1 mètre 50 un poids en fer de 5 kilogr. Je la déchire du premier coup. — Avec un poids de 2 kilogr. même résultat.

2° Je prends sur le même intestin une autre anse pleine d'air et fermée à ses 2 bouts par une ligature; je la place dans les mêmes conditions que la précédente. Avec un poids de 2 kilogr., je ne puis la déchirer : avec un poids de 5 kilogr, je ne la romps qu'à la deuxième chute. 3° Une anse pleine d'eau est déchirée du premier coup avec le poids de 2 kil. tombant de 1 mètre 50 de haut.

J'ai répété ces expériences avec plusieurs intestins; je suis arrivé aux mêmes résultats chaque fois. Dans ces circonstances, l'intestin manquait de mobilité, et de plus le gaz et l'eau étaient retenus par des ligatures. Quand on songe à la mobilité considérable de la plus grande partie de l'intestin, à la facilité avec laquelle il est parcouru par les gaz, ajoutées à cette résistance élastique due à la présence des gaz, on se rend parfaitement compte du peu de fréquence des ruptures intestinales dans les cas où la paroi abdominale n'est pas lésée.

Il est un autre point qu'il me paraît bon de signaler à propos du mécanisme de ces ruptures de l'intestin. Je pense qu'elles n'ont lieu que si le canal intestinal est pincé entre le corps contondant et un plan résistant, qui est surtout la colonne vertébrale. L'explication théorique est trop facile à comprendre pour que j'entreprenne de la donner ici : c'est un phénomène purement physique. Mais il m'a conduit à faire quelques expériences dont voici la relation succincte.

4° Je laisse tomber de 1 mètre 50 de haut. sur le milieu du ventre d'un cadavre maigre un poids de 5 kilogr. dirigé de façon à ce qu'il puisse frapper par un plan étroit. Le poids déprime la paroi abdominale et est arrêté par la colonne vertébrale. J'ouvre la cavité péritonéale et je trouve une anse d'intestin grêle coupée totalement.

5° Je laisse tomber de la même hauteur, le même poids de 5 kil. sur le ventre d'un cadavre très maigre homme, en deux endroits, le flanc gauche et le flanc droit. A droite, le poids tombe dans la fosse iliaque, à gauche il rencontre la colonne vertébrale. J'ouvre la cavité abdominale et je trouve à gauche, une large déchirure du mésentère (il n'y avait pas d'anse intestinale en cet endroit); à droite l'intestin a été touché, mais comme il repose sur le muscle iliaque, il n'a pas été coupé. La veine cave a été comprimée; elle n'est pas déchirée.

6° Même expérience sur un cadavre d'homme gras : le poids rencontre la colonne vertébrale et l'aorte. — Déchirure du mésentère, éraillure d'une anse intestinale; rien à l'aorte.

7° Même expérience sur le cadavre d'une jeune femme. Le poids est dirigé en 3 points, région sus-ombilicale, flanc gauche, flanc droit; il rencontre la colonne vertébrale sur la ligne médiane à sa première chute. — Les anses du flanc gauche et du flanc droit ne sont pas déchirées (car elles sont situées au devant d'un plan résistant); au contraire, sur la ligne médiane, le colon transverse qui a reçu le choc est déchiré en 2 points : à sa face antérieure, il s'est produit un trou de 1 centimètre de large; à sa face postérieure existe une vaste déchirure de la tunique externe et de la tunique musculaire, à travers laquelle fait hernie la muqueuse.

Dans les expériences 4 et 7, l'intestin était vide.

Dans tous ces cas, la paroi abdominale n'a été que déprimée; mais aucune des parties qui la constituent n'a été déchirée.

J'ai déjà présenté à la Société anatomique une pièce qui vient à l'appui de ce que j'avance; déchirure du mésentère sur un vieillard porteur d'une grosse hernie inguinale. La rupture s'est faite au niveau de l'arcade crurale qui avait porté contre un corps dur : le mésentère avait été coupé sur l'os iliaque.

Voilà donc comment, à mon sens, on peut expliquer le mécanisme des ruptures intestinales sans lésion de la paroi abdominale. Elles se présentent dans les conditions suivantes : choc considérable d'un corps mousse, mais frappant par une surface étroite (pavé, pointe ou tranchant de la base d'un pain de sucre, coup de bâton); compression de l'anse intestinale sur la colonne vertébrale ou tout autre plan résistant; l'anse est vide ou remplie de matières liquides ou demi-solides; l'anse est peu mobile.

Cela ne suffit pas encore : parfois l'anse intestinale est frappée en un point, et elle se rompt à côté du point touché. Il est très-facile de montrer ce fait, très-compréhensible du reste, par des expériences analogues à celles que j'ai faites et dont voici la substance.

8° Je prends une anse d'intestin portant des groupes de tubercules et je comprends entre 2 ligatures un seul de ces groupes. L'anse est remplie d'eau, placée à terre sous des compresses et soumise au choc d'un poids de 2 kilogs. La rupture a lieu au niveau de la plaque tuberculeuse.

9° Une anse d'intestin sain est rempli d'eau entre 2 ligatures; une très-petite incision est pratiquée sur la tunique externe près d'une des extrémités; elle est frappée à l'extrémité opposée : la déchirure se fait dans la petite plaie superficielle.

On peut varier ces expériences à l'infini; elles donnent toujours le même résultat. Dans mes premières expériences, je remarquais que l'anse saine se rompait toujours au niveau de son bord adhérent; entre les 2 feuillets du mésentère : c'est qu'en effet c'est là son point le plus faible.

Du fait que j'ai observé et de la lecture des observations analogues, je tirerai encore quelques réflexions au point de vue du diagnostic et du traitement de la rupture de l'intestin sans lésion de la paroi abdominale.

On n'a soupçonné cette rupture dans aucune des observations publiées; et pourtant il me semble qu'il existe un signe constant de ces lésions, c'est la rapidité presque foudroyante avec laquelle apparaissent les symptômes *graves* de la péritonite. En quelques heures, ces symptômes se manifestent avec une intensité considérable, tandis que dans les cas de péritonite traumatique simple, ils sont plus tardifs, moins aigus et n'entraînent pas toujours un pronostic fatal. La mort survient toujours en 24 ou 48 heures, quand l'intestin est rompu sans que le paroi abdominale ait souffert.

Les malades étant inévitablement condamnés, ne serait-on pas autorisé à user des grands moyens, à ouvrir le péritoine, à chercher l'anse intestinale, à faire la suture et à débarrasser la cavité séreuse des matières épanchées? Cela ne me semble pas impraticable puisque ces opérations, ces lavages se font bien dans beaucoup d'autres circonstances, et que les opérés ne succombent pas toujours, loin de là. Il y aurait quelque

chose à tenter dans cet ordre d'idées et ce serait déjà bon de pouvoir donner à ces malheureux au moins une chance de salut.

Ma conclusion serait celle-ci : toutes les fois qu'un blessé aura été violemment contus *dans la région abdominale moyenne*, sans lésion de la paroi, et que des symptômes *très-graves* de péritonite se montreront rapidement dans les 24 heures par exemple, il y aurait lieu de pratiquer une opération chirurgicale qui consisterait à aller à la recherche d'un intestin très-probablement rompu, d'en faire la suture et de débarrasser le péritoine des corps étrangers épanchés. Le blessé étant voué à une mort certaine depuis son traumatisme, aura au moins une chance de guérison grâce à l'opération tentée.

Je donne cette formule avec toutes les réserves possibles, parce que je n'ai pas qualité pour l'affirmer plus nettement, mais j'ai tout lieu de croire qu'elle pourrait rendre quelques services dans certains cas absolument désespérés.

M. Desprès. Est-il bien certain que la hernie était réduite au moment de l'accident ? Je croirais volontiers que la déchirure a dû se produire par la rentrée brusque de l'intestin au moment du choc, comme cela est arrivé dans un cas rapporté par M. Duguet et inséré dans nos Bulletins. La perforation survenant dans ces conditions montre tous les dangers du taxis forcé, méthode abandonnée aujourd'hui par M. Gosselin lui-même.

M. Longuet. Je crois pouvoir affirmer que la hernie était réduite au moment de l'accident.

Ataxie locomotrice progressive. — Troubles ataxiques du côté du larynx et du pharynx ; par A. Jean, interne des hôpitaux.

La nommée Barbier, âgée de 50 ans, entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière, le 11 novembre 1867, salle Saint-Mathieu, n° 1, service de M. le Dr Luys; décédée le 30 novembre 1875.

La maladie remontait déjà à plusieurs années avant l'entrée de la malade à la Salpêtrière. Elle avait débuté par des douleurs fulgurantes très intenses dans les membres inférieurs et la région épigastrique. A son entrée, la malade pouvait encore marcher; mais peu à peu, les jambes devinrent de plus en plus faibles, et depuis plus de trois ans la malade ne peut plus se lever.

Etat au commencement de 1875. La malade est couchée dans son lit sans pouvoir se lever, ni faire aucun pas dans la salle. Les douleurs fulgurantes siégent dans les membres inférieurs, à gauche surtout. Elles apparaissent sous forme d'accès durant plusieurs heures, et se renouvelant environ toutes les trois semaines. Ces douleurs se montrent aussi dans les bras et, au moment des crises, les membres supérieurs sont dans l'extension et la pronation forcées.

A ces douleurs des membres, s'ajoutent des douleurs gastralgiques ; ces crises, peu fréquentes, durent quelques heures ; la malade se plaint d'une constriction très vive au niveau de l'épigastre; quelquefois elle vomit un peu de liquide filant, mais le plus souvent, on constate seulement des nausées sans vomissement. Jamais elle n'a eu de ténesme vésical ou rectal. Pas d'incontinence, ni de rétention d'urine. De temps en temps, quelques épistaxis peu abondantes.

Troubles de la motilité. Dans les premières années de la maladie, on pouvait constater tous les troubles ataxiques dans les membres inférieurs, incoordination dans les mouvements avec projection latérale ; depuis plus de trois ans, la malade est complétement paraplégique ; cette paraplégie est venue lentement, par suite de la faiblesse musculaire ; actuellement la malade peut encore remuer les jambes dans son lit, les lever à quelques centimètres, mais ne peut exécuter aucun acte demandant une légère force musculaire. Les membres supérieurs, au contraire, ont été presque complétement épargnés; la malade mange seule, et on ne constate pour ainsi dire pas de tremblement lorsqu'elle porte un verre à ses lèvres. Lorsque les douleurs fulgurantes deviennent très-fortes, les jambes, la gauche surtout, sont animées de secousses énergiques et instantanées. Du côté du pharynx, du larynx et des bronches, on constate des troubles de la motilité qui doivent être rapprochés des précédents.

La malade est sujette à de violents accès de toux, survenant par quintes le jour ou la nuit, et qui présentent des caractères tout particuliers. Ces quintes apparaissent soit spontanément, soit sous l'influence d'un courant d'air, ou au moment de l'ingestion des aliments. La malade dit qu'elle croit avoir avalé de travers, et qu'elle va étouffer.

La toux est rauque, suffocante, convulsive; les expirations se succèdent rapidement, puis, vient un hoquet aspiratif ou une inspiration bruyante; dans les accès légers, l'expiration est suivie d'une courte inspiration ressemblant à des sanglots entrecoupés ; dans les accès plus violents, aux saccades convulsives de l'expiration succède une inspiration sifflante très-prolongée; cette aspiration laryngienne rauque, férine, est ordinairement unique; quelquefois cependant deux ou trois inspirations offrent les mêmes caractères, mais la raucité va en décroissant avec le nombre des inspirations. La fin de l'accès ressemble en tout point à la reprise de la coqueluche; comme dans cette dernière affection, la durée est de une demi-minute, une ou deux minutes au plus, seulement l'expectoration muqueuse et filante n'est pas la règle, elle manque souvent, ou bien la malade ne rejette que quelques crachats insignifiants. Au moment de ces crises laryngiennes, la malade sent un chatouillement et un picotement au pharynx ; les aliments et même la salive éprouvent de la gêne pour franchir l'isthme du gosier, et on voit au cou la contraction spasmodique des muscles de la région ; cependant les matières ingérées ne sont pas rejetées.

Troubles de la sensibilité. Anesthésie légère au bras gauche et aux deux jambes ; lorsque la malade pouvait encore marcher, elle ne distinguait pas le pavé du parquet ou des tapis, actuellement elle perd les jambes dans son lit. Au bras gauche, la sensibilité tactile est émoussée, mais il n'y a ni analgésie, ni thermo-anesthésie.

La malade éprouve constamment la sensation d'une chaleur intérieure, sans toutefois qu'il y ait élévation de la température.

Cette chaleur, analogue à celle de la paralysie agitante, est telle que la malade ne peut endurer aucune couverture, et qu'un cerceau de fer empêche tout contact des draps avec les membres inférieurs.

Les troubles du côté de la vue sont peu marqués; la malade voit moins de l'œil gauche ; au reste, les deux yeux sont saillants et présentent un peu d'exophthalmie.

Dans la nuit du 26 au 27 novembre 1875, la malade fut prise subitement de spasmes du pharynx avec quintes laryngées ; puis quelques heures plus tard, elle vomit à plusieurs reprises plusieurs crachoirs d'un sang noir analogue à l'hématémèse du cancer stomacal. Elle eut plusieurs syncopes avec alternative de pâleur et de cyanose de la face ; l'oppression est très-grande, bien que l'examen de la poitrine ne révèle rien d'anormal. Le pouls est petit, régulier, les battements cardiaques ne sont pas précipités. La malade a eu plusieurs petits frissons ; les mains, les pieds, le nez, sont froids. La bouche peut être ouverte sans trop de difficulté, mais les muscles du pharynx sont dans un état spasmodique tel, que aucun aliment solide ou liquide ne peut être introduit. Excitation très-grande, avec plaintes et quelques expirations sifflantes. — Lavement de chloral, 4 gr.

27 novembre. Abattement très-grand : la malade a encore rendu un peu de sang noir.

On introduit une sonde œsophagienne dans la bouche ; elle passe facilement au pharynx, mais est serrée au cardia ; par cette sonde, on introduit dans l'estomac un verre de lait, mais il est expulsé avec une coloration brunâtre. Abattement très-grand. Faiblesse du pouls. Sommeil impossible. Lavement. Chloral 4 gr.

29 novembre. Affaiblissement de plus en plus grand. Coma. Mort.

Autopsie. *Cavité crânienne.* Artères de la base non athéromateuses. Vertébrales et tronc basilaire très-volumineux.

Origines du spinal gauche très-grèles. — Origines du pneumogastrique gauche réduites à des filaments très-petits. — Rien dans les circonvolutions.

Quelques lacunes à la partie antérieure du noyau extra-ventriculaire du corps strié du côté gauche. *Cervelet* rien.

Protubérance. Sur des coupes, gros vaisseaux donnant l'apparence de petites lacunes.

Quatrième ventricule. Les pyramides postérieures sont petites, atrophiées et présentent une coloration grisâtre très-accentuée; sur une coupe pratiquée à 7 ou 8 millimètres au-dessus du bec du calamus, les pyramides postérieures sont complétement grises, et de plus, on remarque un petit foyer de ramollissement dans le corps restiforme gauche.

Moelle. Nombreuses traînées laiteuses d'arachnitis occupant surtout la partie médiane de la région postérieure et s'étendant dans toute la hauteur de la moelle. Les cordons de Goll sont complétement gris dans toute l'étendue de l'axe médullaire. — Les cordons radiculaires postérieurs sont gris et indurés à la région dorso-lombaire, tandis qu'ils sont respectés à la région cervicale.

Poumons. Un peu congestionnés. Hypostase dans la partie inférieure du poumon droit.

Cœur. Légère insuffisance aortique. Hypertrophie très-considérable du ventricule gauche.

Estomac. La seconde moitié de l'estomac depuis la ligne médiane jusqu'au pylore est très-rétrécie et n'est pas plus volumineuse que le duodénum. Hypertrophie des tuniques de l'estomac; à ce niveau, elles ont environ 8 millimètres d'épaisseur. Ulcérations superficielles de la muqueuse sur le bord antérieur et dans la grande courbure.

Larynx. Pneumo-gastrique gauche, très-atrophié. Il se présente sous la forme d'un petit filament grisâtre, tandis que le pneumo-gastrique droit a conservé son volume normal. Le récurrent gauche est très-petit.

Rien d'apparent dans le volume, la coloration des muscles du larynx. En relevant l'épiglotte et en regardant de haut en bas, on constate facilement une atrophie très-manifeste de la corde vocale inférieure gauche qui ne présente plus que la moitié d'épaisseur de la droite. Sur une coupe horizontale du larynx, durci dans l'acide chromique, on constate que le muscles thyro-aryténoïdien gauche, n'a plus que les 2/3 de l'épaisseur du droit.

Réflexions. — Cette observation est remarquable à plus d'un titre. D'abord, elle montre les symptômes classiques de l'ataxie, limités comme cela se rencontre le plus souvent aux membres inférieurs; au reste, l'examen même à l'œil nu de la moelle a montré que les faisceaux radiculaires postérieurs étaient intéressés seulement à la région dorso-lombaire, tandis qu'à la région cervicale les cordons de Goll seuls étaient envahis par la sclérose, ce qui rentre complétement dans les faits observés par MM. Charcot et Pierret.

De plus, cette malade éprouvait une sensation très-pénible de chaleur intérieure, sans que pour cela il y eût élévation de la température; cette sensation a été mentionnée par M. Charcot dans la paralysie agitante, mais n'a pas encore été indiquée dans l'ataxie locomotrice.

Ce qui doit surtout appeler l'attention, ce sont les troubles du larynx et du pharynx. Ces symptômes laryngo-pharyngiens sont identiques à ceux que M. le docteur Féréol a décrits a la Société médicale des hôpitaux en 1868. Il a publié cinq observations de malades présentant des accès de toux spasmodique offrant de grandes ressemblances avec la coqueluche, dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive, mais aucune autopsie ne vient confirmer son opinion. La seule autopsie d'ataxie laryngée est rapportée dans un mémoire de M. Bourdon, en 1862. Cette observation qui date de 1825, est due à M. Cruveilhier; nous lui faisons les emprunts suivants

« La conversation fatigue beaucoup la malade; la parole est » promptement entrecoupée, affaiblie, accompagnée de grimaces d'autant plus prononcées que la malade fait plus » d'efforts pour maîtriser ses mouvements. Les muscles de la » déglutition et de la respiration sont entrepris comme ceux » de la face et du larynx, les mouvements respiratoires sont » faibles, entrecoupés, saccadés. — Autopsie..... Les cordons » médians postérieurs sont transformés en une bande grise, » gris-jaunâtre et indurée, qui occupe toute la longueur de la » moelle; supérieurement les cordons transformés s'enfoncent » dans l'épaisseur des corps restiformes, se prolongent et » cessent au niveau du cervelet. »

Dans le cas actuel, nous trouvons également la propagation de la lésion de la moelle à la partie postérieure du bulbe. Les pyramides postérieures sont petites, atrophiées, très-nettement grisâtres, les corps restiformes sont également indurés. Mais la lésion ne reste pas purement centrale, l'examen à l'œil nu permet de constater une diminution très-manifeste du volume du pneumo-gastrique et du spinal du côté gauche qui proviennent des régions bulbaires indurées, et l'examen microscopique du bulbe fera sûrement reconnaître une altération des noyaux d'origine de ces nerfs. La lésion s'étend plus loin encore ; le muscle thyro-aryténoïdien gauche qui forme la majeure partie de la corde vocale inférieure est atrophié, et cette lésion explique, en partie du moins, les phénomènes laryngés. Bien qu'on n'eût pas constaté de lésion des muscles intrinsèques du pharynx, l'altération des filets nerveux du récurrent qui se distribuent à cet organe, est suffisante pour rendre compte des mouvements spasmodiques au moment de la déglutition de la salive et des aliments.

Notons en dernier lieu, les crises gastralgiques, peu fréquentes du reste chez cette malade, mais que peut facilement expliquer l'hypertrophie des tuniques de l'estomac, laquelle doit être très-probablement rapportée à l'affection médullaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 mai 1876. — Présidence de M. Houel.

M. Depaul dit, à propos du procès-verbal, qu'il est absolument de l'avis de ses collègues qui ont proposé de ne pas opérer le spina bifida immédiatement après la naissance. Cette opération offre de grands dangers et si l'on a cité un certain nombre de succès, c'est qu'il existe parfois des tumeurs rachidiennes de toute autre nature qui peuvent être opérées sans faire courir de grands risques aux petits malades.

M. Le Fort fait une communication sur un cas de *glaucôme aigu*, guéri en quelques heures par la paracentèse scléro-choroïdienne. Le traitement classique du glaucôme aigu est l'iridectomie appliquée sur la grande circonférence de l'iris. Comment cette opération parvient-elle à diminuer la pression intra-oculaire ? On l'ignore. M. Le Fort a déjà émis, il y a quelques années, une théorie du glaucôme, théorie qu'il défend encore aujourd'hui et qui lui explique comment la paracentèse avec issue de quelques gouttes de liquide soulage à l'instant les malades et amène promptement le rétablissement de la vue.

Pour lui, le glaucôme est une infiltration séreuse qui se fait entre la choroïde et la sclérotique; le plan général de l'œil se trouve ainsi porté en avant et c'est pour cela que la papille paraît excavée. Tout dernièrement, il recevait un malade présentant tous les signes d'un glaucôme aigu ; après avoir essayé inutilement les frictions belladonées et les sangsues aux tempes, il ponctionna la sclérotique sur le côté externe de l'œil à une distance de un centimètre de la cornée entre les muscles droit externe et droit supérieur. Du liquide s'écoula par la piqûre et alla former sous la conjonctive une tumeur du volume d'un gros pois ; ce liquide n'était pas filant et ressemblait à de la sérosité. Le soulagement fut instantané, la vue revint bientôt et le malade était guéri le lendemain ; la guérison s'est maintenue. M. Le Fort a observé d'autres cas de ce genre et guéris de la même manière. Quoi qu'il en soit de sa théorie, du moment que la paracentèse de l'œil a, vis-à-vis du glaucôme, les mêmes avantages que l'iridectomie, sans en avoir les inconvénients, il pense qu'elle doit lui être préférée.

M. Giraud-Teulon ne trouve pas dans les observations citées par M. Le Fort le diagnostic glaucôme confirmé par l'examen ophthalmoscopique et elles lui semblent trop peu nombreuses pour permettre d'édifier une théorie. Jusqu'ici l'iridectomie a fait ses preuves et mérite d'être conservée. D'ailleurs la paracentèse du globe oculaire a été pratiquée il y a longtemps pour remédier aux tensions glaucomateuses de l'œil.

M. Perrin fait remarquer que, l'examen ophthalmoscopique et la délimitation du champ visuel n'ayant pas été faits par M. Le Fort, il est assez difficile de se prononcer sur le siége de la lésion. Néanmoins, au point de vue clinique, ces faits sont très-intéressants. Quant à la théorie proposée par M.

Le Fort, il ne saurait l'accepter ; en effet, les infiltrations séreuses d'origine choroïdienne se font généralement en avant. Il n'admet pas non plus que le liquide puisse se répandre en nappe dans l'hémisphère postérieur de l'œil, car les adhérences de la lamina fusca sont assez fortes pour ne permettre que des épanchements localisés.

M. Poncet (de Cluny) lit une observation de *synchysis étincelant* avec examen histologique.

M. Depaul présente une pièce enlevée chez un enfant de dix mois. Cet enfant, très-vigoureux, portait dans le scrotum une tumeur de la grosseur d'une glande sans adhérences avec la peau. L'examen fit reconnaître que c'était le testicule lui-même considérablement augmenté de volume. Peu à peu, la tumeur adhéra aux téguments, une ulcération se produisit et le testicule fit hernie en dehors du scrotum ; l'ablation fut décidée. M. Depaul avait songé à la possibilité d'un cancer ; en effet, la tumeur enlevée et fendue laissa écouler un liquide ressemblant tout-à-fait au suc cancéreux. L'examen histologique a confirmé le diagnostic. C'est donc un de ces rares exemples de cancer chez de jeunes enfants. I. B.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies cutanées: par P. Diday et A. Doyon ; chez Masson, 1876.

Une analyse de ce volume, à moins d'être une table de matières, serait chose malaisée, impossible même : un pareil ouvrage se lit ou mieux se consulte depuis la première jusqu'à la dernière ligne.

La seule chose qu'on puisse dire au lecteur, c'est que chaque page renferme « le fruit mûr des études et de l'expérience » de deux hommes qui ont tant fait, le premier, pour la science et la pratique des maladies vénériennes, le second, pour la vulgarisation de la dermatologie.

Avec des guides tels que MM. Diday et Doyon, les médecins, aux prises avec les nécessités de la pratique, sont sûrs de trouver décrits avec détails chacune des médications nécessaires pour diriger la cure parfois si délicate d'une syphilis ou le traitement souvent si long d'une affection cutanée.

C'est une très-heureuse idée qu'a eue M. Doyon d'ajouter, à son œuvre déjà si riche et si complète, une étude sur l'emploi des eaux minérales dans le traitement des maladies de la peau.

Les indications, le mode, la durée de l'emploi des eaux thermales, tout cela est donné avec une parfaite compétence par le médecin d'Uriage, qui aura rendu un service d'autant plus grand à ses confrères qu'il leur fallait jusqu'à ce jour, aller puiser ces renseignements dans des livres spéciaux.

On peut dire sans exagération que le nombre des méthodes de traitement éprouvées et réunies par deux hommes qui ont beaucoup vu et beaucoup pratiqué, fait du livre de MM. Diday et Doyon le bréviaire du médecin, qui, grâce à ses ressources, saura faire face aux difficultés si grandes et si communes de la thérapeutique des affections vénériennes et cutanées. L. L.

NÉCROLOGIE

Obsèques de M. Behier.

Les obsèques de M. le professeur Béhier, mort le 7 mai à l'âge de 63 ans, ont eu lieu mercredi dernier. Un nombre considérable de médecins et d'étudiants, parmi lesquels beaucoup d'élèves du Val-de-Grâce, s'étaient empressés de venir rendre un dernier hommage à leur ancien maître. La Faculté de médecine, presque au complet, un grand nombre de membres de l'Académie, des députations de la Société médicale des hôpitaux, de la Société de médecine légale, du personnel administratif, etc., marchaient en tête du cortége. Des discours ont été prononcés par M. le professeur Hardy au nom de la Faculté de médecine, par M. Laboulbène au nom de l'Académie, par M. Liouville au nom de la Société médicale des hôpitaux, et par M. Chaudé au nom de la Société de médecine légale dont M. Béhier avait été l'un des principaux fondateurs et le président.

Discours prononcé aux obsèques de M. BÉHIER au nom de la société médicale des hôpitaux de Paris, par M. Henri Liouville.

Messieurs,

La Société médicale des hôpitaux de Paris devait vivement ressentir la perte de l'un de ses membres les plus éminents, de l'un de ses anciens présidents. Des voix justement autorisées eussent certainement porté la parole en son nom, si elle n'avait pensé que l'expression de sa douleur traduite ici par un des élèves du maître que nous pleurons, témoignerait peut-être mieux de cette union touchante des sentiments affectueux qui s'établissent constamment entre le guide et le disciple, dans la vie de dévouement, de soins et d'enseignement qui s'écoule à l'hôpital, et qui est la vie quotidienne de chaque médecin.

La Société a choisi le dernier nommé parmi ses membres pour bien montrer qu'à défaut de titres, elle lui demandait de dire avec son cœur, ce que fut M. Béhier durant ses laborieuses fonctions hospitalières, ce qu'il fut vis-à-vis de ses malades et vis-à-vis des élèves qui font partie de la grande famille médicale.

C'est avec l'Internat en 1834, à 21 ans, que M. Béhier commence l'apprentissage de cette responsabilité qui apparaît si lourde aux esprits consciencieux et qui commande tant de labeurs pour rester au niveau de la grande mission confiée.

Elève affectionné de Biett, disciple respectueux d'Andral, il se forme vite, sous ces grands maîtres, à l'observation et à la pratique, et en 1844, il est nommé à son second concours, médecin du Bureau central.

C'est à ce titre qu'il prend rang dans la Société médicale. Dès lors son esprit toujours investigateur peut s'ouvrir, avec sa propre initiative, à toute idée nouvelle, à toute tentative thérapeutique, non qu'il aille vers elles par le désir du bruit ou de la nouveauté.

C'est plutôt son tempérament actif, son esprit essentiellement progressiste, qui ont besoin de s'alimenter sans cesse, et qui ont soif de discussions, de recherches et de lumière.

Il est si vivant — et d'une allure si franche, qu'il déploie dans la résistance même à des idées qu'il prônera plus tard, une ardeur qui surprend au premier abord, et qui ferait croire que rien n'ébranlera plus cette conviction ! — Cependant, quand l'examen approfondi des faits lui a dicté la vérité, c'est ce même esprit honnête qui la proclame et le premier et le plus haut !

Suivant son expression familière, pour lui devant les théories, *le protocole doit toujours rester ouvert* ; et voilà l'un des secrets de la marche ascendante de l'esprit scientifique de M. Béhier !

Aussi son service d'hôpital présentait-il un intérêt toujours nouveau, et était-il très-recherché, soit comme contrôle, soit comme expérimentation, tout y était examiné avec le plus grand soin, et bien des progrès utiles aux malades lui sont dus, conçus, patronnés ou vulgarisés par lui.

De chacun des hôpitaux dans lesquels il a passé, et des discussions animées, quelquefois même passionnées qu'il soutint devant la Société médicale, sont ainsi successivement sorties des tentatives thérapeutiques toujours fécondes.

On les a cru parfois audacieuses ; elles n'ont jamais cependant été imprudentes — et au nom de M. Béhier, resteront attachées pour la part heureuse qu'il y a prise, de véritables progrès parmi lesquels il faut signaler en première ligne, cette grande *Méthode des injections médicamenteuses sous-cutanées*, qu'il a vulgarisée sur le continent, et qui, malgré ses abus, est à coup sûr l'arme la plus puissante et la plus simple dont le médecin dispose contre la douleur.

Viennent ensuite l'*application continue du froid humide dans les affections abdominales* et *notamment dans la péritonite ; l'emploi de l'alcool* dans les phlegmasies aiguës ; *l'usage de la thoracentèse* comme moyen de traitement des épanchements pleurétiques récents, plus tard il devait la conseiller en signalant ses contre indications dans le cas d'épanchements pleurétiques même peu abondants.

Enfin, chacun sait, combien mettent récemment à profit pour la clinique les données précieuses fournies par les procédés d'examen au moyen du thermomètre, du microscope et des appareils de numération des globules du sang, M. Béhier a apporté son précieux tribut à la question de la *transfusion* chez l'homme et à celle des bains froids dans la fièvre typhoïde et la forme cérébrale du rhumatisme.

Messieurs, — quelle activité prodigieuse représente tout ce labeur! et je n'ai dû effleurer ici que les points principaux! Quelle facilité d'adaptation et de transformation intellectuelles; quelle confiance en son art! et on peut dire, quel courage également!

Aussi bien faut-il toujours honorer ceux-ci qui, arrivés au sommet de la profession, loin de résister aux idées nouvelles savent les reconnaître, se mettre à leur tête et en diriger la marche.

Ce rôle incombait, du reste, justement aux maîtres de la génération de M. Béhier, qui se trouvaient placés, en effet, entre les conquêtes solides de la tradition qu'il ne fallait point compromettre et les espérances légitimes cependant que devraient faire concevoir des procédés nouveaux, perfectionnés sans cesse, dus au progrès qui envahissait tout.

M. Béhier posséda les qualités supérieures nécessaires pour remplir ce rôle.

Notre maître avait d'abord, au plus haut degré, les passions de sa profession; et il savait de plus rendre cette passion essentiellement communicative: durant les 42 ans de services hospitaliers qu'il a remplis, arrivé à l'âge de 63 ans où il s'est éteint, quelques jours après une dernière visite à *son cher Hôtel-Dieu*, il a gardé toujours l'enthousiasme des premiers temps! D'une nature fort sensible, il était absolument humain et généreux, et nulle des douleurs qui sont le lot de chacun ici-bas, ne frappait en vain son cœur.

Que de délicatesse exquise se cachait sous son enveloppe qui, semblait d'abord un peu brusque et qui certainement impressionnait! C'est au lit du malade, à l'hôpital surtout que par un mot ou un regard, il ouvrait des trésors de bienveillance et soulageait au moins quand il n'avait pas pu guérir.

Enfin, il aimait la jeunesse avec passion; la jeunesse qui était pour lui non seulement l'image de la vie, avec ses ardeurs, ses emportements, sa franchise complète, mais qui était surtout la terre nouvelle et fertile, où à côté de l'Enseignement officiel, l'homme pouvait semer de grandes et nobles pensées, des idées de tolérance réciproque, de saines notions des devoirs à remplir par chacun.

Il excellait à la réveiller et à l'exciter s'il la voyait nonchalante et indifférente; à la soutenir dans ses heures de défaillance; et alors quel exemple il savait lui montrer: *vouloir fait pouvoir*, était la devise à laquelle il était lui-même toujours resté fidèle.

Il aimait enfin par dessus tout à enthousiasmer cette laborieuse jeunesse, s'il sentait son influence s'accuser en elle, grandir et fructifier.

Le souvenir de ce maître aimé restera donc profondément gravé dans la mémoire de tous ceux qui ont eu le bonheur de l'approcher, comme l'un des plus encourageants et des plus fortifiants.

Il doit leur rappeler sans cesse avec quel entrain il saluait les succès du début, si difficiles, si décisifs; quelle récompense il disait en tirer pour lui-même et combien ses constants efforts lui paraissaient ainsi suffisamment justifiés.

Hélas! ce sont ces efforts incessants qui ont abrégé ses jours. Aussi la récompense qu'il demandait de son vivant, ses élèves reconnaissants doivent-ils, s'ils veulent être dignes de lui, la continuer à son souvenir! et le cœur brisé de lui dire le dernier adieu! croyons-nous répondre encore au vœu le plus intime de sa pensée, en rappelant à ses disciples ces vers émus, inspirés par un maître, illustre aussi, qui venait de disparaître:

O vous! qu'il a formés, vous qu'il a soutenus,
Au monument sacré que la douleur élève,
Apportez vos lauriers! les palmes de l'élève
Sont l'honneur et la gloire du maître qui n'est plus!!

Adieu! mon maître bien-aimé! que votre grand exemple vénéré par tous et par nous toujours évoqué, soit donc longtemps encore utile — comme l'a été votre vie!

VARIA

La religieuse de l'hôpital de la Charité de Lyon.

Un accident d'une gravité extrême, puisqu'il s'est terminé par la mort, est survenu, il y a quelques semaines, dans l'un des hôpitaux de Lyon, et mérite d'attirer l'attention d'une façon spéciale sur les agissements des religieuses hospitalières. Voici ce fait, tel que le rapporte le *Lyon médical*.

Nous devons à nos lecteurs quelques explications sur le cas de mort dont nous avons parlé dans le bulletin des maladies régnantes du dernier numéro. Voici les renseignements brefs mais exacts que nous avons recueillis: une fille de 25 ans, multipare, entre le 23 mars, à trois heures du soir, à la maternité de la Charité. Les douleurs durent toute la soirée et toute la nuit. Le 24, vers sept heures du matin, la poche des eaux fut rompue, on reconnaît une présentation de l'épaule, et pour faire la version on administre le chloroforme.

Tout cela fut fait sous la direction de la sœur chargée du service, *sans qu'on ait prévenu ou appelé le chef de service ou l'interne*. La malade ne se réveillant pas après l'opération, on appela l'interne de garde, qui constata alors que le pouls était très-petit, la face cyanosée, les inspirations courtes et rares. Les efforts faits par l'interne pour ranimer la malade furent infructueux, elle rendit le dernier soupir dix minutes après son arrivée. Que s'était-il passé pendant l'anesthésie? Quelles précautions avaient été prises? Ce sont là des questions qu'il est impossible de résoudre scientifiquement, la chose s'étant passée en dehors de toute observation suffisamment éclairée. Le fait ne doit donc pas être mis au passif du chloroforme, puisque celui-ci a été administré dans des conditions *inouïes* et *impossibles* à préciser. Le fait ne relève pas de la critique scientifique; mais un journal de médecine ne pouvait le laisser passer sans signaler tout ce qu'il renferme d'enseignements déplorables sur l'état de notre première maternité, sans demander instamment à qui de droit des explications à ce sujet.

La publicité donnée à cette variété d'homicide par imprudence, a obligé l'administration des hospices à intervenir et dans son dernier numéro, le *Lyon médical* nous apprend que:

Depuis la publication dans notre n° 15, du cas de mort par le chloroforme, survenu dans les salles de la Maternité, la sœur chargée du service a été mise à la retraite. Nous aimons à croire que l'administration apportera dans les règlements telles modifications qui rendront impossible le renouvellement de pareils faits

Nous ne saurions partager l'illusion du rédacteur de cette note. Quelque minutieusement conçus que soient les règlements, ils seront impuissants à mettre fin à l'ingérence des religieuses dans les choses médicales. Tout médecin qui a examiné de près leurs pratiques sait parfaitement à quoi s'en tenir à cet égard. Et pour ne parler, quant à présent, que des hôpitaux de Lyon, nous citerons, d'après les *Droits de l'Homme* du 14 avril, l'opinion d'un ancien major de l'Hôtel-Dieu de cette ville:

« Il est impossible, dit-il, de s'imaginer l'esprit de routine des religieuses des hospices. Elles considèrent les malades comme leur propriété et elles ne se gênent nullement pour modifier à leur gré les ordonnances du médecin.

Cet esprit d'envahissement et de domination est entretenu chez des religieuses par leurs supérieurs qui se servent d'elles pour placer les hôpitaux sous leur dépendance. Un fait, rapporté par le *Temps*, dans son numéro du 11 mai, vient à l'appui de cette assertion. Il y a deux ans, un évêque annonça l'intention de retirer les sœurs de l'hôpital de Beaufort si certain docteur, un libre penseur, continuait à donner ses soins aux malades. Cet évêque entreprenant voulait mettre les administrateurs de l'hôpital dans l'embarras puisqu'ils ne pouvaient, du jour au lendemain, avoir un personnel pour remplacer les sœurs. Si un arrangement n'était survenu, les malades étaient exposés à manquer des soins qu'exigeait leur situation; mais c'était là sans doute le moindre des soucis de M. l'évêque.

Des faits semblables à ceux que nous venons de signaler ne sont pas rares à Paris. Dans certains hôpitaux, les médecins éprouvent les plus grandes difficultés à obtenir le remplacement des sœurs incapables. A Paris, comme à Lyon, les sœurs ne se gênent pas pour modifier ou supprimer les prescriptions médicales, pour traiter les maladies des yeux, les panaris, etc., et pour se livrer à l'exercice illégal de la pharmacie. Le jour où ayant fait preuve de connaissances sérieuses, elles se feront recevoir doctoresses ou pharmaciennes, au point de vue légal nous n'aurons rien à dire. Mais, en attendant, nous pensons que l'Etat, qui est laïque, a le devoir de se priver du concours d'auxiliaires qui, par leurs vœux, se placent en opposition directe avec les lois de la nature et les intérêts de la société. B.

Service médical de nuit à Paris.

Il a été constaté que depuis le 9 janvier dernier, époque à laquelle a commencé le service médical de nuit, jusqu'au 1er mai, 1180 malades, ont demandé l'assistance des médecins attachés à la Préfecture. Sur ce nombre considérable, neuf personnes seulement ont succombé avant l'arrivée du

docteur. Une somme de 10 francs remboursable par le malade reconnu solvable, est allouée pour chaque visite, et comme ce remboursement s'est effectué assez régulièrement jusqu'à ce jour, le crédit de 10,000 fr. alloué au service par le Conseil municipal n'est pas encore épuisé. (*Journal officiel.*)

Exposition d'instruments scientifiques à Londres.

Il y a en ce moment à Londres une exposition d'instruments scientifiques : en ce qui concerne les sciences biologiques elle est de peu d'importance : une seule salle est réservée à la médecine à proprement parler. Il n'en est pas de même pour la physique, la chimie, l'astronomie, etc. On peut suivre pas à pas les progrès faits depuis la fin du siècle dernier dans les diverses branches de ces sciences, car la plupart des instruments les plus curieux, instruments anciens et modernes ont été réunis à South-Kensington. On y voit la fameuse chaudière de Papin, une des premières, sinon la première machine à vapeur, les appareils de Dalton, etc. Sous ce rapport, l'exposition présente donc un grand intérêt scientifique et historique.

Dans la salle réservée aux sciences biologiques, à côté de quelques appareils allemands, italiens et suisses, nous avons remarqué quelques pièces préparées par Vasseur et certains instruments envoyés par M. Collin, parmi lesquels un spiromètre avec cage en verre de M. le Dr Woillez ; un appareil de M. Lacaze-Duthiers avec robinet à pédale pour faire des injections fines ; l'appareil pour l'exploration de l'œsophage et de l'estomac, si ingénieusement construit et dans lequel un résonnateur prévient le chirurgien dès que l'olive fixée à la partie pénétrante rencontre le corps étranger : c'est ce même appareil qui a servi dans le cas si connu de l'*homme à la fourchette* ; un transfuseur avec lequel il est impossible de faire passer de l'air dans les veines du malade ; et un thermo-cautère complétement nouveau. Ces trois derniers appareils sont dus au digne successeur de Charrière. L'exposition des appareils de M. Marey attire aussi beaucoup l'attention ; on y voit ceux qui servent à étudier la circulation, les contractions musculaires, la marche de l'homme, le pas ou le galop du cheval, etc. Les organisateurs avaient pensé à installer au milieu de la salle l'appareil destiné à prendre le tracé graphique du vol des oiseaux : à une certaine heure de la journée, on l'aurait fait fonctionner, et sans aucun doute le public anglais (bien qu'hostile aux vivisections) eût fort goûté ce genre de spectacle nouveau pour lui : un oiseau volant en cercle et écrivant son tracé. Nous ne savons si ce projet sera mis à exécution.

Jurisprudence pharmaceutique.

Le tribunal correctionnel de Saint-Etienne a condamné, pendant les fêtes de Pâques, deux propriétaires de pharmacie à 100 fr. d'amende, parce que les gérants diplômés ne résidaient pas à Saint-Etienne. Dans un arrêt récent la Cour de cassation est allée plus loin ; elle a décidé que « nul ne peut ouvrir une officine de pharmacien s'il n'est en même temps propriétaire du fonds et muni d'un diplôme de pharmacien. » (*Union médicale.*)

Justice criminelle. Pharmacie; obligations de celui qui la dirige. La loi du 21 germinal an XI exige que celui qui ouvre une officine de pharmacie, soit en même temps propriétaire du fonds et muni d'un diplôme de pharmacien; lors donc qu'un propriétaire de pharmacie non diplômé, confie la direction de l'officine à un gérant diplômé et salarié, ce genre d'exploitation tombe sous le coup de la loi pénale. Arrêt de cassation du 5 mars rejetant un pourvoi dirigé contre un arrêt conforme de la Cour d'Alger. (*Journ. officiel*, 28 avril).

Ecole de médecine de Nantes.

Par arrêté en date du 28 avril 1876, des concours seront ouverts à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes :

Le 23 octobre 1876, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine. — Le 30 octobre 1876, pour un emploi de suppléant des chaires de chirurgie. — Le 1er avril 1877, pour un emploi de suppléant des chaires d'accouchement et de gynécologie. — Le 15 avril 1877, pour un emploi de suppléant des chaires de chirurgie. — Le 9 novembre 1876, pour un emploi de chef des travaux anatomiques. Le 14 novembre 1876, pour un emploi de chef des travaux chimiques — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

21. Pilules contre les congestions chroniques de l'axe rachidien.

Sulfate de quinine..............................	} à â 5 centig.
Ergotine	
Valerianate d'ammoniaque cristallisé...........	10 —

pour une pilule. En prendre deux à quatre par 24 heures au moment du repas. A cette médication doivent être joints les divers moyens suivants : ventouses sèches et pointes de feu le long du rachis : bains et douches de vapeur suivis alternativement de douches simples et écossaises. (*Bordeaux médical.*)

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — Population, d'après le recensement de 1872 — 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 11 mai 1876, on a constaté 913 décès, savoir : variole, 4; rougeole, 10; scarlatine, 2; fièvre typhoïde; 10 ; érysipèle, 8; bronchite aiguë, 26 ; pneumonie, 66 ; dyssenterie, 2, diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 6; choléra nostras, »; angine couenneuse, 6; croup, 15; affections puerpérales, »; autres affections aiguës, 252 ; affections chroniques, 454, dont 190 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 35; causes accidentelles, 19.

Londres. — Population, 3,489,428 hab. Décès du 30 avril au 6 mai 1876 1.416 : variole, 2; rougeole, 58; scarlatine, 48; fièvre typhoïde, 7; érysipèle, 6; bronchite, 140; pneumonie 83 ; dyssenterie 1, diarrhée, 15 ; choléra nostras, », diphthérie, 5; croup, 7 ; coqueluche, 75.

Faculté de médecine de paris. — Par suite du décès de M. Béhier, l'Ecole de médecine a été fermée le 10 mai et les actes qui devaient avoir lieu ce jour-là ont été remis au mercredi 17 mai.

Académie des sciences. Voici, nous assure-t-on, l'ordre de présentation des candidats à la place vacante dans la section de médecine et de physologie : En 1e ligne, M. Gubler; en 2e ligne, M. Vulpian ; en 3e ligne, MM. Davaine et Marey ; en 4e ligne, MM. Barth et Piorry.

Conférences pour l'internat de Bordeaux. — Deux de nos collaborateurs viennent d'organiser des conférences pour la préparation des élèves à l'internat des hôpitaux. Ces conférences ont été calquées sur le plan de celles qui fonctionnent depuis déjà longtemps et avec un plein succès à Paris. Elles ont lieu tous les mercredis, à 4 heures, dans l'un des amphithéâtres de l'hôpital Saint-André. Tous les étudiants possédant au moins quatre inscriptions peuvent y assister, mais les internes adjoints seuls ont droit à la parole. (*Gazette médicale de Bordeaux*).

— L'administration de l'hôpital Saint-André de Bordeaux nous paraît plus libérale que l'administration des hôpitaux de Paris qui, elle, refuse de prêter ses amphithéâtres aux chefs de conférences.

Alimentation. — On dit que pendant le 1er trimestre de 1876, les boucheries chevalines de Paris ont livré à l'alimentation publique 2,370 chevaux, ânes et mulets, qui ont fourni 429,300 kilogrammes de viandes nettes, chiffres supérieurs à ceux du trimestre correspondant de 1875.

Herborisation. — M. Chatin, professseur, membre de l'Institut, fera sa prochaine herborisation le dimanche 14 mai, dans les environs du Raincy. Rendez-vous à la gare de l'Est à 10 h. 1/4.

Excursions scientifiques aux environs de Paris, à l'usage spécial des gens du monde. (Géologie, botanique, entomologie, etc.) Tous les dimanches de mai, juin, juillet et août. On s'inscrit tous les jours, de 4 à 5 h. chez le dr Lelorain, licencié ès-sciences naturelles, 9, rue Bertin-Poirée, où l'on trouvera tous les renseignements et un programme détaillé.

Prix de la société française de tempérance. — *Prix à décerner en 1877.* — 1re *question.* — Déterminer à l'aide d'analyses chimiques répétées, sur un grand nombre d'échantillons pris au hasard, chez les débitants de Paris ou de la province, les analogies et les différences qui existent entre l'esprit de vin et les alcools de toute autre provenance livrés au commerce des boissons et des liqueurs. Le prix sera de 2,000 fr.

2e *question.* — Est-il possible de distinguer positivement, par l'examen des propriétés chimiques ou physiques, les vins et les eaux-de-vie naturels, c'est-à-dire provenant de la fermentation des jus de raisin, ou de la distillation des jus fermentés, des vins ou des eaux-de-vie fabriqués ou mélangés avec des alcools d'autre provenance. Le prix sera de 1,000 fr.

3e *question.* — Etude comparée des législations relatives aux débits des boissons dans les divers Etats de l'Europe. Chercher dans cette étude des données sur les modifications dont la législation française serait susceptible au point de vue de la répression de l'abus des boissons alcooliques. Le prix sera de 1,000 fr.

Prix à décerner en 1878. — 1re *question.* — Déterminer, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, les différences qui, au point de vue des effets sur l'organisme, et à titre alcoolique égal, existent entre les vins et les eaux-de-vie naturels d'une part, et, d'autre part, les vins fabriqués ou simplement relevés avec des alcools de provenance purement industrielle et les eaux-de-vie de même origine. Le prix sera de 2,000 fr.

2e *question.* — Rechercher, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, si, à titre égal, l'addition à l'alcool d'un principe aromatique autre que celui de l'absinthe, tel que les essences d'anis, de badiane, de fenouil, de tanaisie et autres plantes analogues, augmente ses propriétés toxiques. Le prix sera de 1,000 fr.

NOTA. — Les mémoires écrits en français et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les nom et adresse des auteurs devront être envoyés à M. le Dr Lunier, secrétaire général de la Société, rue de l'Université, 6, Paris, avant le 1er janvier des années 1877 et 1878, pour les prix à décerner au commencement de chacune de ces années.

— M. Littré vient d'être nommé membre de l'académie royale danoise des sciences et des lettres.

La Vie littéraire. Sommaire du dernier numéro : Les nouveaux Sénateurs. La Littérature au Sénat : Waddington, par Hector l'Estraz. — Les Filles de la Mer ; Léda (poésies), par Armand Silvestre. — La Salon : Paysages et Paysagistes, par Hippolyte Babou. — La Campagne à Paris, par Paul Arène. — La Vie littéraire en Amérique. par Emile Blémont. — Les Peintres italiens au Salon, par N. Olivetti. — Bibliographie : La Gueuse parfumée de Paul Arène, par Charles Revert. — Nouveautés littéraires, par Fabrice W. — Théâtres, par Hector l'Estraz et Armand Thile. — Echos et Nouvelles, par Ch. Revert. — Philo fils, roman, par Valery Vernier. — Bureaux : 34, rue Richer. Un an, 6 francs. Six mois, 4 francs.

Librairie V.-A. DELAHAYE et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine.

Boillet. Mort apparente et victimes ignorées. In-8 de 40 p. 1 fr.

Ducamp (Ch.). De la fissure à l'anus In-8 de 40 p. 1 fr. 50.

Fieuzal. Clinique ophthalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts. In-8 de 162 p. 3 fr. 50.

Hermant (E.). Aide-mémoire du médecin militaire. In-12 de 524 p. 5 fr.

Ladmiral (E.). Des altérations du système utérin et particulièrement des règles chez les phthisiques. In-8 de 58 p. 1 fr. 50.

Panas. Leçons sur les kératites, rédigées par Hubert Buzon. In-8 de 180 p. 4 fr.

Spring. Symptomatologie ou traité des accidents morbides. 2 forts volumes in-8 de 1,000 pages chacun. 25 fr.

Libraire J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

Bouchut. — Atlas d'ophtalmoscopie et de cérébralcopie montrant chez l'homme et chez les animaux les lésions du nerf optique, de la rétine et de la choroïde produites par les maladies du cerveau, par les maladies de la moelle épinière et par les maladies constitutionnelles et humorales par M. le docteur E. Bouchut, médecin de l'hôpital des enfants-malades, professeur agrégé de la faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8 de VIII-148 pages, avec 14 pages en chromo-lithographie comprenant 137 figures et 19 figures intercalées dans le texte. Cartonné 35 fr.

Gillette. — Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris répertoire de thérapeutique chirurgicale par le Dr P. Gillette, chirurgien des hôpitaux, ancien professeur de la faculté de médecine de Paris, Paris 1876, gr. in-8 de 199 pages avec figures. prix 4 fr.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

Cazeneuve (P.). Recherches de chimie médicale sur l'hématine. Etude médico-légale. In-8 de 78 pages avec 2 planches. 3 fr.

Guillaumet (P.). Du traitement des ulcérations chroniques, syphilis, scrofule et des plaies atoniques par le sulfure de carbone. In-8 de 63 pages, 2 fr.

Guibout. Leçons cliniques sur les maladies de la peau professées à l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-8 de 7.. pages, 8 fr.

Max Pettenkoffer. Explosion cholérique dans un pénitencier. Etude étiologique. De l'influence du logement, du régime alimentaire, de l'eau potable, da l'occupation, da l'âge, de l'état de santé et des relations humaines sur la marcha du choléra, au milieu d'une population soumise à un régime identique. Grand in-4° de 93 pages avec 8 planches. 10 fr.

Goudemant. Considérations sur l'étude des causes générales des déformations. In-4 de 68 pages. Imprimerie Parent.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Luys a repris ses leçons sur la structure et les maladies du cerveau dans leurs rapports avec la pathologie mentale, le dimanche 7 mai, à neuf heures et demie, et les continue tous les dimanches, à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. M. Lailler fera, le dimanche 14 mai, une leçon sur la *teigne tonsurante.*

Hôpital Sainte-Eugénie. Service de M. Lannelongue. Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les jours. Opérations le mardi. Salle Sainte-Eugénie : 3, 30, tumeur blanche du genou gauche; 5, tumeur maligne du bord droit de la langue; 6, 25, coxalgie; 9, adénite de la fosse iliaque droite, tumeur blanche du coude gauche; 27, adénites multiples des régions trachéales et sus-claviculaire, 29, brûlures étendues de la partie postérieure des cuisses; 33, fracture de la jambe droite à la partie moyenne. — Salle Napoléon : 1, adénite du creux poplité; 3, fracture de la cuisse gauche; 4, 10, fracture de la jambe: 6, fracture de l'avant-bras droit; 7, fractura de l'avant-bras gauche; 8, arthrite suppurée de l'articulation de la premièra phalange avec le premier métatarsin, nécrosa de la première phalange; 9, 11, 12, 13, 15, coxalgie; 14, double hydarthrose; 25, hydrocéphalie.

Service de M. Cadet de Gassicourt. Cliniques les lundis et jeudis à 9 heures. Salle Saint Joseph : 1, 3, rougeole; 2, pneumonie, rougeole, diphthérie; 5, fièvre typhoïde, ostéite double; 9, laryngite striduleuse; 11, congestion pulmonaire, broncho-pneumonie; 1., tuberculose; 16, rhumatisme articulaire, érythème noueux; 22, fièvre typhoïde.

Hôpital de la Pitié. Service de M. Verneuil, Salle Saint-Louis (H.) : 1., phlegmatia alba dolens double; 18, tumeur du genou; 30, castration pour un sarcome; 31, amputation de la verge par le thermocautère; 38, hydrocèle vaginale; 39, cystalgie; 45, calcul de la vessie, 47, amputation de la jambe, pansement de Lister; 53; morsure de cheval; 54, tumeur fibro-plastique du pharynx (commencement de généralisation). — Salle Saint-Augustin (F.) : 1, amputation du sein, accident thoracique; 14, kyste hydatique du foie (aspirations).

Service de M. Gallard. Salle du Rosaire : 2, paraplégie hystérique; 3, ascite symptomatique d'un cancer du péritoine; 9, salpyngite, 11, goître exophthalmique; 12, 22, polype fibreux de l'utérus faisant saillie dans le vagin: 20, hydronéphrose: 21, vomissements incoercibles, hystérie; 25, endopéricardita rhumatismale; 39, néphrite interstitielle.

Servica da M. Dumontpallier. Salle Sainte-Eugénie (F.): 3, métrorrhagie; 12, insuffisance mitrale; 21, impétigo du cuir chevelu, otite, vertige; 28, kyste de l'ovaire, 29, prolapsus utérin. 45, pemphigus. — Salle Saint-Raphael (H.) : 3, carcinome de l'estomac; 26, paralysie faciale rhumatismale; 40, ataxie locomotrice syphilitique.

Service de M. Chauffard. Salle Sainte-Claire (F.): 8, pneumonie double; 26, 27, 29, ictère chronique par calculs biliaires, 28, tumeur solide des os du bassin; 44, néphrite parenchymateuse; 46, ataxie locomotrice, arthropathie; 48, ostéomalacie.

Hôpital Necker. Jours de cliniques. Mardi et samedi, M. Hardy; le jeudi, interrogation des malades par les élèves. Mercredi, M. Guyon, leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.

Service de M. Hardy. Salle Saint-Luc (H.) : 5, cachexie saturnine, albuminurie, paralysie aiguë et fébrile des muscles des deux bras: 8, insuffisance aortique; 9, pleurésie; 10, insuffisance mitrale, insuffisance aortique sans souffle, albuminurie; 17, cachexie saturnine; 19, hydro-pneumothorax, 20, ataxie locomotrice progressive, arthropathie de l'articulation métatarso-phalangienne des 2 gros orteils: 22, pneumonie; 23, emphysème pulmonaire, 25, vertigo ab aure læsa; 26, rétrécissement mitral. — Salle Sainte-Adélaïde (F.) : 1, hydro-pneumothorax et phthisie pneumonique; 3, sclérodermie; 5, insuffisance mitrale; 6, lymphadénie généralisée et leucémie; 8, syphilis constitutionnelle; 10, chloro-anémie; 11, intoxication saturnine chronique, rétrécissement aortique, albuminurie, paralysie des extenseurs au début, 13, syphilide gangréneuse: 15, quadruple lesions d'orifices.

Service de M. Potain. Salle Saint-Jean (H.) : 1, rhumatisme articulaire aigu: 2, néphrite interstitielle, hypertrophie cardiaque, bruit de galot, urémie; 7, cirrhose du foie, anasarque; 8, goutte; 9, insuffisance mitrale, 13, rhumatisme; 14, bronchite et emphysème pulmonaire; 17, péritouite chronique; 18, pleuro-pneumonie droite; 20, ataxie locomotrice; 21, insuffisance tricuspide; 22, rhumatisme mono-articulaire; 24, pneumothorax droit; 25, hémiplégie gauche; 29, bronchite tuberculeuse; 31, intoxication saturnine chronique. — Salle Sainte-Eulalie (F.) : 1, granulie; 4, cancer de l'utérus, 5, dilatation bronchique, 6, cancer du corps de l'utérus ? 10, pneumonie gauche; 14, insuffisance mitrale: 13, paralysie générale: 15, insuffisance tricuspide; 19, goître exophthalmique, insuffisance tricuspide; 20, kyste de l'ovaire, 21, cancer de l'estomac; 23, fièvre typhoïde.

Service de M. Delpech. Salle Saint-Ferdinand (H.). 2, emphysème pulmonaire, anévrysme artérioso-veineux du creux poplité; 3, phthisie pneumonique; 4, intoxication saturnine, albuminurie; 5, bronchite chronique: 6, rhumatisme chronique, arthrite cervicale; 12, pleurésie ancienne; 15, insuffisance aortique; 22, pneumonie gauche; 24, rhumatisme articulaire aigu, insuffisance mitrale. — Salle Sainte-Anne (F.) : 1, syphilis; 2, cirrhose, 3, catarrhe chronique, emphysème, insuffisance mitrale; 5, cirrhose atrophique, ascite; 7, péritonite tuberculeuse: 8, insuffisance mitrale; 9, ovarite; 22, méningite tuberculeuse chez un enfant: 23, cancer du col.

Service de M. Desormeaux. Salle Saint-Pierre (H.) : 24, cal difforme, suite d'une fracture sus-malléolaire; 28, cancroïde du nez; 33, carie du premier métatarsien; 36, coxalgie; 46, carie du tibia, résection: 51, plaie du poignet, ligature de la cubitale; 54, psoriasis des membres inférieurs.

Hôpital Lariboisière. Service de M. Millard. Salle Saint-Vincent : 1, cancer de l'estomac, 5, 26, 31, pleurésie gauche; 9, pneumonie droite: 1., goutte; 11, insuffisance aortique; 20, ulcère simple de l'estomac; 22, syphilis hépatique; 24, rhumatisme articulaire chronique, 34, tænia.

Service de M. Jaccoud. Salle Saint-Jérôme : 3, pleurésie purulente chez un tuberculeux; 4, 15, maladie de Bright; 12, angiocholite; 13, pneumonie caséeuse: 23, gangrène symétrique des extrémités; 24, érysipèle de la face, 25, sciatique. — Salle Sainte-Claire : 3, 13, insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral; 6, 20, pleurésie gauche; 8, rhumatisme articulaire aigu, endocardite; 9, gangrène symétrique des extrémités; 17, rétrécissement mitral: 19, gastro-entérite chronique; 25, purpura cachectique, 26, rétrécissement aortique; 28, coliques hépatiques, affection mitrale, 31, ictère catarrhal; 32, 26 bis, hystérie.

Service de M. Guyot. Salle Saint-Henri : 3, pleurésie purulente, vomique: 7, insuffisance mitrale; 9, pleurésie purulente (2 thoracentèse); 10, ramollissement cérébral; 14, pleurésie gauche; 15 bis, pneumonie caséeuse; 15, cancer du cœcum; 18, péritonite tuberculeuse; 20, diabète; 22, empyème 23, paralysie radiale par compression; 29, fièvre continue; 30, blennorrhagie arthrite blennorrhagique. — Salle Ste-Elisabeth: 1, pleurésie; 8, aff. mitrale, asystolie; 11, cystite chronique: 1., hémiplégie syphilitique; 15 bis, rhumatisme articulaire aigu; 21, tuberculose à marche rapide; 26, maladie de Bright, affection cardiaque, 30, pneumonie; 33, diabète.

Service de M. Siredey. Salle Saint-Augustin bis : 13, affection mitrale, asystolie; 14, 20, érysipèle de la face; 17, intoxication saturnine, néphrite interstitielle, hémorrhagie cérébrale; 23, kyste hydatique de la rate, ponctionné ; 30, ictère catarrhal. — Salle Sainte-Geneviève : 3, phlébite; 6, phlegmon du ligament large : 7, kyste de l'ovaire; 16, chloro-anémie; 17, hystérie; 18, périmétrite rectite ; 22, intoxication saturnine, 23, esthiomène éléphantiasique de la vulve; 33, asystolie; 34, corps fibreux de l'utérus. — Salle Sainte-Marthe bis (crèche) : 1, phlébite, 4, métro-péritonite puerpérale; 5, 7, phlegmon du ligament large; 6, sclérodermie.

Le gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59 RUE DU PLESSIS.

4e ANNÉE. — N° 21 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 20 MAI 1876.

Le Progrès Médical

MALADIES DES OREILLES

De la myringodectomie;

Par M. le Dr **C. MIOT** (1).

CHAPITRE III

ART. 1er. De l'anatomie médico-chirurgicale.

Le tympan, situé au fond du conduit auditif externe qu'il ferme complétement, se présente sous l'aspect d'une membrane généralement concave extérieurement, fig. 1. Il est tendu obliquement de haut en bas, d'arrière en avant, de dehors en dedans et forme avec la paroi supérieure du conduit un angle de 140° environ.



Fig. 58.

Il présente : 1° Une face externe ; — 2° Une face interne; — 3° Une circonférence.

1° *Face externe.* — La face externe a une surface lisse, polie, demi-brillante et une coloration d'un gris tendre mélangé, au niveau du promontoire, à de légers tons blanchâtres. On remarque, au pôle supérieur de cette face, près du cadre osseux, l'apophyse externe 1, dont l'apparence est celle d'une saillie arrondie, opaque, d'un blanc jaune pâle. Cette saillie est continuée à sa partie inférieure par le manche du marteau 2, dont la coloration n'en diffère pas sensiblement et qui, sous la forme d'une longue apophyse légèrement sinueuse, se dirige, de haut en bas, d'avant en arrière, de dehors en dedans, et se termine un peu au-dessous du centre de la membrane dans une partie qu'on appelle umbo ou ombilic. A son extrémité inféro-antérieure, fréquemment recourbée ou élargie en forme de spatule et distante de 2 millim. de la paroi interne, commence le triangle lumineux 3, qui a ordinairement la forme d'un triangle isocèle et se dirige obliquement en bas et en avant.

A la partie supérieure de la face externe de la moitié postérieure du tympan correspondent la poche postérieure 4 et la corde du tympan.

La poche postérieure, formée par un repli des couches fibreuses du tympan, a une longueur de 3 à 4 millim. et une largeur de 4 millim. environ. Elle se dessine sous la forme d'une traînée blanchâtre et sert à maintenir le marteau en place, car, si on en fait l'incision, cet osselet devient beaucoup plus mobile. Il en résulte qu'on peut se proposer de pratiquer cette opération dès qu'on suppose que la poche, par suite des modifications pathologiques qu'elle a subies, rend le marteau immobile. Cette poche est séparée de la branche descendante de l'enclume par une distance de 1 millim. environ.

La corde du tympan pénètre dans la caisse près du cadre osseux, au niveau de l'extrémité postérieure de la poche, dont elle longe le bord libre dans une très-petite étendue, puis se dirige en haut et en dedans, passe entre le marteau et l'enclume et sort de la caisse par une ouverture située près de la scissure de Glaser (2). Comme elle est d'autant plus éloignée du bord libre de la poche qu'elle se rapproche plus du marteau, il en résulte qu'on doit inciser le tympan le plus près possible du manche du marteau pour faire la section de cette poche.

A la partie supérieure de la moitié antérieure du tympan correspondent la poche antérieure et les organes qui s'insinuent dans la scissure de Glaser (longue branche du marteau chez les enfants, artère tympanique inférieure, ligament antérieur, corde du tympan).

(1) Voir les nos 13, 14, 15, 20.

(2) *Traité d'anat. descriptive*, par J. Cruveilhier, 4e édit., par Marc Sée et Cruveilhier fils; Paris, 1868.

Derrière le manche du marteau se dessine souvent une traînée blanchâtre qui forme un angle ouvert en haut, dont le grand côté 5 représente une partie de la longue branche de l'enclume éloignée du tympan de 2 millim. environ, et dont le petit 6 représente la branche postéro-inférieure de l'étrier. Le sommet de ce dernier osselet est distant du tympan de 3 millim. environ.

La fenêtre ovale correspond parfois à la partie postéro-supérieure du tympan, mais elle est ordinairement située en dehors du cadre osseux, et on n'aperçoit l'étrier que parce que cet osselet est dirigé obliquement et que son sommet est placé plus bas que sa base.

Le promontoire correspond aux parties centrales et inféro-antérieures du tympan, et lui donne des reflets qui varient suivant la coloration de la muqueuse qui le recouvre. La distance comprise entre le point le plus saillant du promontoire et la partie correspondante du tympan est de 2 millim. 1/2 environ.

Au niveau du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs du cadre osseux, on distingue parfois l'ombre projetée par la fenêtre ronde 8 qu'on pourrait perforer si on enfonçait trop profondément le bistouri à son niveau, parce que, si l'axe longitudinal de la niche au fond de laquelle elle est placée est le plus souvent oblique par rapport à celui du conduit, il lui est parfois parallèle.

2° *Face interne.* — La face interne du tympan est convexe du côté de l'intérieur de la caisse. On y remarque les poches antérieures et postérieures de Troeltsch, la corde du tympan qui longe l'extrémité postérieure du bord libre de la poche postérieure, et le manche du marteau fortement saillant.

3° *Circonférence.* — La circonférence présente toutes les irrégularités du cadre osseux auquel elle est fixée par les fibres rayonnées et surtout par les fibres circulaires, insérées sous forme d'anneau très-dense à la rainure osseuse. Quain (1), Scharpey (2), Jone (3), Gerlach (4).

Le tympan est formé de 4 couches : 1° la couche externe ou cutanée ; 2° les couches moyennes fibreuses ; 3° la couche interne ou muqueuse.

1° *Couche externe.* — La couche externe est constituée par l'épiderme et le derme. L'épiderme est si mince à l'état physiologique qu'il laisse voir la couche dermique. Celle ci continue celle du conduit, a peu d'épaisseur et secrète l'épiderme. Le derme est formé par un tissu aréolaire, ne renferme ni glandes, ni papilles (Toynbee de Trœltsch) est plus épais à la moitié supérieure du tympan, dans toute la partie qui correspond au manche du marteau, chez l'enfant que chez l'adulte et le vieillard, et donne ordinairement à la membrane une teinte plus blanchâtre. Cette couche reçoit des rameaux nerveux qui la rendent très-sensible. La sensibilité étant plus grande dans la moitié supérieure, on ne devra pas, lorsqu'on voudra en constater le degré avant de faire la perforation, pratiquer le cathétérisme indistinctement, mais choisir de préférence les parties inférieures.

2° *Couches fibreuses.* — Les couches moyennes ou fibreuses sont élastiques, résistantes et constituent le squelette du tympan. On y trouve deux espèces de fibres très-solidement unies entre elles. Les unes, rayonnées, forment un plan externe, les autres circulaires, un plan interne. Ces dernières, très-nombreuses à une petite distance de la circonférence tympanique, constituent une couche qui offre

(1) *Elements of anatomy.* Vol. 2, page 932.

(2) *Encyclopedia of anatomy and phys.* Vol. 2, page 545.

(3) *Etudes microsc. de morphologie.* Hum. Herlagen, 1858.

(4) *Trans. philos.* London, 1851.

parfois une grande résistance au bistouri. La couche fibreuse, au milieu de laquelle est en partie placé le manche du marteau, envoie en arrière du col de cet osselet un prolongement qui s'y insère et qu'on a appelé bourse postérieure (de Trœltsch).

3° *Couche interne* ou *muqueuse.* — Cette couche, très-mince à l'état physiologique, peut présenter dans certains cas une épaisseur 15 à 20 fois plus considérable (Toynbee). C'est ce qui explique pourquoi, dans les cas où on ne voit aucun vaisseau dans la couche dermique, il s'accumule après la myringodectomie une certaine quantité de sang entre les lèvres de la plaie.

La couche muqueuse reçoit peu de rameaux nerveux.

Vaisseaux du tympan. — Les vaisseaux qu'on remarque dans l'épaisseur de la membrane du tympan sont des artères et des veines fournies par des sources différentes. Les uns proviennent de l'oreille moyenne, les autres de l'oreille externe, et forment deux plans placés dans les couches muqueuse et cutanée.— 1° Plan interne ou muqueux ; 2° plan externe ou cutané. Ils sont séparés par la couche fibreuse et communiquent entre eux à la périphérie du tympan seulement. Les veines sont plus nombreuses que les artères et présentent à peu près la même disposition.

1° *Plan interne* ou *muqueux.* — A la partie supérieure du tympan, on voit le tronc tympanique longer irrégulièrement le manche du marteau, dont il contourne l'extrémité inférieure. Il est formé : 1° par la réunion des branches que le tympan reçoit de l'artère maxillaire interne ; 2° par l'artère tympanique, provenant de l'artère stylo-mastoïdienne. Ces vaisseaux forment à la périphérie du tympan un cercle tortueux envoyant à toute la membrane des rameaux qui s'anastomosent entre eux et avec le tronc tympanique.

On avait généralement admis, jusqu'à présent, que les gros vaisseaux naissaient de l'artère stylo-mastoïdienne, mais le professeur de Trœltsch a démontré le premier que la membrane devait surtout sa vascularité aux artères du conduit, c'est-à-dire à l'artère auriculaire postérieure et aux artères parotidiennes.

2° *Plan externe ou cutané.* Ces derniers vaisseaux envoient à la couche cutanée du tympan des rameaux qui affectent à peu près la même disposition que ceux qui forment le plan interne. Cette disposition des vaisseaux démontre que, dans le cas où on voudra scarifier la membrane pour obtenir un dégorgement rapide, il vaudra mieux inciser le tympan à la périphérie et au niveau du manche du marteau que sur d'autres points.

Nerfs. — La peau du tympan, couche la plus vasculaire de cette membrane, renferme la plupart des rameaux nerveux qu'elle reçoit. Le rameau nerveux le plus important naît du nerf auriculo-temporal, rameau sensitif de la troisième branche du trijumeau, vient de la paroi supérieure du conduit, côtoie le manche du marteau et donne à la surface externe une sensibilité plus grande dans ses parties supérieures que dans ses parties inférieures. Il en résulte qu'il est préférable d'inciser ces dernières pour causer moins de douleur au malade.

Art. II. — Des modes d'éclairage du tympan.

La membrane du tympan est trop profondément située pour qu'on puisse songer à l'examiner complétement sans le secours d'instruments appropriés à cet usage. Je ne discuterai pas ici le mode d'éclairage par la lumière naturelle ou artificielle : je dirai seulement, avec Kramer, que la lumière naturelle étant insuffisante le plus souvent, on a songé à employer la lumière artificielle qui a l'avantage d'avoir toujours la même intensité et de donner aux objets des teintes invariables.

Pour permettre aux rayons lumineux de pénétrer dans le conduit, on a imaginé divers genres de spéculum, de miroirs et de lentilles. Je n'entreprendrai ici ni la description, ni la critique de tous ces instruments ou appareils. J'indiquerai seulement ceux qui sont le plus généralement adoptés.

Un grand nombre de praticiens emploient un spéculum plein ou bivalve dans l'intérieur duquel ils concentrent les rayons lumineux au moyen d'un miroir tenu à la main, ou fixé à un bandage frontal (Kramer), ou à la bouche (Bruns), ou à une monture de lunettes (Semeleder, S. Duplay).

D'autres se servent de mon spéculum otoscope (*fig. 59*), ou d'un autre appareil. Pour explorer convenablement le tympan, il faut examiner avec soin son degré de courbure, l'éclat de sa surface, sa coloration, les caractères du triangle lumineux et l'obliquité du manche du marteau.

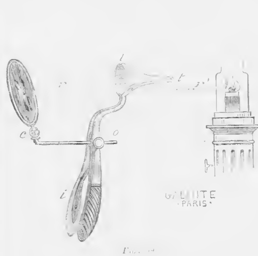


Fig. 59.

Il peut être utile, pour constater le degré de mobilité de la membrane, de l'examiner pendant l'emploi du spéculum pneumatique ou au moment de l'entrée de l'air dans la caisse ; sa sensibilité peut être appréciée en touchant sa surface avec un stylet boutonné en caoutchouc durci, en baleine ou en métal ; ce dernier devant avoir son extrémité libre garnie d'une mince couche de coton fortement tassé.

Art. III. — Des procédés opératoires.

On a fait usage de divers procédés pour perforer le tympan, d'instruments tranchants, piquants et de caustiques. On peut les diviser ainsi qu'il suit : 1° procédé par ponction. (Astley Cooper Celliez (1), Saissy, Buchanan, Gairel) (2). 2° procédé par cautérisation. (Ravaton, Itard, Soléra, Ménière, Bonnafont). 3° procédé par emporte-pièce. (Debeau, Fabrizzi, Bonnafont). 4° procédé par incision. Ce dernier se subdivise en :

a) Incision par dissection. (Toynbee, de Troëltsch).

b) Incision simple ou multiple (de Troëltsch, Schwartz, Gruber.)

c) Incision et section de la poche postérieure.

d) Incision et section du tendon réfléchi du muscle tenseur du tympan, (Weber, Frank, Gruber, Voltolini).

e) Incision et section du manche du marteau. (Wreden).

1° *Procédés par ponction.* — Astley Cooper pratiquait la perforation avec un trocart courbe en argent. Cet instrument avait trois millimètres de diamètre, et sa pointe dépassait de deux millimètres et demi environ l'extrémité de la canule.

Pour opérer, ce célèbre chirurgien plaçait le malade devant une fenêtre, afin de bien éclairer le tympan. Il tirait ensuite le pavillon de l'oreille en dehors, de manière à diminuer les courbures du conduit, puis, tenant de l'autre main le trocart comme une plume à écrire, la pointe rentrée dans la canule, il l'introduisait jusqu'à la partie inféro-antérieure du tympan. Dès qu'il sentait la résistance opposée par la membrane il la traversait avec la pointe du trocart.

Saissy a remplacé la canule métallique d'Astley Coopper par une sonde en gomme élastique flexible et susceptible par conséquent de suivre les inflexions du conduit. Celliez employait un trocart courbe d'un diamètre bien plus grand que celui de Cooper, et dont les angles plus tranchants coupaient la membrane beaucoup plus nettement.

(1) *Journal de médecine*, an XIII.
(2) *Recherches sur la surdité*, Paris, 1836.

Buchanan faisait usage d'un trocart quadrangulaire et, après avoir perforé la membrane, il faisait exécuter à l'instrument des mouvements de rotation en sens inverse de manière à écarter les lèvres de l'incision. Gairel opérait avec une canule munie d'une tige perforatrice et courbé dans le sens du conduit. Il y en avait une pour chaque oreille. Ces instruments auxquels il donnait le nom d'emporte-pièces ont été critiqués par Itard (1) qui les déclare impropres à enlever un morceau de la membrane et les range parmi les mauvais perforateurs.

2° *Procédé par cautérisation.* — Ravaton, d'après Triquet (2), est le premier qui ait fait la perforation au moyen d'un caustique. Richerand a employé avec succès un crayon de nitrate d'argent porté à plusieurs reprises sur un point déterminé.

Solera mettait sur la membrane un morceau de nitrate d'argent fixé à un porte-caustique, et l'y maintenait jusqu'à ce qu'elle fut perforée ce qu'il reconnaissait à un claquement entendu au moment ou les dernières couches étaient traversées. Ménière a modifié cette manière d'opérer en donnant à l'extrémité du crayon de nitrate d'argent une forme pointue afin qu'il agisse à la fois comme caustique et comme instrument piquant.

Le docteur Bonnafont emploie le caustique de Vienne de la manière suivante : Il en délaie une petite quantité et remplit une cupule de deux millimètres et demi de diamètre environ fixée au bout d'une tige montée sur un manche. Après avoir introduit la cupule dans le conduit bien éclairé, il la maintient pendant quelques secondes à peine en contact avec la membrane, à cause de la douleur qui est assez vive. Ce laps de temps suffit pour obtenir une perforation. Itard s'est servi d'une aiguille rougie à blanc. Je ne sache pas que cet instrument ait été employé depuis cette époque.

3° *Procédés par emporte-pièce.* — Deleau père, se servait d'un emporte-pièce formé par une canule dont l'extrémité libre est très-coupante. Dans cette canule fixée à un manche se meut une tige terminée par un tire-bouchon, dont la pointe très-acérée peut faire une saillie en dehors de la canule ou rentrer dans son intérieur lorsqu'on fait jouer un bouton placé près du manche de l'instrument. Pour opérer, on introduit cet instrument fermé dans le conduit jusqu'à ce que l'extrémité de la canule touche la surface du tympan. A ce moment, on fait exécuter, avec la main gauche, un mouvement de rotation au tire-bouchon qui pénètre dans le tympan. Immédiatement après, on presse sur le bouton, et le tire-bouchon rentre dans la canule, entraînant avec lui une partie du tympan coupé par les bords tranchants de la canule.

Fabrizzi, voulant perfectionner cet instrument, lui a fait subir des modifications qui le rendent plus compliqué et incommode. Il en a donné la description et fait suivre cette description de quelques conseils judicieux. Par exemple il prescrit avec raison d'habituer l'oreille au contact des instruments et de diminuer la sensibilité du tympan en touchant sa surface plusieurs fois par jour avec un stylet.

L'emporte-pièce du docteur Bonnafont se rapproche beaucoup de celui de Deleau. Après avoir traversé le tympan avec le tire-bouchon, ce praticien imprime un mouvement de rotation à la canule et lui fait exécuter un tour et demi ou deux tours qui suffisent pour couper le tympan. (*A suivre*).

(1) *Mémoire à l'Académie de médecine de Paris*, 1836.
(2) *Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille*. Paris 1857.

PRIX. — La *Société des médecins des bureaux de bienfaisance* met au concours la question suivante : « Faire connaître les différentes œuvres d'assistance privée à Paris, en province, ou à l'étranger qui, par leurs ressources personnelles ou matérielles, permettent de pratiquer, à domicile, la médecine et la chirurgie des pauvres. » — Les récompenses consisteront en une médaille d'or et en plusieurs médailles d'argent. Adresser les mémoires, suivant les usages académiques, avant le 30 juin 1877, terme de rigueur, à M. le Dr Passant, secrétaire général de la Société, rue de Grenelle Saint-Germain, 39, à Paris.

MALADIES DE LA PEAU

Notes de thérapeutique recueillies aux cliniques des maladies de la peau de M. le professeur Hardy à l'hôpital Saint-Louis,

Par le Dr **E. ORY**, ancien interne des hôpitaux (1).

B. PARASITES ANIMAUX.

a. De la gale. — Le parasite, qui détermine les éruptions, d'aspect varié, que l'on signale dans la gale, est l'acarus scabieri. L'acarus et le sillon, qu'il s'est creusé, sont les deux signes fondamentaux de la maladie. En détruisant l'acare, on supprime la cause irritante qui entraine outre les démangeaisons, des éruptions diverses : Prurigo (sur les avant-bras, l'abdomen, la partie interne des cuisses). Vésicules isolées légèrement acuminées (face latérale des doigts, commissures interdigitales, poignets). Ecthyma (aux mains, aux pieds, aux fesses). Papules, Eczéma, Impétigo.

Une fois la présence du sillon bien constatée, le diagnostic est établi, et si l'intensité des complications est suffisamment modérée, on peut rapidement guérir le patient en détruisant le parasite.

On sait que M. Hardy est arrivé à réduire la cure, à *moins de deux heures*. Ce traitement il est est vrai, peut irriter la peau, et être la cause de la manifestation d'une diathèse; mais le parasite lui-même peut provoquer de semblables éruptions chez les sujets prédisposés. Voici le traitement de la *gale* simple, tel qu'il est mis en usage à l'hôpital Saint-Louis.

On commence par *frotter* le malade, sur tout le corps, avec du savon noir étendu d'eau. Cette friction doit être faite partout; car l'acare se rencontre partout (excepté sur la figure). Cette première opération est prolongée pendant 20 minutes ; on lave ainsi la peau, on enlève les croûtes, la poussière, et l'on commence à ramollir l'épiderme, à entr'ouvrir les sillons, au fond desquels se trouvent les acares et leurs œufs. On fait ensuite prendre un bain tiède, et, après un séjour de 40 minutes, la peau est en quelque sorte macérée, l'épiderme ne résiste plus, le sillon de l'acare est transformé en tranchée. C'est alors que l'on frotte *un peu rudement partout* avec une pommade ainsi formulée:

Axonge	300 g.
Fleur de soufre	50
Sous-carbonate de potasse	25

Il faut avoir soin que cette pommade soit très-bien faite, exempte de petits grains qui seraient irritants et causeraient des excoriations douloureuses. Dans ce but, le sel ne doit être mélangé au soufre qu'après avoir été dissous. Cette pommade sulfuro-alcaline de M. Hardy est beaucoup moins irritante que la pommade d'Helmérich, et son action parasiticide est suffisante. Mais il faut, par des frictions rudes, mettre la pommade sulfuro-alcaline en contact avec le parasite. Quant à la durée de ce contact, il varie avec la possibilité du séjour du malade à l'hôpital ; puis l'on prescrit un bain émollient.

Pour éviter toute récidive, il est prudent de renouveler deux jours de suite la friction générale, lorsqu'on ne peut pas maintenir la pommade une nuit entière sur le corps.

Les bains émollients qui terminent ce traitement doivent être renouvelés plusieurs jours consécutifs, car, souvent persiste une démangeaison très-pénible. On est alors en présence d'un phénomène nerveux, qui se calmera par les émollients, tandis que la friction l'exciterait et augmenterait la production des éruptions accessoires.

Tel est le traitement de la gale simple.

Mais souvent, l'état de la peau ne permet pas de faire immédiatement usage des frictions. M. le professeur Hardy pense en effet que c'est causer une souffrance inutile et nuisible au malade, que de le soumettre à des frictions, lorsque les éruptions secondaires sont très-intenses, car alors, outre la douleur considérable que ces frictions déterminent, elles sont sans résultat, puisque le malade n'est pas frotté universellement; des œufs, des acares, échap-

(1) Voir le n° [illegible].

[illegible]ent au contact, et peu de jours après, une récidive se déclare. Il vaut mieux patienter quelque temps, calmer les phénomènes d'irritation, s'ils sont très-intenses, par des applications émollientes, des cataplasmes d'amidon, des manuluves avec eau de lin, l'enveloppement avec la toile de caoutchouc vulcanisé, les grands bains émollients, enfin des soins de propreté extrême. Après quelques jours de traitement préparatoire, on peut, dans ces cas, entreprendre, avec chances de succès, le traitement parasiticide.

Nous avons déjà parlé de la persistance des démangeaisons après la guérison de la gale ; certains malades, ne se croyant pas guéris, réclament, dans ce cas, de nouvelles frictions, qui n'ont d'autre effet que d'irriter la peau encore davantage ; il faut donc attendre, et n'en prescrire de nouveau l'usage que si l'on découvre entre les doigts, aux poignets, sur les reins, sur la verge, des sillons et des vésicules, qui sont les témoins révélateurs d'une récidive. Quelquefois enfin, une éruption développée sous l'influence de l'acare, tel qu'un eczema des seins, persistera longtemps, des années, après la disparition de la gale. Ces éruptions doivent alors être traitées comme des manifestations diathésiques sans s'occuper de la cause occasionnelle qui a déterminé leur apparition.

b. Phthiriase ou maladie pédiculaire. — Trois espèces de poux peuvent vivre à la surface de la peau de l'homme : le pou de tête, le pou de corps et le pou du pubis. L'âge, les mauvaises conditions hygiéniques, un mauvais état général, l'alcoolisme, sont des conditions qui facilitent la multiplication rapide de ces parasites et des complications qu'entraîne leur présence.

Les poux déterminent, entre autre accident, l'apparition d'une prurigo à grosses papules. Si le malade est atteint de poux de tête (les enfants surtout), l'irritation du cuir chevelu cause des pustules et des croutes impétigineuses. L'*Impetigo granulata*, des pustules d'*Ecthyma*, des furoncles se développent à la surface du cuir chevelu, des croutes, formées par le pus qui s'écoule de ces collections purulentes, recouvrent des poux; les cheveux, agglutinés par les sécrétions, supportent et recouvrent les lentes ou œufs.

Le premier soin à prendre est de tenir les cheveux très-courts ; puis, si les phénomènes inflammatoires sont intenses, si les croutes épaissies recouvrent le cuir chevelu, il faut appliquer des cataplasmes d'amidon cuit, ou bien faire porter quelques jours un bonnet en toile de caoutchouc vulcanisé; puis enfin intervenir par un traitement parasiticide, soit par des onctions avec l'onguent mercuriel, soit en saupoudrant la chevelure avec de la poudre de staphysaigre, soit en faisant des lavages avec la solution de sublimé au 500e. Puis, comme la faiblesse de l'individu paraît faciliter la reproduction des poux, on doit relever les forces par un traitement général : huile de foie de morue, sirop de raifort, sirop antiscorbutique, vin de gentiane, et veiller avec grand soin aux conditions hygiéniques. La propreté doit être excessive.

Les *poux de corps*, plus fréquents chez les vieillards, chez les convalescents, sont généralement assez facilement détruits par des :

Fumigations cinabrées : 4 à 8 gr. sur une brique rouge,
Id. sulfureuses : Soufre sur plaques rougies.
Lotions et bains sulfureux ou de sublimé.
Poudre de staphysaigre.

On doit insister sur les mêmes soins hygiéniques. Le changement de linge est une sorte d'épilation.

Les poux du pubis sont efficacement combattus par :

Pommade mercurielle.
Lotions au sublimé.

Souvent, après la destruction des parasites, persistent des *démangeaisons* qu'il est difficile de faire disparaître. Les émollients sont alors insuffisants, j'en parlerai plus loin.

Une cause fréquente de récidives pour les individus qui se font traiter pour des affections parasitaires, c'est qu'après avoir été nettoyés, après que le parasite et ses œufs ont été détruits, non-seulement sur leur corps, mais jusque dans leurs vêtements, ils retournent dans les milieux malpropres où ils retrouvent de la vermine. Il faut donc conseiller de saupoudrer également les *draps* et tous les *vêtements* avec de la poudre de staphysaigre, les faire passer à l'*étuve* si cela est possible. Sans quoi les œufs, dès qu'ils trouveront des conditions favorables à leur éclosion, feront reparaître des poux chez des gens prédisposés par la misère ou la maladie.

En résumé. Dans le traitement des maladies parasitaires, il faut donc : 1° calmer les phénomènes d'irritation; 2° tuer le parasite; 3° relever l'état général; 4° combattre les complications. (*A suivre*).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. CHARCOT.

8e LEÇON. — Des sels biliaires. — Des altérations de la bile : la bile incolore (1).

(Résumé de la leçon du 24 avril.)

Messieurs,

Je vais, aujourd'hui, reprendre les choses où nous les avons laissées, lorsque nous nous sommes quittés il y a une douzaine de jours. Vous n'avez pas oublié que, passant en revue les divers principes qui entrent dans la composition de la bile, j'ai commencé à vous exposer, en tant qu'elle nous concerne, l'histoire particulière des principaux d'entre eux.

Ce qui a été fait déjà pour la *cholestérine* et le *pigment biliaire*, je dois le faire à présent pour les *sels biliaires* qui constituent en somme les principes « prédominants, essentiels physiologiquement et caractéristiques de la bile. » (Ch. Robin).

I. Les *sels biliaires*, ainsi que je vous l'ai fait remarquer en vous communiquant l'analyse de Frerichs, entrent pour une forte part dans le résidu solide obtenu par l'évaporation de la bile. Quand, sur 140 du résidu solide, par exemple, la cholestérine n'est représentée que par 2,6, les sels biliaires atteignent au chiffre de 91,4.

a) Les sels biliaires ne forment pas, à l'instar de la bilirubine et de la cholestérine, des concrétions susceptibles d'être rencontrées par l'anatomo-pathologiste et capables de déterminer des lésions de canalisation plus ou moins graves; mais pénétrant dans le sang, à dose quelque peu concentrée, sous l'influence de certaines lésions du foie ou de ses annexes, elles peuvent, comme nous allons le voir, exercer sur les globules du sang une action dissolvante ; elles peuvent aussi, selon toute vraisemblance, produire des accidents d'intoxication se traduisant par des phénomènes nerveux variés. Les sels biliaires, d'après cela, semblent jouer un rôle important dans la physiologie pathologique hépatique et, à cet égard, leur histoire nous intéresse particulièrement.

b) Ces sels sont au nombre de deux : le *glycocholate de soude* et le *taurocholate de soude*. Tous les deux existent, en proportion variable, dans la bile de l'homme. On ne trouve au contraire que le taurocholate de soude chez le chien et que le glycocholate de soude chez le bœuf.

c) Les deux sels sont obtenus, comme produit de laboratoire, sous forme cristalline. Les acides de chacun d'eux peuvent être à leur tour isolés par des procédés appropriés. L'*acide glycocholique* cristallise ; il offre une saveur sucrée, puis amère. L'*acide taurocholique* ne cristallise pas; c'est un liquide sirupeux, d'une saveur amère très prononcée. Les sels biliaires constituent, en définitive, l'*amer biliaire* ou *principe amer du fiel*.

d) Les acides glycocholique et taurocholique sont, comme on dit, des acides associés. Ils peuvent se dédoubler par hydradation et donner alors naissance : 1° à un radical commun, l'*acide cholique* ou *cholalique*, corps non azoté ; et 2° à deux *amides* qui sont : α. pour l'acide taurocholique, la *taurine*, corps cristallisable qu'on rencontre à l'état normal dans les fèces et qui contient du soufre; — β. pour l'acide glycocholique, la *glycocolle* ou *sucre de gélatine*, ou *glycine* de quelques auteurs.

Ce dédoublement ne s'opère pas seulement dans le laboratoire, il s'opère aussi naturellement, physiologiquement, dans l'intestin où l'on retrouve le *taurine* et la *glycocolle*.

(1) Voir les nos [illegible], 14, [illegible], 17, 18, 19, 20.

L'acide cholique ou cholalique se change en acide *choloïdique* et en une substance qu'on appelle le *dyslysine*.

d) Les acides, les sels biliaires et l'acide cholique ont une réaction qui permet de reconnaître leur présence dans les divers liquides de l'organisme : c'est la réaction de Pettenkofer. Ni la taurine, ni la glycocolle n'offrent cette réaction. Voici en quoi elle consiste : On traite la solution concentrée des acides biliaires, par l'acide sulfurique dilué de quatre fois son poids d'eau et une solution concentrée de sucre ordinaire. On ne doit pas chauffer, ou tout au moins au-dessous de 60° ; il se produit, au bout de quelques instants, une belle coloration d'un *violet pourpre*.

Il est possible, mais non, à la vérité, sans quelques difficultés pratiques, d'obtenir cette réaction avec l'urine des ictériques. Dans l'ictère de plus vulgaire, on peut obtenir dans les urines la réaction de Pettenkofer. M. Hoppe Seyler, en 1858, a en effet démontré, contrairement à l'opinion répandue jusqu'alors, que, dans l'ictère le plus simple, les acides biliaires passent dans l'urine en même temps que la matière colorante.

e) Où se forment les acides biliaires? Dans le foie, très-certainement. Jamais on n'a constaté leur présence dans le sang normal et l'on sait, d'ailleurs, par les expériences d'extirpation du foie pratiquées chez les grenouilles (Moleschott, Kunde, Muller) qu'ils ne s'accumulent pas dans le sang après cette extirpation. Aux dépens de quels éléments du sang et suivant quel mécanisme ces acides prennent-ils naissance, c'est ce qu'on ignore quant à présent.

f) Ainsi que je vous l'ai annoncé, les acides biliaires sont capables d'exercer sur divers éléments du sang une action dissolvante et, mêlés au sang, dans un certain degré de concentration, ils peuvent agir à la manière d'un poison violent et occasionner des accidents nerveux graves.

α. Parlons d'abord de l'*action dissolvante* des sels biliaires. V. Dusch, dans un travail publié en 1854, avait prétendu que la bile et les acides biliaires ont la propriété de dissoudre les *cellules hépatiques*, lorsqu'ils restaient en contact avec elles pendant un temps suffisamment prolongé. V. Dusch avait pensé fournir un appui expérimental à une hypothèse émise déjà par Rokitanski pour expliquer la destruction des cellules hépatiques dans les cas d'atrophie jaune aiguë du foie. Il n'a pas été difficile de montrer que les observations de V. Dusch étaient fautives. M. Robin (1), puis M. Kuhne (2), enfin M. Wickham Legg (3) tout récemment ont repris l'expérience et prouvé que la prétendue dissolution n'a pas lieu.

Mais, il n'en est plus de même de l'*action dissolvante de la bile* et des *acides biliaires* sur les *globules du sang* : elle ne fait pas l'ombre d'un doute ; c'est l'un des faits microchimiques les mieux établis. Mis en contact avec la bile ou avec les acides biliaires en solution à 12 pour 100 (4), les globules rouges de l'homme disparaissent sans laisser de traces. Ceux de la grenouille sont détruits, à l'exception toutefois du noyau. A la place du globule rouge, on voit se former, sur la plaque de verre, un liquide jaunâtre, susceptible de cristalliser et qui n'est autre, d'ailleurs, que l'hémoglobine. On s'est naturellement empressé de rattacher à cette *action dissolvante* de la bile et des acides biliaires certaines hémorrhagies qui accompagnent quelquefois l'ictère. Nous aurons à rechercher jusqu'à quel point cette interprétation est légitime.

Les *leucocytes* se dissolvent plus rapidement encore que les globules rouges par l'action de la bile ou des acides biliaires. Dans le premier cas, la dissolution peut être effectuée au bout d'un quart d'heure. C'est pourquoi, ainsi que M. Robin l'a fait remarquer (5), une petite quantité de pus, mêlée à la bile, dans les voies biliaires ne saurait y conserver ses caractères, les leucocytes subissant bientôt une dissolution plus ou moins complète. Nous ne tarderons pas, du reste, à revenir sur ce point.

β. Un mot maintenant, Messieurs, sur les *effets toxiques* qui se produisent en conséquence de la présence dans le sang des *acides biliaires* à un certain degré de concentration.

Vous n'ignorez pas que, dans l'ictère le plus simple, et c'est là une remarque qui appartient à M. Bouillaud (6), le pouls peut tomber très-bas, jusqu'à 50 (Frerichs), 40 (Bouillaud), en même temps qu'on observe d'habitude un abaissement plus ou moins prononcé de la température centrale qui descend à 36°,5.

(1) *S[illegible]*. 1857. p. 14.
(2) *Virchow's Archiv*, 185[illegible], Bd. XIV, p. 324.
(3) *Bartholomew's Hospital Reports*, t. IX, p. 180. 1875.
(4) W. Legg, *loc. cit.*
(5) *Traité des humeurs*, p. 653.
(6) *Clinique médicale*, 1837.

M. Röhrig (1) et tout dernièrement M. Feltz et Ritter (2) ont fait voir que les mêmes effets s'obtiennent expérimentalement chez les animaux par les injections de bile dans le sang.

M. Röhrig a montré de plus, par une sorte d'analyse expérimentale, que tous les principes de la bile ne sont pas aptes indifféremment à produire ce double effet. La *cholestérine* et la *bilirubine*, entre autres, ne le produisent pas. La *taurine* et la *glycocolle* sont à cet égard absolument inertes. Cette action spéciale est dévolue aux *acides* et aux *sels biliaires*, au *taurocholate* surtout. L'acide cholique y donne également lieu.

Des expériences du même genre ont démontré en outre à MM. Feltz et Ritter — conformément à ce qu'avaient déjà vu du reste MM. V. Dusch, Leyden et quelques autres — que, injectés dans le sang, à dose concentrée, les acides biliaires déterminent chez les animaux des accidents nerveux plus ou moins graves. Nous aurons à examiner en temps et lieu si cette propriété des acides biliaires est la cause de la production des phénomènes névropathiques qui s'observent dans une catégorie de cas d'ictère désignés depuis longtemps, en raison de ces accidents, sous le nom d'ictère grave.

Je termine ici, Messieurs, cette étude analytique des principaux éléments de la bile. Je remets à une autre occasion, prochaine sans doute, l'exposé de quelques considérations relativement aux *sels minéraux* et aux *matières grasses* qui entrent aussi dans la composition régulière de ce liquide.

Si nous étions astreints à nous conformer rigoureusement à l'ordre, en apparence du moins, le plus logique, le moment serait venu de vous entretenir du *rôle physiologique* du produit de la sécrétion biliaire. Déjà je vous ai prouvé, à propos de la cholestérine et des matières pigmentaires que, pour une part importante, la bile est un liquide excrémentitiel.

On peut assurer à ce sujet que, en sécrétant la bile, le foie exerce une action épuratoire sur le sang qu'il débarrasse de certains produits. Ce dernier rôle, d'après quelques auteurs, serait même le plus important (3).

Il n'est guère douteux, toutefois, que la bile ne joue un rôle efficace dans la digestion, soit en favorisant l'absorption des graisses et des matières albuminoïdes, soit en raison de son action antiputride. La connaissance de ces faits n'est nullement à négliger dans la physiologie d'un bon nombre de lésions hépatiques et, à ce titre, elle nous concerne. Mais cette étude sera mieux placée, je pense, à l'époque où nous traiterons de la *rétention biliaire* telle qu'elle se produit, par exemple, à la suite de l'oblitération du canal cholédoque.

II. — Actuellement, Messieurs, je crois opportun de vous donner quelques renseignements sur les *altérations* que la bile peut présenter dans sa constitution physique ou chimique.

Si l'on en juge par l'importance justement accordée aux altérations de l'urine dans la pathologie rénale, l'étude correspondante de la bile semble devoir offrir un grand intérêt. *A priori*, il ne parait guère douteux que, de même que les altérations physiques ou chimiques de l'urine traduisent fréquemment l'état anatomique des reins, de même aussi les altérations du foie doivent entraîner des modifications correspondantes dans la constitution physico-chimique du produit de sécrétion biliaire. Mais il ne faut pas oublier que l'examen de ce dernier liquide est entouré de difficultés que le clinicien ne rencontre pas lorsqu'il s'agit de l'urine. On peut se procurer l'urine presque à volonté, pendant la vie des malades ; la bile, au contraire, n'est obtenue pendant la vie que dans des conditions tout à fait exceptionnelles et, après la mort, il est possible qu'elle ait subi des altérations cadavériques qui en rendent l'étude bien moins intéressante. Le fait est que l'histoire des altérations de la bile est fort peu avancée, en quelque sorte à l'état rudimentaire. Voici sur ce sujet, cependant, quelques données qui, je l'espere, ne vous paraîtront pas dénuées de valeur et suffiront probablement, vous faire reconnaître que ce domaine mériterait d'être exploré avec soin.

A. — La bile peut être altérée en premier lieu par suite de l'accroissement absolu ou relatif des divers principes qui entrent dans sa constitution normale. Ces principes peuvent alors cesser d'être tenus en solution et se déposent au sein du liquide sous forme solide.

a) C'est en particulier ce qui arrive pour la cholestérine quand il y a rétention ou stagnation biliaire, dans la vésicule,

(1) *Archiv der Heilkunde*, 1863.
(2) *Loc. cit.*
(3) Vulpian. — *Revue des cours scientifiques*, 1867, p. 74.

par exemple. Par suite de la concentration du liquide biliaire et aussi de certaines modifications chimiques qu'il subit, la cholestérine apparaît dans ce cas, ainsi que M. Chevreul l'a fait remarquer dès 1824, sous la forme de paillettes brillantes, ce qui n'a jamais lieu dans l'état normal.

b) Dans ces mêmes circonstances, la bilirubine peut se concréter, elle aussi, sous forme soit d'aiguilles cristallines, soit de masses amorphes, pulvérulentes, s'agrégeant de façon à composer une pâte noirâtre, qu'on trouve quelquefois formant le moule interne des canaux biliaires.

Ces dépôts de cholestérine et de matière colorante de la bile sont, pour ainsi dire, un acheminement vers la formation de calculs biliaires proprement dits. Ceux-ci sont composés, pour la majeure partie, d'un noyau central formé principalement de matière colorante et d'une zône radiée, constituée par de la cholestérine. Je ne m'arrêterai pas davantage sur la pathogénie des calculs biliaires, réservant pour plus tard cette étude.

L'augmentation de la matière colorante a encore été signalée dans l'ictère par Scherer (Gautier); — celle des graisses a été mentionnée chez les tuberculeux ou Gorup Besanez aurait découvert des cristaux microscopiques de palmitine (Gautier). Je ne crois pas que, jusqu'ici, on ait noté l'accroissement pathologique du chiffre des sels biliaires.

B. — *a*) En opposition à l'accroissement des sels biliaires, leur diminution, en même temps que celle des autres principes fondamentaux, a été reconnue dans la fièvre typhoïde. La bile, en pareille circonstance, est très-ténue, pâle, presque décolorée, et contient très-peu d'acides biliaires; par contre, la graisse s'y montre en abondance et on y observe quelquefois de la leucine et de la tyrosine.

Une composition plus ou moins analogue de la bile a été observée : 1° dans quelques autres maladies aiguës, entre autres la pneumonie et l'hépatite des pays chauds (1); 2° dans des maladies chroniques, comme la tuberculose, l'altération amyloïde, le cancer du foie (Budd).

b) Ceci me conduit à vous parler de la *bile tout-à-fait incolore*, que contiennent parfois les voies biliaires dans certains *cas pathologiques*. Ici, la matière colorante fait entièrement défaut. Les autres principes, les sels biliaires persistent, au moins en quantité suffisante, pour s'accuser par leur saveur amère et par leur réaction spéciale. (Réaction de Pettenkofer).

Ce sujet a été étudié avec beaucoup de soin par M. Ritter (2). Dans trois cas où, chez l'homme, il a recueilli à l'autopsie cette *bile incolore*, le foie était envahi par une dégénération graisseuse plus ou moins avancée. Il l'a trouvée encore chez un chien dont le foie était également stéatosé. Il n'est pas rare non plus d'observer cet état de la bile chez les oies grasses.

M. Ritter, au sujet d'un malade qu'il a observé attentivement, relève quelques symptômes qui permettraient de reconnaître pendant la vie cette altération singulière de la bile. Les malades rendraient des excréments blancs, décolorés comme dans l'ictère, mais sans avoir d'ictère. La quantité de graisse qu'ils rejettent par l'intestin serait en quelque sorte normale, contrairement à ce qui se produirait si l'on avait affaire à une rétention biliaire. En semblable occurrence, les matières fécales contiendraient de la taurine, ainsi que cela avait lieu chez le malade de M. Ritter et, de plus, les évacuations artificiellement provoquées, fourniraient le moyen de recueillir un liquide dans lequel se trouveraient les acides biliaires et capable par conséquent, de donner la réaction de Pettenkofer.

Fort de ces données, très-intéressantes du reste, M. Ritter s'est cru en droit d'admettre que tous les faits relatés de liquide incolore observé dans les voies biliaires, à l'autopsie, sont des exemples de *bile incolore*. Cette opinion est très-certainement trop absolue.

Déjà Prus avait fait remarquer (3), dans un cas d'oblitération prolongée du canal cholédoque, l'existence, dans les voies biliaires, d'un liquide blanc, transparent, *insipide*, légèrement visqueux. Les faits de ce genre ne sont pas rares (4); mais il en est un, cité par Frerichs (5), qui est surtout digne d'attention à cause du soin avec lequel le liquide a été examiné. Il s'agit d'une oblitération ancienne du canal cholédoque déterminée par un cancer de la tête du pancréas. Les voies biliaires (vésicule, canaux cholédoque et hépatique) étaient dilatées et renfermaient un liquide transparent, légèrement muqueux, un peu alcalin. L'acide nitrique n'y amenait aucune réaction; il n'y existait pas trace de pigment biliaire. La réaction de Pettenkofer ne put être obtenue; il n'y avait donc pas la plus minime quantité de sels biliaires. Au microscope, on découvrit, nageant dans le liquide, un grand nombre de corpuscules muqueux. L'acide acétique fit apparaître dans ce liquide incolore, un précipité gélatineux (réaction de la mucine). Ce liquide n'était donc pas de la bile incolore : il n'en possédait aucun des caractères chimiques, ainsi que Cruveilhier l'avait déjà déclaré (1) en parlant d'un cas d'*hydropisie de la vésicule*. La bile, longtemps retenue, se résorbe et un liquide séro-muqueux, sécrété par les parois, prend sa place. Quand une semblable accumulation s'effectue dans la vésicule, on a coutume de la désigner sous le nom d'*hydropisie de la vésicule* (*hydropisis fellea*). Sous le nom d'*hydropisie des voies biliaires*, on désignerait, d'une façon générale, les cas où ces voies renferment un liquide séro-muqueux pour les distinguer de ceux où, au contraire, elles renferment de la *bile incolore*. (*A suivre*).

(1) Haspel. — *Maladies de l'Algérie*, t. I. p. 262.

(2) *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1874.

(3) Fauconneau. — Dufresne. — *La bile et ses maladies*. In *Mém. de l'Acad. de Méd.*, 1847.

(4) Voir entre autres : Moxon. — *Pathological Society*, 1870, t. XXIV, p. 129.

(5) Frerichs, *loc. cit.*

(1) *Atlas d'anat. pathologique*, 29e livraison, pl. IV.

THÉRAPEUTIQUE

Note sur le traitement de la fièvre jaune à Rio de Janeiro;

par le Dr Motta-Maia, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de *Rio de Janeiro*. (Note lue à la *Société anatomique*, janvier).

La fièvre jaune ne sévit pas constamment à Rio de Janeiro. La première épidémie bien constatée date de 1850 et fut remarquable par sa sévérité. En 1870, la fièvre apparut de nouveau, mais plus bénigne. Ordinairement, dans les mois les plus chauds, c'est-à-dire en décembre, janvier et février, se montrent des cas sévissant sur les étrangers non acclimatés, qui négligent de se soumettre à une hygiène convenable.

La fièvre jaune du Brésil et spécialement celle qui règne à Rio de Janeiro est pour nous une hépato-gastro-entérite d'origine miasmatique et analogue plus ou moins au typhus d'europe, mais cependant profondément modifiée par l'influence topographique. Cette façon d'envisager la maladie est d'autant plus importante qu'elle sert de base à notre méthode de traitement. M. de Petropolis, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Rio, pense que dans l'épidémie de 1850, la fièvre jaune a présenté tous les phénomènes ordinaires à la fièvre palustre, mais modifiés par les miasmes typhiques.

Si nous prenons en considération les conditions climatériques spéciales à Rio Janeiro, nous verrons que notre façon de considérer la maladie qui nous occupe est entièrement fondée. L'existence de grandes marées au niveau de la ville, le cercle de montagnes qui l'entoure, le défaut d'écoulement régulier des eaux qui restent stagnantes, et les vices qui existent dans l'enlèvement des immondices, sont des éléments qui concourent à donner un caractère spécial à la fièvre jaune de Rio de Janeiro. Quand pour la première fois la fièvre jaune apparut au Brésil, le traitement fut variable et incertain parce que la maladie n'était point connue. Actuellement, elle a été étudiée par un grand nombre de médecins brésiliens et son traitement peut devenir rationnel.

La fièvre jaune comporte dans son évolution, trois périodes distinctes : 1° l'inflammation; 2° l'apyretique; 3° l'hémorrhagique ou ataxo-adynamique.

(A). *Traitement de la première période*. Les manifestations organiques se modifient d'après les périodes dans lesquelles se présente la maladie, d'où les variétés dans la thérapeutique. Chez un grand nombre de malades que nous avons traités à l'hôpital de la Miséricorde de Rio Janeiro, nous n'avons jamais employé la saignée générale, et seulement dans quelques cas la saignée locale, quand des sujets jeunes et forts présentaient des symptômes d'excitation méningo-encéphalique. On sait en effet que la méthode des saignées a donné au Brésil et partout ailleurs, des insuccès nombreux (1).

Dans les premières périodes nous excitons la diaphorèse par l'acétate d'ammoniaque à haute dose, employant comme véhicule une infusion aromatique additionnée de teintures de

(1) Dutrouleau. — *Maladies des Européens dans les pays chauds*.

belladone et d'aconit. La diaphorèse établie, les purgatifs sont indiqués et surtout l'huile de ricin qui produit de larges évacuations. C'est du reste là un traitement de la première période, employé avec succès par les malades avant toute intervention du médecin. C'est guidé surtout par ces bons résultats de la méthode diaphorétique employée au début que j'ai eu l'idée d'employer à ce moment l'infusion de Jaborandi (3 grammes de feuilles pour 500 d'eau), prise d'heure en heure par petits verres.

Le premier malade pour lequel j'employai cette méthode était âgé de 18 à 22 ans et présentait tous les symptômes d'une fièvre jaune grave; la sudation, le flux salivaire, et l'émission des urines furent excités très-copieusement, je dus même suspendre l'action du médicament, le ptyalisme étant devenu continu et excessif. J'administrai ensuite l'huile de ricin et l'apyrexie se montra consécutivement dans les meilleures conditions.

J'ai également administré le jaborandi dans d'autres cas de fièvre jaune, et dans diverses maladies qui n'ont avec la fièvre jaune aucun rapport.

Je ferai reconnaître ultérieurement les résultats que m'a fourni dans ces divers cas cette méthode de traitement.

Les pédiluves sinapisés et les sinapismes volants forment le complément du traitement de la première période. Nous n'employons pas le calomel à cause de la fluidité bien connue du sang dans la fièvre jaune, de peur d'augmenter cette fluidité et de défavoriser les hémorrhagies.

(B) *Deuxième période.* — Quand la maladie marche régulièrement, et que les diaphorétiques et les purgatifs ont produit leurs effets salutaires, la seconde période s'établit sans accident. Cette période a reçu le nom d'apyrétique; en nous plaçant au point de vue thérapeutique pur, nous pourrions l'appeler *période quinique*, à cause de la constante indication du quinquina pendant sa durée. J'ai pris soin de ne pas me laisser gagner par le temps dans cette période de la maladie, dont la durée est si rapide, dans les cas graves surtout, où le malade est jeté dans l'adynamie et l'abattement mortel au bout d'un temps très-court, sans qu'il soit possible de combattre les symptômes ataxo-adynamiques une fois qu'ils se sont établis. C'est donc dans cette période qu'il faut admistrer le sulfate de quinine à haute dose, n'en donnant jamais moins de 2 à 4 grammes en vingt-quatre heures dans une infusion forte de café, ou dans la limonade sulfurique, ou enfin dans l'eau de tilleul ou de fleur d'oranger acidifiée. Il faut dire que pris dans l'infusion chaude et sucrée de café, le sulfate de quinine est mieux supporté. On combat la soif par les boissons acidules, la limonade ou l'orangeade simples ou glacées, et les doses de sulfate de quinine doivent être répétées pendant 3 ou 4 jours en diminuant graduellement ces doses.

Quelques praticiens Brésiliens ont administré contre l'état saburral ordinaire à la 2e période, l'ipéca seul ou associé au tartre stibié.

Nous avons renoncé à cette médication par crainte de l'action débilitante des vomitifs, et aussi pour ne perdre aucun temps dans l'administration du quinquina, que nous considérons comme spécifique dans la fièvre jaune.

Dans la 2e période quand l'état saburral persiste et que le malade rejette le sulfate de quinine par le vomissement, nous administrons de nouveau ce médicament à haute dose et en lavements. A l'intérieur nous prescrivons la magnésie et le sirop d'écorce d'oranges ou de camomille, puis l'eau de Vichy ou l'eau de Seltz comme boisson ordinaire. Si la maladie tend à se terminer favorablement ce traitement suffit pour conduire le malade à la convalescence.

Cependant quelquefois la persistance des vomissements vont troubler l'administration des médicaments précités. Pour les combattre, nous employons, avec succès, la teinture de noix vomique, ou l'acide purique, 5 centigrames en solution dans la magnésie fluide de Murray. L'application d'un petit vésicatoire à l'épigastre, constitue aussi quelquefois un moyen précieux d'arrêter les vomissements. Quand la maladie tend à la terminaison fatale, le malade tombe dans une adynamie profonde, les épistaxis, les hématuries, les melaena, le flux de sang par le grand angle de l'œil, etc., l'affaiblissent considérablement. Les urines sont très-rares et disparaissent complétement en quelques heures, l'anurie complète s'établit dans les cas graves dans la première période, et constitue un signe pronostique d'une haute gravité. En pareil cas toute la médication se résume en des indications toniques, vins généreux, eau d'Angleterre, infusions et lavements amers et glace; quand le hoquet se montre persistant. Ordinairement malgré tout, la maladie se termine dans ces cas par la mort, en 24 à 36 heures.

Cependant, il faut dire que parfois tout cet appareil symptomatique s'atténue peu à peu pour céder la place à un ictère intense accompagné de parotides, qui sont parfois critiques et précèdent l'établissement de la convalescence. Si, au moment où les hémorrhagies diminuent et où l'ictère se produit, le malade est soumis à un régime diététique convenable, la guérison a lieu, mais la convalescence se prolonge presque toujours pendant 20 à 30 jours.

Dans tous les cas où nous avons vu la parotide suppurer, nous avons eu le plaisir de constater ultérieurement la guérison du malade. Cette suppuration parotidienne est donc un signe pronostique favorable.

Les embrocations froides ont été employées avec succès par le docteur Currie à Liverpool et Gianini à Milan. A Rio, M. le professeur D. Petropolis a employé en 1850, à l'hôpital N. D. de santé, cette méthode de traitement dans 190 cas dont il a vu guérir 36 seulement.

Actuellement il n'existe pas, à Rio, comme on le croit généralement, de fièvre jaune à l'état endémique, et nous espérons qu'il n'en survieudra point d'épidémie, grâce aux précautions prises par le comité d'hygiène publique.

Nous devons enfin noter que la fièvre jaune fait surtout des victimes parmi les étrangers des classes inférieures nouvellement arrivés au Brésil, et qui y font ordinairement toutes sortes d'excès. Dernièrement le gouvernement a résolu d'envoyer, à ses frais, dans l'intérieur des terres, tous les colons arrivés au Brésil pendant la saison chaude, et cette pratique a commencé a donner déjà d'excellents résultats.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

La collation des grades (*Suite*).

Cherchant en dehors de tout parti-pris le moyen pratique, s'il en est, de concilier la liberté de l'enseignement avec la nécessité généralement admise du diplôme professionnel, nous avons été amenés à rejeter successivement le jury mixte, le jury nommé par l'Etat et le jury composé de professeurs, pour conclure à la séparation du corps enseignant et du corps examinant. On a pu s'apercevoir que cette conclusion nous ne la cherchions pas de dessein prémédité, que nous en aurions préféré une autre plus conforme aux principes. Elle s'est imposée à notre esprit, comme la conséquence nécessaire des conditions du problème. En sa faveur nous pourrions, après bien d'autres, faire ressortir tous les avantages qu'elle présente en elle-même, ses vertus intrinsèques. Nous ne le ferons pas, croyant qu'abstraction faite de la collation des grades, cette mesure est acceptée de presque tout le monde. Mais jugée en théorie, en principe seulement, et même singulièrement comprise par quelques-uns. Ainsi, tel qui l'appelle une mesure NÉCESSAIRE, et la rattache à l'un des principes généraux de notre législation, celui de la séparation des pouvoirs, ne trouve d'autre moyen de la réaliser, que de faire entrer dans le jury distinct du corps enseignant les professeurs des unes et des autres Facultés. Si c'est ainsi que les partisans du système de la séparation l'entendent en pratique, autant s'en tenir aux articles 13 et 14. D'autres, il est vrai, l'accepteraient dans toute sa vérité. Séparer le

corps enseignant du corps examinant, c'est très-bien, disent-ils, la mesure a toute notre approbation, mais elle fait jusqu'ici songer à la jument de Roland. La pauvre bête avait toutes les qualités imaginables, seulement elle était morte. Le nouveau corps examinant présentera toutes sortes d'avantages, mais il est à naître. Comment le recruter? Les éléments en existent-ils?

Avant de répondre, une observation préalable. Il doit être bien entendu qu'on raisonne d'après la situation actuelle, qu'on prend pour point de départ l'organisation actuelle de l'enseignement médical en France, et qu'il s'agit d'une question essentiellement contingente dont certaines réformes, faciles à imaginer, pourraient modifier la solution, si même elles ne lui enlevaient tout intérêt. Nous ne tiendrons compte que d'une hypothèse dont la réalisation est demandée de tous côtés, l'introduction de l'enseignement libre dans la Faculté.

M. Richelot (1) exprime ainsi le principe d'après lequel doit être institué le jury d'examen : « Un jury nommé par l'Etat, représentant l'Etat, n'ayant aucune attache avec un corps enseignant quelconque, soit officiel soit libre, et réunissant à la compétence la plus parfaite, la plus complète indépendance. — Nous acceptons cette formule générale, sauf un point : la nomination directe par l'Etat ; on sait pourquoi. Qu'il se présente sous les apparences du Ministre, du Conseil supérieur de l'instruction publique, ce bloc enfariné ne nous dit rien qui vaille. Maintenant comment faire passer dans la pratique cette formule générale? Là est le problème.

On chercherait vainement, croyons-nous, un ensemble de dispositions pouvant s'appliquer toujours et partout sur toute l'étendue du territoire. C'est pourtant ce qu'on a fait jusqu'à présent, entraîné par l'amour de l'uniformité. Nous procéderons autrement, pensant que les moyens doivent varier avec les circonstances, et à plus forte raison, avec le but à atteindre. Or, on oublie trop qu'il n'y a pas seulement en France des Facultés, mais aussi des Ecoles préparatoires, que les candidats se présentant au jury d'examen, les uns aspireront au grade de docteur, les autres se contentant du titre d'officier de santé. Il est évident que jusqu'à la suppression des officiers de santé, cette différence dans les titres demandés permet d'établir une différence dans la composition du jury d'examen. De même, les éléments capables de fournir des jurys compétents n'étant pas les mêmes à Montpellier, à Nancy et à Paris, il faudra tenir compte de ce fait dans les dispositions applicables à chacune de ces Facultés.

Pour Paris, il n'y a pas la moindre difficulté. Même en écartant ceux qui professeront à un titre quelconque, professeurs, agrégés ou *privat docenten*, il est facile de recruter le jury. En choisissant dans les Académies, dans les Sociétés savantes, parmi les praticiens de la ville, les médecins des hôpitaux, et parmi ceux des agrégés qui ne feraient pas de cours, on peut s'assurer un nombre considérable d'hommes parfaitement compétents et indépendants. La présence des membres du jury sortant des corps savants serait une garantie pour le maintien du niveau des études et celle des praticiens de l'aptitude professionnelle du candidat. Quant au mode de nomination, il doit, en sauvegardant l'indépendance et l'impartialité du jury, laisser à l'Etat le droit d'investiture, puisque ce jury exercera des fonctions qui appartiennent à l'Etat. La nomination par l'Etat, sur présentation par les corps savants et par la corporation médicale nous paraîtrait satisfaire à cette double condition. Ainsi donc, d'une façon générale, l'Académie de médecine, l'Académie des sciences, certaines sociétés savantes s'occupant des branches de la science afférentes à la médecine, le corps des médecins et chirurgiens des hôpitaux, les sociétés d'arrondissement des médecins de Paris, dresseraient dans des proportions à déterminer, par voie d'élection, des listes d'examinateurs qui devraient comprendre un assez grand nombre de noms pour permettre d'organiser un certain roulement. La durée des fonctions de ces examinateurs, pourrait être limitée à six ans par exemple, avec faculté de réélection.

Pour les Facultés de province, on ne saurait plus compter sur les mêmes ressources, du côté des Sociétés savantes. Cependant on ne serait pas absolument dénué. On ferait appel aux Sociétés qui existent dans les circonscriptions de ces Facultés, aux Facultés des sciences qui possèdent des docteurs en médecine ; il serait permis aux membres des corps savants de Paris d'accepter l'élection.

Avec tous ces éléments, on arriverait certainement à grouper un nombre suffisant de personnes très-capables d'empêcher de tomber le niveau scientifique. Quant aux praticiens distingués, qui fourniraient eux aussi de véritables savants, le nombre en est grand en province. On n'aurait que l'embarras du choix et les Sociétés départementales, groupées par région autour de chaque Faculté, fourniraient certainement des listes n'ayant que peu de chose à envier à celle de Paris. La durée des fonctions pourrait d'ailleurs être prolongée et le roulement supprimé ou ralenti. On objectera peut être que l'éloignement pourrait empêcher d'accepter ces fonctions ; nous croyons, au contraire, que l'honneur de faire partie du jury serait fort recherché, quand même le déplacement ne serait pas indemnisé, comme il doit l'être, par les frais d'examen.

C'est en raison surtout de la plus grande difficulté de recruter en province un nombre suffisant de ceux que, faute d'un autre mot, nous appellerons des savants pour les distinguer des praticiens que nous avons rappelé l'existence des officiers de santé. Pour constater qu'ils possèdent les connaissances pratiques exigées d'eux, un jury composé seulement de praticiens suffirait, en suppposant même, que parmi ces derniers, chose improbable, il ne se trouvât jamais de savants. On pourrait ainsi décharger ceux-ci de la besogne qui incombe aujourd'hui aux écoles préparatoires et la laisser aux jurés praticiens élus, par les sociétés de médecine des départements relevant de l'Ecole.

On objectera peut-être, avec le Temps, qu'un bon examinateur, en dehors de la compétence, n'acquière ses qualités que par la pratique constante de l'enseignement, et qu'elle fera défaut à nos jurys. Si l'argument était juste, il ne vaudrait pas seulement pour les Facultés de médecine. Ce serait partout qu'il faudrait confondre le corps examinant et le corps enseignant. Heureusement, il n'est que spécieux. Si, dans les autres Facultés, dans les lettres, les juges ont un talent spécial pour examiner, ils le doivent moins à ce qu'ayant été pour la plupart professeurs dans les lycées, ils y ont appris à interroger. En fait de méde-

(1) *Union médicale*, 29 avril.

cine, il en est autrement. Le professeur est obligé d'acquérir l'art d'examiner, comme le sera le jury élu ; la toge ni l'élection n'ont le pouvoir d'en douer miraculeusement personne.

Si nous ne nous faisons illusion, ce système répond aux desiderata du problème. Elu sous diverses formes par la corporation médicale, investi par l'Etat, ne se rattachant à aucun corps enseignant, le jury que nous proposons serait, il nous semble, indépendant, compétent et impartial. Il aurait, en outre, et ce ne serait peut-être pas le moindre de ses mérites, le résultat inévitable d'éveiller entre les médecins de la province une émulation salutaire, d'entretenir parmi eux l'amour de la science, de les inviter à produire des travaux scientifiques, qui leur créeraient des titres au choix de leurs confrères, au lieu de venir, comme aujourd'hui, s'enfouir sans résultat pour eux dans le carton aux communications de l'Académie de médecine.

E. T.

M. le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris.

Un fait des plus regrettables, qui a ému péniblement les nombreux étudiants qui en ont été témoins, s'est produit hier à la Faculté de médecine de Paris. Voici le récit sommaire de ce fait tel qu'il nous a été communiqué par des personnes parfaitement dignes de foi.

Un étudiant en médecine, interne à l'Hôtel-Dieu, M. X. a été gravement et publiquement insulté par M. Pinet, le secrétaire de la Faculté.

Cet étudiant se tenait auprès de la salle du secrétariat tournant le dos à la porte, quand survint le secrétaire suivi d'un des professeurs agrégés les plus sympathiques de la Faculté. Le secrétaire, trouvant que M. X... ne se dérangeait pas assez vite de sa route fit voler son chapeau dans la cour de l'école, tout en l'apostrophant vivement de la façon la plus.... regrettable, se servant d'expressions difficiles à reproduire.

Puis sa colère augmentant il appela un des appariteurs pour faire jeter M. X... à la porte de l'école, menaçant de le faire arrêter s'il n'obtempérait sur le champ à cet ordre. L'étudiant qui avait gardé son sang-froid se retira dans la cour, entouré de ses collègues, qui blâmaient hautement de pareils procédés. A ce moment le secrétaire, dont la colère ne faisait que s'accroître, reparut et demanda violemment à M. X... sa carte d'étudiant. Apprenant alors que M. X... était interne des hôpitaux et que par conséquent il saurait mieux faire se rendre justice qu'un étudiant dont les relations sont moins étendues, il a cherché à atténuer, par des excuses tardives la gravité de sa manière d'agir.

Nous jugeons inutile d'insister sur l'inconvenance et la brutalité de la conduite du secrétaire de la Faculté, car nous avons la ferme conviction que M. le Doyen, qui se préoccupe avec tant de zèle et de bienveillance des intérêts des étudiants en médecine et qui sait aussi, comme médecin des hôpitaux, que les internes comptent au premier rang des étudiants qui font le plus d'honneur à la Faculté de Paris, saura exiger de son subordonné une réparation proportionnée à la gravité de l'injure.

B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance 13 du mai 1876. — PRÉSIDENCE DE M. Cl. BERNARD.

M. CHATIN fait une communication sur l'organe visuel chez les invertébrés.

M. SÉNAC-LAGRANGE dépose sur le bureau un travail sur certains accidents dans les maladies constitutionnelles, observés à Cauterets. Il insiste sur les caractères de la bronchite arthritique, affection essentiellement chronique avec phénomènes de congestion, emphysème et dilatation assez fréquente du cœur. Cette complication n'est pas toujours une contre-indication de l'emploi des eaux sulfureuses. Du reste, il ne faut traiter la bronchite arthritique qu'avec prudence. M. Sénac-Lagrange a vu la guérison trop brusque suivie d'un rhumatisme génital intense qui ne disparût que pour faire place à un eczéma aigu.

M. MARTIN fait une comunication sur la composition élémentaire des spermatozoïdes.

M. BADAL donne la démonstration de la proposition suivante : Quand deux points lumineux donnent lieu à des cercles de diffusion qui se touchent, la distance entre ces 2 points est égale au diamètre de la pupille.

La société procède à l'élection d'un membre titulaire M. BOCHEFONTAINE est élu.

L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 mai. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. LABOULBÈNE donne lecture du discours qu'il a prononcé mercredi dernier sur la tombe du professeur Béhier.

M. POGGIALE lit, au nom de M. Jacquemin, membre correspondant, une note sur *l'application du réactif ferroso-pyrogallique au dosage des bicarbonates dans les eaux.*

M. LEVEN lit une note sur la *dyspepsie.* L'anatomie pathologique de la plupart des maladies stomacales est impossible à faire chez l'homme, à cause de la rapidité extrême avec laquelle la muqueuse de l'estomac s'altère spontanément après la mort. Mais on peut remplacer les examens cadavériques par l'expérimentation physiologique sur les animaux. Chez le chien par exemple, dont l'estomac offre la même structure et les mêmes usages fonctionnels que celui de l'homme, l'ingestion de certains aliments, et entr'autres de la graisse, provoque des lésions irritatives qu'il est facile de surprendre en tuant les animaux quelques heures après leur repas. L'expérimentation a conduit M. Leven à pouvoir affirmer que la dyspepsie est toujours liée à des lésions inflammatoires de la muqueuse stomacale.

M. BLOT communique à l'Académie la partie scientifique du rapport de la commission des récompenses à décerner aux propagateurs de la vaccine. — L'Académie se forme en comité secret à 4 heures 1/2.

M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 4 février 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Pyélo-néphrite double. — Infection purulente. — Hémorrhagie méningée; par M. LÉGER, interne des hôpitaux.

Le 13 janvier 1876, un jeune homme de 14 ans était apporté sur un brancard à la consultation de M. le Dr Bucquoy, et à son entrée on était frappé de son aspect typhique très-prononcé. Les parents du malade disaient qu'il n'était souffrant que depuis 5 ou 6 jours, et qu'au début il avait uriné du sang.

Le soir, à la visite, on le trouve dans le coma, la tête rejetée en arrière par la contracture des muscles de la région postérieure du cou, les membres un peu raides et les pupilles dilatées. Pas de paralysie en aucun point, sensibilité intacte. Pouls rapide, inspirations très-fréquentes, murmure vésiculaire bruyant, couvrant les bruits du cœur, quoique sans râles. Temp. 41°, 6

Langue sèche, un peu noire, lèvres aussi couvertes de mucus coloré par un peu de sang. Ventre rétracté, pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite. Il n'y a pas eu de selles depuis son entrée. On n'aperçoit aucune tache rosée.

On remarque que la pression sur les flancs et en arrière, sur chacune des régions rénales provoque des signes assez accusés de douleur. Les urines donnent un précipité abondant d'albumine. On ne recherche pas avec l'ammoniaque si elles contiennent du pus. — Mort du malade dans la soirée.

AUTOPSIE. Le paquet intestinal est transformé en une masse par des adhérences péritonéales — *Reins.* Le droit est volumineux, lisse, et se décortique assez facilement Sa surface présente une multitude de points jaunes, saillants, gros comme une tête d'épingle. La coupe montre les deux substances bien

distinctes l'une de l'autre. La substance corticale est pâle jaunâtre. Les pyramides présentent çà et là quelques points jaunes analogues à ceux de la surface. Enlevé à la pointe d'un scalpel, un de ces points laisse comme une petite cavité lisse paraissant due à une dilatation d'un tube de Bellini. Porté sous le champ du microscope, il est constitué par des globules de pus. En bas de ce rein, à la place de la dernière pyramide existe une loge du volume d'une bille, à parois fibreuses, épaisses et adhérentes au parenchyme voisin, à contenu purulent un peu concret. L'uretère de ce côté est très-dilaté, épaissi, et sa muqueuse injectée est recouverte de muco-pus.

Le rein gauche très-petit, mamelonné par des sillons fortement accusés ne peut être décortiqué. Sa coupe montre qu'il est converti en vacuoles de dimensions variable assez grandes pour la plupart, régulières, sphériques, formées par une coque résistante, fibreuse, analogue à celle de la cavité creusée dans l'extrémité inférieure du rein droit. Ces loges sont remplies les unes par un liquide blanchâtre, lactescent, les autres par une espèce de mastic assez consistant, formé de pus concret. — L'uretère de ce côté n'est pas dilaté, seulement un peu épaissi.

La vessie renfermait une urine glaireuse, sanguinolente, mais ne contenait aucun calcul. Sa muqueuse, un peu arborisée était presque normale. Au niveau du col, on remarque à la partie postérieure une espèce de valvule formée par la muqueuse et une partie des tissus sous-jacents, retenue à ses deux extrémités par sa continuation avec la muqueuse uréthrale et à son milieu par le veru montanum qui détaché à sa base, adhérant encore seulement par son extrémité uréthrale, ressemble à un pilier du cœur. Si la valvule était détachée de ce veru montanum elle serait tout à fait comparable à une valvule sigmoïde. De plus, de l'extrémité droite de la valvule part une bride fibreuse recouverte par la muqueuse et aboutissant à l'attache du veru montanum sur la valvule, cette bride flottant parallèlement au bord libre de celle-ci, n'adhère que par ses deux extrémités. L'opercule que nous venons de décrire recouvre une cavité en cul-de-sac creusée dans l'épaisseur de la prostate, séparée en avant de la vessie simplement par l'épaisseur des parois de cet organe, en arrière de la face antérieure du rectum par une mince couche de tissu prostatique respecté ; son intérieur pouvant contenir une noisette, ne renfermait aucun liquide ni aucune substance concrétée. — Les vésicules séminales, les testicules ne présentaient aucune altération.

Telles sont les lésions que nous pensons primitives.

De plus, le foie d'un rouge brun présente sur sa face convexe un piqueté produit par des taches de la dimension d'une lentille et tranchant par leur couleur blanchâtre sur le fond rouge du foie. Une seule de ses taches s'enfonce dans le parenchyme où elle offre le même aspect pâle et uniforme. Toutes les autres sont superficielles, sous-jacentes à la capsule fibreuse. Examinées au microscope à l'état frais, elles sont constituées par des globules de pus.

Le *cœur* présente sur la face antérieure une plaque de péricardite de la dimension d'une pièce de 5 francs. Les cavités paraissent saines au premier abord, mais en regardant très-attentivement, on voit sur la face postérieure du ventricule gauche deux ou trois saillies du volume d'une pointe d'épingle, acuminées, blanchâtres, une ou deux existent aussi sur la colonne charnue interne de cette cavité. Dans le ventricule droit on n'en remarque guère qu'une, située vers l'infundibulum, à sa partie postérieure. La plus marquée est celle qui est située au sommet et en arrière de la colonne charnue du ventricule gauche, presque au niveau du point de départ des cordages tendineux. Une de ces petites saillies, piquée avec la pointe d'un scalpel laisse échapper une gouttelette jaunâtre uniquement constituée par des globules de pus. Ces lésions ne peuvent donc être que des abcès miliaires sous-endocardiques. Les valvules aortiques seules sont un peu épaissies. Les *poumons* sont sains et ne présentent ni trace d'abcès métastatiques ni trace de tubercules.

Le *cerveau* a ses méninges injectées, un peu louches par places. Du côté gauche deux points sont manifestement plus injectés en avant et en bas de la scissure de Rolando, ainsi qu'en arrière et en haut de cette scissure. Au niveau de ces points la section du cerveau fait voir deux petites cavités indépendantes, grosses comme la pulpe de l'index, et communiquant avec l'espace sous-méningé correspondant. Un peu de la substance de ces foyers, examinée à l'état frais, était constituée par des globules sanguins, des tubes nerveux très-sains et ne présentant aucune trace de corps granuleux.

Le lobe droit présentait vers sa partie moyenne, derrière la circonvolution pariétale ascendante, un foyer identique mais plus circonscrit.

Intrigué par ces faits complexes, nous avons pu interroger les parents de cet enfant. Il avait habituellement une bonne santé Deux années avant il avait presque soudain été pris d'envies très-fréquentes d'uriner, sans qu'il y avait jamais eu d'hématuries. Il fut traité alors en vue d'un calcul, le cathétérisme n'avait à plusieurs reprises donné que des résultats négatifs, et sa position s'était cependant améliorée à l'aide d'un traitement médical. Depuis, il travaillait sans se plaindre, quand huit jours avant son entrée à l'hôpital, après un peu d'anorexie éclata tout à coup une fièvre vive avec céphalalgie violente et léger délire nocturne. Il urinait en même temps du sang. C'est après quelques jours d'attente qu'on l'avait apporté à l'hôpital où il est mort le soir même de son entrée.

L'altération rénale trouvée à l'autopsie est certainement très-ancienne et doit remonter, dans son début, à l'affection qu'il a présentée deux années auparavant.

Peut-être alors a-t-il eu un abcès prostatique auquel se rattacheraient la valvule du col vésical et la cavité sous-jacente creusée dans l'épaisseur de la prostate, et de cette lésion est-il résulté une double pyélo-néphrite à marche sourde jusqu'au jour où ont éclaté les désordres terminaux.

Ces derniers peuvent s'expliquer par une infection purulente partie de la lésion rénale et dont les manifestations ont porté exclusivement sur le cœur et sur le foie en respectant contre la règle le parenchyme pulmonaire. Il reste à trouver la cause de cet abcès prostatique que nous sommes portés à admettre pour expliquer les lésions de la portion supérieure du canal de l'urèthre. Peut-on dire que cet enfant était tuberculeux ? C'est difficilement admissible ; car les poumons ne présentaient aucune trace de granulations, les intestins et les méninges n'en contenaient pas non plus ; les vésicules séminales et les testicules étaient sains. Le canal déférent seul n'a pas été ouvert dans sa longueur.

Peut-être on peut accuser le cathétérisme pratiqué au début de ces accidents. — Enfin, les symptômes de la fin qui ont amené rapidement la mort se rattachent à l'hémorrhagie méningée, pour laquelle on ne peut proposer d'explication pathogénique bien satisfaisante.

2. Tumeur du testicule. — Sarcôme alvéolaire : par MAURICE LETULLE, interne des hôpitaux.

L** Abel, 40 ans, entre le 20 janvier 1876, à la Charité (service de M. le professeur TRÉLAT), pour une tumeur du testicule droit, dont il veut être débarrassé. On trouve, au-dessous des téguments sillonnés par quelques larges veines dilatées et flexueuses, mais sains et parfaitement mobiles sur les parties profondes, une tumeur assez régulièrement piriforme, à grosse extrémité inférieure, qui ne mesure pas moins de 12 centimètres dans son diamètre vertical.

Appendue aux éléments du cordon au-dessous de l'orifice cutané du canal inguinal dont elle reste distante de 4 à 5 centimètres, elle offre dans toute sa surface des caractères bien différents au point de vue de la forme, de la consistance, et des sensations éveillées chez le malade par un examen méthodique.

Face antérieure : surface lisse, unie, régulière, dépressible, élasticité et fluctuation dans presque toute l'étendue de cette face.—La face postérieure, au contraire, offre une consistance dure; bosselée, irrégulière, elle paraît formée à sa partie supérieure par une masse dure et résistante qui rappelle le corps épididymaire considérablement augmenté de volume. L'extrémité supérieure est occupée par une masse arrondie et bosselée en arrière de laquelle on reconnaît le canal déférent implanté

dans la tumeur. C'est à ce niveau que la palpation éveille une douleur assez vive. Le reste de la tumeur est peu sensible. En aucun point on ne provoque la sensation testiculaire. Aucune transparence même au niveau de la région fluctuante. Quelques irradiations douloureuses dans la région lombaire, et parfois même jusqu'au creux axillaire. Le canal déférent avant son entrée dans la paroi abdominale paraît un peu plus volumineux, plus sensible qu'à gauche. Rien dans l'aine, pas de tumeur gangliomaire dans l'abdomen. Marié, n'a pas eu d'enfants. Depuis un an les désirs sexuels ont considérablement diminué. bien que les rapports soient aussi agréables que par le passé.

Les autres organes paraissent parfaitement sains. Les antécédents présentent quelque intérêt : il y a vingt ans, une blennorrhagie, accompagnée de deux petites érosions sur le gland, érosions qui n'ont d'ailleurs duré que quelques jours, une épididymite à droite vint compliquer l'écoulement uréthral Depuis lors, jamais la moindre manifestation syphilitique. Sa mère est morte d'un cancer utérin, point important à noter.

Jusqu'à il y a environ un an, il s'était toujours bien porté. Tout au plus s'était-il aperçu depuis quelque temps que son testicule droit était un peu plus gros. lorsque presque subitement un soir, après une journée de grande fatigue, il éprouve une pesanteur considérable avec sensation de tension dans les bourses. En trois ou quatre jours, s'il faut en croire ses renseignements, la moitié droite du scrotum acquiert les deux tiers du volume qu'elle a aujourd'hui : pas de vomissements, ni de fièvre, pas de tuméfaction inflammatoire des bourses à ce moment. C'est depuis quatre mois environ que la tumeur a atteint les dimensions actuelles. Par le repos au lit, la tumeur diminua rapidement, le liquide de la vaginale disparut en partie.

2 *février*. Castration ; section du pédicule avec l'anse galvano-caustique. — Deux hémorrhagies se produisent dans la soirée. Le 5 février, troisième hemorrhagie; depuis cette époque, la cicatrisation s'est faite rapidement sans accident, et le 16 mars, le malade partait complétement guéri.

L'*examen de la tumeur* montre une masse piriforme, à grosse extrémité inférieure, assez régulière, d'une consistance à peu près égale, sauf en arrière où la dureté est beaucoup plus prononcée qu'en avant sur une coupe antéro-postérieure.

On constate que la totalité de l'organe est envahie par un néoplasme bridé encore par la tunique albuginée. La cavité vaginale contient une petite quantité de liquide citrin. La vaginale est dure, épaissie, fibreuse. La tunique albuginée paraît considérablement épaissie et est débordée sur la coupe par la tumeur qu'elle comprimait.

La région testiculaire ou inférieure de cette néoplasie est parsemée à sa périphérie d'un nombre considérable de noyaux jaunâtres, arrondis, du volume d'une lentille, séparés par un tissu rose pâle, humide, vaguement mamelonné et traversé en tous sens par des tractus blanchâtres, déprimés sur la coupe et d'aspect fibroïde. Le centre même de cette partie inférieure de la tumeur est occupé par une masse jaunâtre, élastique, mollasse, rappelant assez volontiers sur la coupe une fausse membrane épaisse. Dans cette masse jaune, pâle, les tractus fibreux se reconnaissent encore; elle est circonscrite d'ailleurs par un bord déchiqueté, rougeâtre, où se sont produits de petits foyers d'hémorrhagie.

Le reste de la tumeur offre une teinte rosée plus vive qui tranche sur l'aspect pâle et jaunâtre de la moitié inférieure. A ce niveau, le néoplasme est sillonné par des tractus d'un blanc presque nacré, irrégulièrement distribués, et qui, rapprochés les uns des autres paraissent circonscrire des aréoles inégales. On retrouve également ici, disséminés jusqu'au sommet même quelques noyaux jaunes, arrondis, entourés par de petites zones hémorrhagiques. Le canal déférent se perd aussitôt dans la masse épididymo-testiculaire.

L'examen histologique, fait par M. Malassez, a révélé la nature de cette tumeur dont la marche a été si rapide. La glande testiculaire est partout envahie, et sur les différentes coupes on n'a pu retrouver les éléments normaux de l'organe.

La tumeur est essentiellement constituée par deux éléments : 1° des tractus fibreux, qui affectent ici une disposition spéciale ; 2° des cellules arrondies, de deux espèces, les unes grosses, les autres beaucoup plus petites.

Les tractus fibreux forment des faisceaux plus ou moins épais dont les bords paraissent avoir une grande tendance à limiter des alvéoles.

Au milieu même des éléments de ce tissu fibreux fasciculaire, on aperçoit des cellules petites, arrondies, plus ou moins abondantes suivant les points.

Dans les espaces interfasciculaires, dans ces sortes d'alvéoles mal limités, on trouve les larges cellules arrondies, accumulées en grand nombre. Mais dans l'intérieur de ces alvéoles il n'y a pas la moindre apparence de tissu conjonctif réticulé. Sur les différentes prépartions, on voit distinctement des vaisseaux de nouvelle formation, limités par des cellules embryonnaires. Les points jaunâtres sont constitués par les éléments néoplasiques ayant subi la régression granulo-graisseuse. Cette disposition alvéolaire imparfaite du tissu fibreux, l'existence de vaisseaux jeunes dans l'épaisseur même du néoplasme ayant permis de rejeter l'hypothèse d'un carcinome et l'absence de tissu conjonctif réticulé entre les grosses cellules, ayant prouvé qu'il ne s'agit point d'un lymphadenome, on a pu conclure au diagnostic *fibro-sarcome* avec tendance à la disposition alvéolaire, variété de tumeur désignée par Billroth sous le nom de *sarcome alvéolaire*.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante à plus d'un titre : 1° le début si rapide en apparence de la tumeur, et, rattaché par le malade à un accident, alors que le néoplasme avait déjà, depuis un temps qu'on ne saurait fixer commencé à envahir le testicule. 2° l'absence de douleurs, la marche assez rapidement progressive pour avoir, en un an, complétement transformé tout l'organe. 3° Un état diathésique héréditaire dans l'histoire du malade dont la mère est morte d'un cancer utérin. 4° le diagnostic qui, après avoir éliminé l'hypothèse d'une hématocèle, grâce aux caractères de la tumeur, s'est rattaché à l'existence d'un néoplasme envahissant rapidement le testicule.

M. Després.— Il est probable que le cancer a débuté ici par l'épididyme; en pareil cas la présence d'une quantité notable de liquide dans la tunique vaginale est la règle.

3. Suites de l'ablation d'un testicule cancereux : Récidive dans la cicatrice ; généralisation aux ganglions lombaires, au foie, aux poumons et au sein droit ; par Moutard-Martin, interne des hôpitaux.

Le 10 janvier 1876, entrait à la Charité, dans le service de M. Gosselin, salle Sainte-Vierge, n° 25, le nommé Malon, âgé de 38 ans. Cet homme se plaignait de vives douleurs au creux épigastrique, il accusait un amaigrissement notable, mais il n'avait ni vomissements, ni jaunisse. L'examen du malade révélait les signes suivants : 1° au creux épigastrique, on sentait un plan résistant, *lisse*, uni, dont la limite inférieure révélée par la percussion et la palpation, descendait à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; il était impossible d'y constater l'existence de saillies ou de mamelons d'un volume quelconque. La limite supérieure était celle d'une ligne horizontale passant par le mamelon du sein droit. Cette tumeur fut rapportée au foie. 2° Au sein droit, on trouvait sous le mamelon une petite tumeur arrondie, dure, adhérente à la face profonde de la peau. L'aisselle n'offrait aucun engorgement ganglionnaire. 3° Dans la fosse iliaque gauche, il était facile de reconnaître la présence d'un ganglion du volume d'une noix. 4° Au côté gauche du scrotum, existait une cicatrice allongée, au bas de laquelle on rencontrait une petite tumeur du volume d'une noisette, plutôt molle que dure, adhérente à la peau.

La cicatrice était consécutive à l'ablation d'un testicule cancéreux faite vers le milieu de novembre 1875. La tumeur du scrotum était une récidive dans la cicatrice même ; le diagnostic était dès lors facile : le sein droit, le foie, un ganglion iliaque, et à plus forte raison les ganglions lombaires (bien qu'inaccessibles à notre examen) étaient le siége d'une généralisation. Il n'existait d'ailleurs aucun épanchement dans la cavité péritonéale, et aucun phénomène stéthoscopique particulier ne se passait du côté du poumon; seulement

le malade avait une douleur très-violente dans l'épaule droite.

Des cataplasmes et des injections de morphine faisaient les frais de la thérapeutique, et les sclérotiques du malade prenaient peu à peu une teinte subictérique, lorsque subitement il fut pris, le 17 au matin vers 10 heures, d'une douleur atroce dans le flanc droit. Le malade était à genou sur son lit, haletant, il se tordait ; je lui fis aussitôt une injection de morphine qui calma bientôt la douleur. Je pensais qu'il y avait eu rupture dans le péritoine d'un noyau cancéreux du foie.

A partir de ce jour, la teinte ictérique du malade se prononça de plus en plus, il se déclara de l'ascite qui augmenta dans la dernière semaine, et le malade fut maintenu dans une somnolence presque continuelle par des injections de morphine qu'il réclamait avec insistance jusqu'au 1er février, jour où il succomba. Dans cette période il n'y eut rien de remarquable que les phénomènes suivants : à partir du 20 janvier, on put sentir au creux épigastrique une bosselure qui s'y développa en ce moment, et dont le volume s'accrut rapidement : elle paraissait dure et avait une large base. L'ascite augmenta, et les membres inférieurs s'œdématièrent. Le 25 et le 26 janvier, le malade rendit quelques crachats striés de sang ; aucun phénomène caractéristique d'auscultation ne se passait, soit dans la plèvre soit dans le poumon. Ces crachats firent admettre dans le poumon une généralisation probable du produit cancéreux. L'urine ne contint jamais ni bile ni albumine.

Autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une grande quantité de sérosité sanguinolente. On voit alors que le foie offre un volume énorme : il occupe toute la partie sus-ombilicale de l'abdomen, et présente des saillies arrondies, à base large, plates, molles. Le mamelon que l'on sentait au creux épigastrique du vivant du malade, a été ouvert par l'incision des téguments, il s'en est écoulé une bouillie diffluente, et la tumeur s'est affaissée. Le diaphragme est adhérent à la face supérieure du foie qui est devenue en même temps face antérieure, car c'est elle que l'on aperçoit à l'ouverture de l'abdomen. De chaque côté du foie à droite, entre la grosse extrémité et le diaphragme, à gauche, entre la petite extrémité et la rate, on remarque un bourgeon vasculaire, sorte de fongus qui fait hernie hors de la substance hépatique et dont le volume égale celui d'un œuf. Ces fongus sont affaissés ; il paraît rationel d'attribuer à leur apparition la douleur vive de péritonite survenue le 17 et à leur existence l'épanchement de sérosité sanguinolente dans le péritoine. Le poids du foie est de 6200 grammes, son lobe droit est en quelque sorte remplacé par une tumeur mollasse qui donne la sensation de fluctuation : cette masse molle paraît avoir 10 centimètres de diamètre. Une coupe est faite à ce niveau : on y trouve une substance jaune, mollasse, diffluente ; par place il y a du sang épanché par hémorrhagies. D'autres coupes montrent en d'autres points de véritables hémorrhagies ; le volume des noyaux cancéreux est variable, mais tous sont de consistance molle. Les veines sus-hépatiques renferment de la matière cancéreuse dans le calibre de leur conduit. Aucune trace de lymphangite cancéreuse ni sur le diaphragme, ni sur la plèvre (qui, à droite, adhère en deux points au diaphragme). Néanmoins, il existe des noyaux cancéreux dans les deux poumons : ces noyaux sont tous rapprochés de la plèvre : les uns sont saillants, d'autres sont révélés par l'existence d'une ecchymose très-colorée à leur niveau, d'autres enfin ne se révèlent qu'à la palpation et à la coupe ; tous sont arrondis. Leur diamètre varie de 8 mm. à 3 ou 4 mm. Rien au cœur, aucune altération valvulaire. L'œsophage n'offre pas de lésions ; les orifices et les parois de l'estomac sont sains. L'intestin est intact. Les ganglions lombaires forment une grosse masse au devant de la colonne vertébrale. Ils ont subi l'envahissement, mais ne sont pas plus ramollis que le ganglion iliaque dont la consistance est presque normale, mais qui a pris le volume d'un petit œuf et se trouve également atteint par la généralisation.

La récidive au niveau de la cicatrice offre les caractères de l'encéphaloïde. La tumeur du sein présente ceux du squirrhe (le cancer du testicule enlevé était un encéphaloïde très-vasculaire ; le testicule droit est intact).

M. Monod. L'altération secondaire des ganglions iliaques n'est pas absolument exceptionnelle ; elle a été signalée par M. Broca ; elle indique une infection ganglionnaire rétrograde.

4. Cystite chronique à forme névralgique avec tubercules des reins; par M. Saint-Ange, interne des hôpitaux.

Ph.... J...., âgée de 28 ans, femme de chambre, est entrée à la Maison Municipale de Santé au mois de février 1875. Cette malade a joui jusqu'à ce jour d'une bonne santé : elle est très-impressionnable et on retrouve chez plusieurs membres de sa famille les attributs d'un tempérament nerveux des plus prononcés ; son père se livre à des excès alcooliques. — Son mari est mort phthisique après 5 mois de mariage.

Au mois de novembre 1874, la malade, à la suite d'un refroidissement, a été prise de douleurs hypogastriques assez vives avec envies fréquentes d'uriner, la miction était pénible et les urines présentaient un dépôt muqueux abondant sans trace de pus. Les phénomènes qu'accusait alors la malade offraient déjà ce caractère névralgique qui devait s'affirmer de plus en plus, si bien que, en raison de l'état de santé et de l'aspect extérieur de la malade, on fut tenté d'y voir des manifestations hystériques. Les règles se supprimèrent dès le début de l'affection.

La malade ayant été examinée à son entrée dans le service, dirigé alors par M. Demarquay, on constate outre les symptômes de cystite que nous venons d'énumérer une diminution considérable du volume de l'utérus avec déviation à gauche de l'organe.

Le traitement qui fut institué consista en injections de solution d'acide phénique, de silicate de potasse, de nitrate d'argent. La térébenthine, les balsamiques, l'eau de Vichy furent administrés à l'intérieur. — La violence des douleurs nécessita la mise en usage de la médication narcotique sous toutes ses formes, sans grand résultat d'ailleurs.

La dilation forcée de l'urèthre fut même pratiquée dans l'espoir qu'elle amènerait une modification analogue à celle que provoque la dilatation de l'anus dans les fissures névralgiques de cet orifice.

La marche de la maladie ne fut pas enrayée : le caractère spécial qu'elle avait affecté dès le début, s'accentua de plus en plus et l'on put voir alors de véritables crises douloureuses apparaissant à chaque miction, c'est-à-dire toutes les dix minutes environ. La malade, pendant ces crises qui ne lui laissaient aucun repos, se couchait sur son lit, en poussant des cris déchirants et une petite quantité d'urine était expulsée avec force. En même temps le rectum était le siége d'un ténesme extrêmement pénible : il semblait à la malade que « le fondement allait tomber ». La constipation était d'ailleurs l'état habituel. — Les urines présentèrent peu à peu un aspect purulent qui vers la fin était des plus accusés.

Sous l'influence de cette continuité des douleurs, la malade perdit ses forces et embonpoint. Elle arriva par degrés à un état d'émaciation extrême. Son appétit disparut, le moindre mouvement lui devint impossible. Elle restait constamment accroupie sur son lit, les jambes collées contre le corps ; toute tentative d'extension était douloureuse.

L'attention ayant été appelée sur l'état de l'appareil respiratoire par une dyspnée assez accusée et quelques accès de toux sans expectoration d'ailleurs, on put reconnaître une diminution très-étendue de la sonorité à la percussion, des râles sous crépitants généralisés aussi, enfin des signes non équivoques d'excavation pulmonaire dans les deux sommets. La marche des lésions avait été assez rapide et assez peu bruyante pour qu'elle eussent passé inaperçues à leur début.

La malade était déjà arrivée à un état très-avancé de cachexie lorsque M. Marc Sée, prit le service en janvier 1876. Tout faisait prévoir une terminaison prochaine. — Des douleurs assez vives dans la région lombaire firent dans les derniers temps songer à la possibilité de l'extension de la maladie aux reins eux-mêmes. Enfin la mort survint le 30 janvier, précédée pendant 2 ou 3 jours par un apaisement des douleurs, un état de somnolence et de l'incontinence d'urine.

AUTOPSIE. Nous avons constaté: Une rétraction considérable de la vessie qui a le volume d'une noix, et dont les parois sont hypertrophiées; sa surface est inégale ardoisée; peut être y trouve-t-on des granulations tuberculeuses: ce point, toutefois, est contestable. Pas de cellules. L'urèthre est absolument sain.

Les reins présentent des altérations remarquables. Dans le rein gauche, à sa partie supérieure, il existe une excavation en communication avec le bassinet, du volume d'une noisette tapissée de matière tuberculeuse et remplie d'une substance d'aspect purulent provenant du ramollissement des parties centrales du dépôt caséeux. Dans le rein droit, il existe trois noyaux d'égal volume de matière tuberculeuse solide qui auraient évidemment subi une évolution semblable.

L'utérus est extrêmement réduit de volume. Le rectum est distendu, sa muqueuse n'offre pas d'altérations appréciables.

Les poumons sont infiltrés dans toute leur étendue de tubercules à divers degrés de développement; granulations, tubercules crus ou ayant subi par points le ramollissement enfin deux cavernes du volume d'une noix dans chacun des sommets. Les autres viscères paraissent exempts d'altération.

En résumé, cystite chronique avec tubercules des reins et des poumons, telles sont les lésions observées. Mais l'intérêt de cette observation réside surtout dans les phénomènes cliniques. Il est en effet curieux de voir les lésions communes de l'inflammation de la vessie donner lieu à des phénomènes douloureux assez intenses pour dominer complétement la scène et faire croire à une névralgie véritable des viscères du petit bassin, à une pelvialgie pour employer une expression proposée pour le cas que nous rapportons. Nous ne savons si le nervosisme manifeste du sujet pourrait suffire à rendre compte de cette forme névralgique de la cystite chronique.

M. M. SÉE.— Le symptôme le plus important dans l'histoire clinique de cette femme étant l'existence de douleurs vésicales excessives; j'étais décidé à pratiquer la dilatation de l'urèthre, lorsqu'une incontinence d'urine survenue spontanément ou peut être provoquée par l'usage du bromure de camphre vint mettre fin aux souffrances. Si je n'avais réussi par la dilatation je pensais établir une fistule vésico-vaginale ainsi que cela a été fait dans quelques cas rapportés dans le livre de Thompson.

5. Note sur un cas d'utérus bicornis; par M. FERDINAND DREYFOUS interne des hôpitaux.

L. F. 42 ans, est amenée à l'hôpital de la Pitié et meurt en arrivant. A l'*autopsie* on constate d'abord la cause de la mort; c'était une pneumonie au 2e degré. En regardant les cavités abdominale et pelvienne on remarque la forme spéciale de l'utérus. Au lieu de cette forme arrondie, convexe, du bord supérieur de l'utérus normal, les 2 angles de l'utérus sont séparés par une dépression médiane a concavité supérieure, de façon à produire la forme qu'on désigne sous le nom d'utérus bicorne.

D'autre part dans la fosse iliaque de chaque côté se voient les deux trompes dilatées au point de ressembler à l' S iliaque du colon par leur calibre et leurs sinuosités. Çà et là quelques traces de péritonite. En somme kyste du pavillon de la trompe avec induration de la portion moyenne. L'utérus est détaché de ses insertions: le vagin est unique.

Une sonde introduite dans l'orifice du col passe tantôt à droite tantôt à gauche dans deux compartiments qui paraissent indépendants. La section faite de haut en bas en rasant les sondes permet de reconnaître les détails suivants: Le col a une cavité unique, une simple valvule apparaît au niveau de la portion sus-vaginale du col. Le corps au contraire offre de chaque côté deux canaux indépendants, larges de 8 à 10 millimètres se dirigeant obliquement vers les trompes, et séparés par une épaisseur de tissu utérin de plus en plus large à mesure qu'on l'élève vers le fond de l'utérus. Une soie passée de chaque côté dans l'orifice des trompes fait reconnaître qu'elles sont toutes deux perméables dans leur portion interstitielle et elles paraissent s'arrêter au point où la portion moyenne est indurée et jaunâtre.

La malade n'avait jamais eu d'enfants.

Pour en finir avec le kyste des trompes, disons que le liquide contenu était couleur chocolat et qu'au microscope on y voyait des globules sanguins plus ou moins altérés et des cellules épithéliales. Tout porte à croire que ces hydropisies enkystées furent consécutives à l'inflammation pelvienne dont il restait des traces sous formes de brides péritonéales.

La forme bicorne de l'utérus n'est pas extrêmement fréquente puisqu'en recherchant dans les bulletins de la Société, nous n'avons trouvé que cinq cas signalés. Un de Cruveilhier (1865); un de M. Schweich (1867), deux vagins et deux cols, un corps de l'utérus; un de M. Hirne (1873) et surtout celui de M. Verneuil (tome XXIX) (2 corps et un col unique), enfin celui de Leroy (col et corps cloisonnés) 1866. Cette forme représente la seconde phase du développement de l'utérus d'abord double, puis bicorne, puis (les deux cavités se confondant) unique. Elle se retrouve chez les lapins à l'état physiologique et représente chez la femme un arrêt de développement portant uniquement sur le corps de l'utérus. Elle prouve une fois de plus l'indépendance du col et du corps de l'utérus, surtout si on compare le cas actuel à celui de M. Schweich qui représente la disposition inverse.

M. DESPRÉS. — M. Seuvre a rapporté dans sa thèse un certain nombre de faits d'hématocèle tubaire tout à fait analogues à celui-ci.

Anévrysme de la crosse de l'aorte; ouverture dans les bronches; hémoptysie foudroyante; par MM. RAYMOND et PORAK, internes des hôpitaux.

Wuill. J., 56 ans, cordonnier, entre le 10 novembre 1875, dans le service de M. GUBLER, à l'hôpital Beaujon. Il est d'une bonne constitution et n'a été atteint antérieurement que de rhumatismes, pour lesquels il a été soigné dans le service de M. Bouillaud. Depuis six semaines, il se plaint de courbature, de lassitude générale et d'une dyspnée continuelle, symptômes qui l'ont forcé de suspendre depuis six semaines ses occupations habituelles.

Etat actuel: Dyspnée, respiration courte, parfois haletante, toux fréquente, presque sans expectoration, râles sibilants et ronflants dans la poitrine, respiration faible sous la clavicule droite; langue large et saburrale, quelques phénomènes gastriques peu prononcés; rien au cœur. Douleurs articulaires fort intenses au niveau du genou et de la hanche, s'exaspérant par la marche ou la station debout; état fébrile modéré; un peu de douleur pendant la miction, urines normales quoiqu'un peu chargées de mucus. M. Gubler fit alors le diagnostic suivant: bronchite avec emphysème, rhumatisme subaigu, probablement cystite du col.

15 *Nov.* — La toux est moins fréquente, mais les râles sont toujours très-abondants, les douleurs articulaires sont très-vives.

Du 15 nov. au 1er déc., l'état général du malade reste mauvais; la hanche et le genou sont toujours le siége de douleurs assez vives. Cependant ces articulations ne sont pas tuméfiées, et les mouvements provoqués se font librement; il n'y a donc pas d'arthrite. Le malade continue à tousser, pas d'appétit, pas de sommeil; enfin, tous les soirs, il y a eu un peu d'exacerbation fébrile avec sueurs peu abondantes et pouls un peu dépressible. A l'examen du thorax, on constate quelques râles disséminés dans les deux poumons; sonorité normale à droite, un peu moins de sonorité à gauche où la respiration est plus faible; expectoration muqueuse insignifiante.

1er *décembre*. Sous l'influence des révulsifs, les douleurs de la hanche et du genou se sont calmées, mais l'état général ne s'améliore pas. Le malade n'a pas d'appétit, la toux est toujours aussi fréquente, elle est quinteuse, enfin l'expectoration est toujours insignifiante. Les signes stéthoscopiques se sont notablement modifiés. Il existe dans tout le poumon droit une respiration soufflante, ample, qui au voisinage des grosses bronches, prend le caractère du souffle caverno-amphorique. Dans toute cette région, on entend quelques râles fins, assez retentissants qui, à la suite de la toux, simulent presque du gargouillement.

8 *décembre*. L'appétit est un peu revenu, mais la toux persiste ainsi que l'insomnie; toujours les mêmes signes stéthoscopiques. On trouve de temps à autre quelques stries sanguines

de peu d'importance dans ses crachats. La seule amélioration que l'on constate est la disparition presque complète de la fièvre; cependant le malade maigrit beaucoup.

L'absence presque complète d'expectoration ne permet pas d'admettre le diagnostic de cavernes pulmonaires, auquel on avait songé un instant. On ne peut expliquer les signes stéthoscopiques que par une induration pulmonaire autour des grosses bronches ou plus probablement une tumeur dont on ne peut déterminer la nature, adénopathie ou anévrysme. Pendant la seconde quinzaine de décembre, l'état du malade reste stationnaire: inappétence; vomissements de temps à autre, à la suite des quintes de toux; insomnie habituelle; grande faiblesse; expectoration muqueuse peu abondante; à l'auscultation les symptômes que l'on avait constatés à droite sont aussi perçus à la racine du poumon gauche.

4 janvier 1876. La fièvre reparaît le soir, mais assez irrégulièrement; inappétence, douleur profonde pendant la déglutition œsophagienne, comme s'il y avait un obstacle dans le médiastin postérieur; pâleur et teint cachectique. En somme, la toux revenant par quintes, sans expectoration, les troubles de la déglutition, quelques troubles nerveux éloignés font penser qu'il y a une tumeur de nature indéterminée dans le médiastin qui comprime les bronches.

1er février. Douleur dans le côté gauche.

2 février. Le malade venait d'aller à la garde-robe lorsque, se remettant au lit, il fut pris d'une violente hémorrhagie, qui se manifesta par l'issue d'un flot de sang vomi, et sortant aussi par les narines. La mort en fut la conséquence instantanée.

Autopsie, le 3 février 1876. A l'ouverture de la cavité thoracique, on trouve les deux poumons emphysémateux, et entre eux le cœur d'un volume moyen, normalement placé. Le péricarde est surchargé de graisse et sa cavité est distendue par un liquide verdâtre plus abondant qu'à l'ordinaire.

En disséquant l'origine des gros vaisseaux à la base du cœur, on trouve que l'artère pulmonaire très-volumineuse est remplie d'un sang qui ne présente rien de particulier, mais que surtout l'aorte est considérablement dilatée. Elle est le siége dans toute sa portion ascendante jusqu'à l'origine du tronc brachio-céphalique et de la carotide d'une dilatation anévrysmale. Sa portion descendante ne présente aucune modification de calibre digne d'être notée. L'anévrysme cesse au point où la crosse de l'aorte devient descendante. A ce niveau même, on trouve sur le corps de la vertèbre correspondante une usure de l'os, d'ailleurs peu profonde. L'épaisseur des parois de l'anévrysme est partout identique, mais la paroi interne est le siége de nombreuses altérations athéromateuses et même calcaires en certains points. On trouve dans l'intérieur de la poche anévrysmale des caillots feuilletés, surtout appliqués sur la paroi postérieure; les caillots sont d'ailleurs peu épais; ils sont détachés à la partie supérieure, et au-dessous d'eux on trouve une ouverture ovalaire dont le grand diamètre est de 1 centimètre, dont les bords sont nets, comme taillés à l'emporte-pièce et à travers laquelle on peut introduire la pulpe du petit doigt. Cette ouverture fait communiquer la cavité anévrysmale avec la bronche gauche, tout près de l'éperon que forment les deux bronches au point où elles constituent la trachée par leur réunion. L'origine des bronches, l'œsophage, le nerf récurrent gauche étaient englobés par l'anévrysme.

Dans le poumon droit, on trouve dans tout le lobe inférieur des noyaux d'apoplexie pulmonaire qui laissent très-peu de tissu pulmonaire sain entre eux; on trouve aussi quelques-uns de ces noyaux dans le lobe moyen. Ils sont disséminés dans les autres lobes. Hépatisation grise avec suppuration des bronches dans le lobe inférieur du poumon gauche.

Rien de particulier dans les organes abdominaux.

M. Rendu. J'ai suivi le malade pendant trois mois dans le service de M. Gubler; il eût été fort difficile alors d'affirmer la nature de l'affection. Le malade présentait toutes les apparences d'un phthisique et accusait de vives douleurs au niveau des grandes articulations des membres inférieurs. Des signes presque cavitaires indiquaient au moins l'induration de l'un des sommets. Ce n'est que tardivement qu'il se produisit un peu de dysphagie qui fit discuter le diagnostic de compression intra-thoracique par des ganglions ou un anévrysme; mais jamais il ne fut possible de porter un diagnostic plus formel. Une des parties intéressantes de l'observation est l'existence de ces vives douleurs qui, à certains égards, rappellent les phénomènes douloureux qui se montrent quelquefois dans le cas d'anévrysme de l'aorte abdominale.

7. Kyste de l'ovaire. Adhérences multiples. Péritonite chronique; par H. Butruille, externe des hôpitaux.

Ch. L., 49 ans, domestique, célibataire, est entrée au mois de novembre 1875 dans le service de M. le professeur Sée, à la Charité.

Ch. a été réglée à 12 ans. Elle est d'une constitution délicate. Sa mère est morte d'un *cancer de l'estomac* Il y a dix-huit mois, à l'âge de 48 ans, les règles qui revenaient aux époques normales diminuèrent en quantité; puis l'écoulement menstruel se réduisit à de l'eau jaunâtre, très-légèrement teintée en rose; puis il cessa petit à petit.

Sur ces entrefaites, le ventre se mit à grossir peu à peu, sans trop incommoder la malade; puis, tout-à-coup, Ch. fut prise de rétention d'urine.

Peu incommodée par le volume, légèrement accru, de son ventre (elle n'éprouvait aucune douleur), Ch. vint à Paris, il y a un an.

Mai 1875. Le ventre étant très-distendu, l'œdème ayant gagné les deux membres inférieurs, elle entre à la Charité On porta le diagnostic suivant : Kyste de l'ovaire uniloculaire gauche. Le ventre tuméfié, présentait une fluctuation qu'on percevait d'un côté à l'autre Elle fut ponctionnée, on retira 5 litres d'un liquide huileux, citrin, peu filant, ne laissant pas déposer de pus au fond du vase. Le ventre reprit alors son volume normal et on ne constata point de masse solide d'un côté ni de l'autre. Ch. put reprendre deux mois après son travail.

Novembre 1875. Le ventre redevint volumineux, les jambes enflèrent de nouveau; on fit une dernière ponction (11 litres 1/2 de liquide). Cette fois le liquide fut un peu louche et laissa déposer au fond du vase un amas gris-blanchâtre, dans lequel le microscope décela des globules de pus. Interrogée à ce sujet, Ch. dit avoir éprouvée quelques souffrances depuis plusieurs jours. Dans la fosse iliaque gauche, on trouve une masse bosselée du volume d'un gros œuf. Sortie de l'hôpital au bout de huit jours, en assez bon état, elle y revint un mois après. Le ventre avait repris son volume considérable. La malade avait beaucoup maigri, tout en conservant un appétit assez bon.

Fin décembre 1875. Elle subit une troisième ponction (10 litres 1/2.) Le liquide était purulent. Dans la fosse iliaque gauche la masse bosselée (du volume d'un œuf un mois auparavant) présentait alors le volume du poing. De temps à autre, léger mouvement fébrile; quelques coliques après les repas.

Vers le 10 janvier, les douleurs reparurent plus intenses, (injections de chlorhydrate de morphine). Anorexie depuis une quinzaine de jours; quelquefois même, elle s'abstient de manger, parce que peu de temps après le repas, elle a des coliques assez vives.

23 janvier. Le ventre est redevenu volumineux, les jambes enflées. Le toucher vaginal dénote que l'utérus est très-peu mobile. On pratique une quatrième ponction, et on retire sept litres et 1/2 d'un liquide huileux qui laisse déposer du pus au fond du vase.

Léger mouvement fébrile le soir de la ponction. La masse bosselée de la fosse iliaque gauche est plus volumineuse, elle gagne même un peu le côté droit.

25 janvier. Réapparition du liquide, mais peu de fièvre. Peu de mobilité de l'utérus. Aspect cachectique de la malade. Douleurs intenses.

28 janvier. La malade se plaint de douleurs continuelles dans l'abdomen; la palpation de cette région est très-douloureuse; coliques violentes après la moindre ingestion d'aliments. Pas de fièvre. — La malade meurt dans la soirée.

Autopsie. — On fait une incision qui part de l'ombilic et descend jusqu'au pubis; à l'aide d'une sonde cannelée on sectionne couche par couche les divers plans musculaires de l'abdomen. Une ponction pratiquée dans la poche kystique laisse s'écouler un liquide jaune citrin, mêlé de grumeaux blanchâtres ou colorés en rouge.

Le kyste présente des adhérences à toute la paroi abdominale antérieure, mais on les détruit assez facilement avec le doigt. A la paroi supérieure, après avoir détruit quelques fortes adhérences, on met à nu le paquet intestinal qui n'adhère pas à la paroi du kyste.

Au contraire, dans les flancs et à la région hypogastrique, on doit détruire des adhérences fortes et nombreuses, qui auraient nécessité (en supposant qu'on l'opérât) des incisions et des ligatures multiples.

Après avoir détruit toutes ces adhérences, on arrive à former un pédicule comprenant l'utérus, le rectum, les ovaires et la vessie; toutes ces parties sont reliées au kyste et entr'elles par des adhérences très-intimes. A la partie postérieure de la matrice, on remarque un kyste multiloculaire qui y adhère d'une manière absolue et qui entoure l'ovaire droit dont il n'est pas né. Il est néanmoins difficile de retrouver ce dernier, et d'isoler le ligament large et ses appendices.

La paroi du grand kyste est épaisse, d'un tissu blanchâtre épais qui rappelle assez comme aspect le tissu qui forme les parois aortiques. Dans le kyste, on trouve après évacuation complète du liquide, des tumeurs sarcomateuses de couleur rougeâtre, adhérentes à la paroi interne de la poche, on trouve une tumeur mobile qui s'est probablement détachée de la masse, tumeur qui présente le volume d'une petite orange. Sur la paroi du kyste quelques petites tumeurs kystiques du volume d'une noisette.

Le péritoine viscéral et pariétal est épaissi et très-notablement vascularisé; l'intestin forme un paquet volumineux; ses circonvolutions tassées les unes contre les autres, épaissies, offrent à travers la peau la sensation d'une véritable tumeur. La tunique externe de cette portion du tube digestif est très-vascularisée, les parois intestinales sont épaissies, les valvules conniventes exagérées. Sur tous les points de la cavité péritonéale, adhérences nombreuses, traces de péritonites anciennes. Le foie est petit, traces de périhépatite; adhérences au diaphragme; la coupe en est normale.

Poumons. Quelques adhérences pleurales. Léger emphysème.

Les orifices sont sains, excepté l'orifice auriculo-ventriculaire gauche qui présente des traces d'endocardite ancienne. La valvule mitrale est légèrement épaissie.

Reins normaux. Le *cœur* est normal comme volume.

L'examen histologique du kyste a été fait par M. Malassez, dans le laboratoire de M. Ranvier; au collége de France. La poche du kyste présentait la structure habituelle; elle était tapissée par des cellules polyédriques. Les masses qu'on trouvait à l'intérieur étaient constituées par des végétations sarcomateuses.

8. Mélanose généralisée; par M. Poisson, interne des hôpitaux.

Cr..., L., entre à Beaujon, le 11 octobre, dans le service de M. le professeur Dolbeau. D'une bonne santé habituelle, cette femme s'aperçut pour la première fois, il y a 9 mois environ, de l'affection qui l'amène à l'hôpital. C'est vers le milieu d'avril 1875 qu'elle se mit à éprouver, au niveau de la grande lèvre gauche, une sensation de cuisson qui devenait plus vive après chaque miction. Examinant attentivement la région douloureuse, elle s'aperçut qu'il y avait là une tache noire large environ comme une pièce de 1 fr.; mais il n'y avait point alors de tumeur, tout se bornait à une tache noirâtre au niveau de la face interne de la grande lèvre. Quelque temps après, les ganglions de l'aine correspondante commencèrent à se développer, puis peu à peu, au niveau de la tache noire, il se forma une tumeur saillante qui saignait avec une grande facilité.

12 *octobre* 1875. Il existe à la partie inférieure et interne de la grande lèvre gauche une tumeur marronnée, d'un brun noirâtre, à large pédicule, recouverte en partie par la grande lèvre droite, de telle sorte qu'il est nécessaire d'entr'ouvrir la vulve pour découvrir toute la circonférence de la tumeur. Cette tumeur est dure, peu sensible à la pression, insérée superficiellement et ne paraît pas envoyer de prolongements dans l'épaisseur de la grande lèvre. Sa surface ulcérée laisse suinter un liquide qui tache le linge comme de la sépia. Dans l'aine, il existe une masse ganglionnaire dure, indolore, sans changement de couleur à la peau, formée par 3 ou 4 ganglions, dont le plus gros a environ le volume d'un pois. L'état général est assez satisfaisant, toutefois la malade a un peu maigri; elle tousse et, au sommet du poumon droit, on entend quelques râles sous-crépitants avec diminution du murmure respiratoire.

28 *octobre*. M. Dolbeau provoque la chute de la tumeur au moyen de la ligature élastique. On traverse avec un trocart la base de la tumeur. Un tube en caoutchouc est introduit et serré de manière à étreindre la moitié de la tumeur, puis on applique, aussi loin que possible, au-dessous de la base de la tumeur un autre tube en caoutchouc qui lie toute la circonférence du pédicule. Cette opération est faite sans chloroforme et donne lieu à une douleur assez vive qui persiste pendant plusieurs heures.

Six jours après l'opération, la tumeur tombe; on panse avec la glycérine la plaie qui en résulte. Cette plaie se cicatrise lentement.

30 *novembre*. Aux environs de la plaie on voit apparaître de nouveaux points mélaniques à la face interne de la grande lèvre; les vaisseaux lymphatiques qui vont de cette grande lèvre aux ganglions de l'aine dessinent sous la peau un réseau bleuâtre de plus en plus accentué. Cependant le nombre des points mélaniques va en augmentant et quand nous succédons dans le service de M. Dolbeau à notre collègue M. Petel, de qui nous tenons ce qui précède, la grande lèvre est remplie de masses dures, disséminées dans toute son épaisseur, grosses comme un pois environ et dont les plus superficielles apparaissent sous la peau avec leur coloration noire. La grande lèvre farcie de ces noyaux nous offre le volume d'un œuf.

Le réseau lymphatique est de plus en plus visible et sous la peau on sent leurs cordons noueux et durs. Les ganglions de l'aine forment une masse très-volumineuse, bosselée, noirâtre par transparence.

Cependant des productions analogues se sont développées dans d'autres points du corps. C'est ainsi que nous trouvons sur la partie latérale droite de la colonne dorsale une petite tumeur mélanique grosse comme un pois, une autre à la face interne de l'aisselle droite.

La malade accuse une douleur assez vive dans le flanc droit. Là, nous trouvons à la palpation des masses dures et mamelonnées dont la matité se confond avec celle du foie.

9 *janvier*. — La malade rejette quelques crachats sanglants et se plaint d'un point de côté à droite. L'auscultation révèle dans ce point du frottement pleural, la percussion de la submatité, il est vraisemblable que des productions analogues se font dans le poumon.

Dans les derniers temps de la vie nous examinons les urines de la malade. Elles nous donnent d'une façon très-nette, cette réaction qui a été déjà signalée en pareil cas, traitées par l'acide azotique après avoir été chauffées, elles prennent immédiatement une teinte noire et deviennent semblables à de l'encre sans qu'il se forme de précipité.

L'état général est de plus en plus mauvais, la malade devient d'une maigreur extrême, le teint est jaune, l'appétit perdu, il survient de l'œdème des membres abdominaux et la malade s'éteint dans la cachexie.

Autopsie. — Généralisation complète de la mélanose. A part la rate, le pancréas, la vessie qui sont intacts, il n'est pas d'organe qui ne nous offre quelques points mélaniques. Nous en trouvons dans le rein sous forme de noyaux disséminés, superficiels, gros comme des lentilles; à la surface de l'intestin faisant une faible saillie sous le péritoine.

Le foie complètement dégénéré atteint un volume énorme; il pèse 3 kilog. et mesure 17 cent. dans le sens vertical, sa surface est couverte de ces bosselures qu'on sentait dans le flanc droit à travers la paroi. Une section de l'organe montre le tissu parsemé de noyaux et de traînées mélaniques.

Les poumons sont tapissés à leur surface d'une couche noire mélanique très superficielle, irrégulièrement disposée. Dans leur intérieur nous ne trouvons nulle part ces noyaux mélaniques. Du côté droit nous constatons la pleurésie que nous avait révélée l'auscultation.

Le cerveau lui-même est atteint à la face interne de l'hémisphère gauche, immédiatement au-dessus du corps calleux.

existe une très-petite masse mélanique, grosse comme une lentille, située immédiatement sous la pie mère mais pénétrant un peu la substance grise de la circonvolution. Un point analogue existe au niveau du vermis supérieur.

A la face interne de l'occipital on aperçoit un grand nombre de taches noires, développées dans le diploé et qui apparaissent à travers la table interne de l'os. Faisant des sections sur différents os, vertèbres, extrémité supérieure du fémur, etc., nous trouvons partout de ces taches mélaniques disséminées en plus ou moins grande abondance.

Les ganglions bronchiques et mésentériques sont volumineux, noirs, friables et quand on les écrase entre les doigts ils tachent comme la sépia. En un mot presque tous les organes, et presque tous les tissus nous présentent des traces d'une généralisation extrêmement rapide (1).

Troubles de la cinquième et de la septième paire dans le cours de l'ataxie locomotrice; par ALF. JEAN, interne des hôpitaux.

La nommée R... Sophie, âgée de 55 ans, cuisinière, est entrée à l'infirmerie de la Salpétrière, salle Sainte-Martine, n° 15, service de M. le Dr LUYS, le 19 décembre 1874.

Le début de la maladie remonte à dix années; l'affection commença par une paralysie du moteur oculaire, avec chute de la paupière supérieure. Bientôt survinrent de la diplopie, de l'amblyopie et du strabisme externe. En même temps, la malade se plaignait d'une céphalalgie très-intense avec douleurs névralgiques. Ces douleurs faciales, nées de la région temporale droite, s'irradiaient dans toute la moitié de la face ; elles apparaissaient sous forme d'éclairs et donnaient lieu à une sorte de tic convulsif. Ces accidents durèrent environ deux années, puis disparurent à peu près complétement.

En 1871, de nouveaux accidents apparurent ; ils furent caractérisés par un tremblement général, survenant dans les mouvements intentionnels de la malade, avec faiblesse des membres supérieurs et inférieurs. La marche devint de plus en plus difficile, et actuellement la malade peut à peine faire quelques pas dans la salle. Les membres supérieurs sont atteints d'incoordination motrice beaucoup plus prononcée que les membres inférieurs ; ces phénomènes s'accentuent pendant l'obscurité, et lorsque la malade ferme les yeux. L'anesthésie aux membres est peu marquée ; il n'y a ni analgésie, ni thermo-anesthésie.

Les douleurs fulgurantes ont apparu en même temps dans les membres : elles sont vives, surtout aux poignets et aux cous-de-pieds. Ces douleurs ont débuté d'abord par les bras, et n'ont envahi les jambes que secondairement.

Du côté de la face, on rencontre les symptômes suivants qui font le sujet de cette observation :

Il y a onze mois, la malade fut prise tout à coup d'hémiplégie faciale droite ; cette hémiplégie subsiste encore aujourd'hui ; la moitié droite du front ne peut se rider ; la bouche est déviée à gauche ; la parole est brève, scandée, saccadée ; pas de diminution de l'odorat, de l'olfaction ni du goût ; l'œil reste ouvert par suite de la paralysie de l'orbiculaire, il est saillant, et les paupières sont renversées en dehors ; les larmes se répandent sur la joue.

La conjonctive est injectée depuis le début de la paralysie faciale ; on y remarque de gros vaisseaux dirigés en tous sens ; cette injection s'étend au devant de la cornée, qui présente une opacité très-marquée surtout dans sa moitié inférieure ; la pupille droite est normale, elle n'est ni plus dilatée, ni plus rétrécie que la gauche. Le globe oculaire est encore le siége de douleurs névralgiques pendant lesquelles l'injection de la conjonctive est plus marquée. Toute la moitié droite de la face a conservé sa sensibilité ; en certains points, il paraît même y avoir un peu d'hypéresthésie ; la sclérotique et la cornée sont sensibles, et par le toucher, on détermine un mouvement de clignement involontaire. Près de la commissure labiale droite, on remarque une quinzaine de petites papules assez dures, solides, rouges, reposant sur une peau saine, et accompagnées d'un léger prurit ; le sommet de ces papules laisse quelquefois suinter un peu de liquide séreux ; cette éruption dure depuis plusieurs mois.

RÉFLEXIONS. — L'interprétation de ces phénomènes du côté de l'œil est complexe. Sont-ils sous la dépendance d'une lésion de la cinquième paire, ou bien dépendent-ils simplement de l'hémiplégie faciale ? telle est la question qui s'impose à nous, et que nous ne pouvons résoudre complétement. Les expériences de M. Cl. Bernard ont bien mis en lumière les lésions oculaires qui résultent de la section de la cinquième paire ; dans ces cas, nous trouvons d'abord une légère opacité de la cornée avec augmentation de sa convexité, et perte de la sensibilité ; puis deux jours après la section, l'animal devient aveugle ; il y un chémosis très-prononcé, la cornée s'ulcère, et l'œil se vide. Dans le cas actuel, nous avons bien une lésion inflammatoire de la conjonctive, mais cette lésion reste stationnaire depuis onze mois, jamais il n'y a eu d'ulcérations de la cornée qui a conservé sa sensibilité intacte, et même lorsque par un moyen artificiel, on amène les deux paupières en contact, en fermant complétement l'œil, on voit la vascularisation diminuer.

D'autre part, on sait que les troubles trophiques ne se manifestent dans la section de la cinquième paire que lorsque cette section est faite en avant du ganglion de Gasser. Dans notre observation, si nous admettons une lésion du trijumeau, celle-ci étant d'origine centrale, ne doit donner lieu à aucun phénomène trophique.

Quelques-uns des symptômes précédents pourraient être regardés comme des phénomènes mécaniques dépendant de l'hémiplégie faciale ; mais cette explication n'est guère plus satisfaisante que la précédente ; la conjonctivite d'origine mécanique est rare, et ne s'accompagne pas de douleurs névralgiques comme chez notre malade.

Il paraît plus vraisemblable de regarder ces phénomènes comme dépendant de l'irritation du trijumeau, irritation qui est bien différente de la section, et qui s'explique par l'envahissement de la sclérose médullaire aux régions bulbaires. Depuis dix ans, cette malade se plaint de douleurs névralgiques dans la moitié droite de la face, douleurs qui présentent la spontanéité et l'intensité des douleurs fulgurantes de l'ataxie. Aussi nous regardons ces douleurs comme de véritables symptômes de l'ataxie, et nous croyons devoir leur attribuer la même origine et le même développement qu'aux douleurs des membres.

De plus cette éruption lichénoïde est tout-à-fait analogue à ces éruptions cutanées que l'on rencontre sur le tronc ou les membres surtout dans le cas de lésions des cordons postérieurs de la moelle ; ce qui vient encore confirmer notre opinion.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 mai 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. VERNEUIL communique un certain nombre d'observations pour servir à l'étude *des rapports de la grossesse avec les opérations chirurgicales*. Cette importante question a déjà été l'objet de nombreuses discussions ; cependant il reste beaucoup à faire à ce sujet. M. Verneuil pense qu'il faut envisager cette question à deux points de vue : influence de la grossesse sur la marche des plaies et, réciproquement, influence des traumatismes sur l'évolution de la grossesse.

Les cas ne sont pas rares où de graves opérations chirurgiceles n'ont amené aucun trouble de la gestation. M. Verneuil cite à ce sujet une observation d'empyème chez une femme enceinte de sept mois ; l'opération réussit et l'accouchement se fit à terme. Mais souvent l'état de grossesse est une complication dangereuse qui compromet les résultats de l'opération. Une femme enceinte de 8 mois et demi à laquelle M. Verneuil fit la trachéotomie pour un œdème de la glotte mourut trois jours après par suite d'une hémorrhagie en nappe qui se produisit dans la plaie. Les contractions utérines s'étaient manifestées dès le lendemain de l'opération et l'accouchement prématuré d'un enfant mort les avait suivies de près.

Une autre femme, enceinte de 4 mois et demi, se fait de nombreuses plaies contuses ; la réparation ne marche pas, une

(1) Les pièces ont été déposées au musée Dupuytren.

poussée inflammatoire envahit la mamelle; l'avortement survient et immédiatement la marche des plaies tend à la guérison. Une troisième porte une plaie du gros orteil, plaie d'un très-mauvais aspect qui résiste à tous les traitements. L'accouchement survient et la plaie guérit en 10 jours. Chez une autre malade enceinte aussi, l'injection de 2 à 3 gouttes de teinture d'iode dans une tumeur lacrymale occasionne un véritable phlegmon de l'œil. Mais l'observation la plus intéressante est celle d'une femme atteinte de fistule vésico-vaginale avec un rétrécissement très-prononcé du vagin. M. Verneuil fait la dilatation graduelle de ce rétrécissement, quelques petites déchirures se produisirent. Dès le lendemain survinrent une violente tuméfaction du vagin et des grandes lèvres, et un écoulement fétide bientôt suivis de lymphangite et de vastes ulcérations livides. Ces accidents s'étant amendés, M. Verneuil opéra la fistule vésico-vaginale. Le troisième jour après l'opération, la malade eut une métrorrhagie considérable et rendit un caillot au milieu duquel on trouva un œuf de deux mois. M. Verneuil n'hésite pas à mettre sur le compte de la grossesse les accidents survenus après la dilatation du vagin; cependant malgré des désordres si graves, l'avortement n'eût pas lieu, et il fallut une opération pour le provoquer.

L'orateur se demande si, dans certaines circonstances où la vie de la femme court un danger imminent, le chirurgien ne serait pas en droit de provoquer l'avortement. Une femme enceinte de cinq mois contracte un chancre mou à la fourchette; l'ulcération fait des progrès énormes, gagne le périnée, les fesses, le ventre au point que la malade meurt d'épuisement. Un accouchement prématuré, vu la tournure que prennent les plaies après l'accouchement, n'aurait-il pas sauvé la vie à cette malade? On est en droit de le croire.

M. Guéniot est de l'avis de M. Verneuil sur l'importance de cette question, aussi demande-t-il qu'elle soit inscrite en tête de l'ordre du jour de la prochaine séance.

M. Bergeon communique une observation de polype nasopharyngien à récidives nombreuses et montre les pièces provenant de l'opération de ce polype. I. B.

REVUE CHIRURGICALE

Des luxations du pouce en arrière; par le Dr L. H. Farabeuf, prosecteur de la Faculté de médecine. (*Mémoires de la Société de Chirurgie* 1876.)

Les difficultés de la réduction de certaines luxations métacarpo-phalangiennes du pouce sont parfois si considérables que bon nombre de chirurgiens n'ont pu réussir à ramener celui-ci dans sa situation normale. Pour ces cas rebelles, on a proposé et même exécuté, non sans danger, la section des muscles et des ligaments, ou même la résection articulaire. M. le Dr Farabeuf a pensé que si l'obstacle et son mode d'action pouvaient être bien connus, il deviendrait facile de n'appliquer que des manœuvres rationnelles et de réussir *à coup sûr*. Hey, Ballingall, Pailloux, A. Lawrie, Günther, Rosez, Michels, etc., s'étaient déjà livrés à des recherches analogues. Mais ils n'avaient découvert qu'une partie de la vérité. Ballinghall, en particulier, avait signalé dès 1815, d'après des expériences cadavériques, que la cause la plus apparente de l'irréductibilité des luxations du pouce devait être cherchée dans l'étranglement de la tête du métacarpien à travers une boutonnière formée par les muscles abducteurs, court fléchisseur et adducteur du pouce. Cette théorie ayant été acceptée, Malgaigne conseillait la section sous-cutanée des muscles incriminés.

La contractilité et la rétraction musculaire d'après le Dr Farabeuf jouent évidemment un rôle important, mais tout autre que celui qu'on leur attribuait jusqu'alors; ils agissent surtout en fixant et maintenant sur la tête ou le dos du métacarpien les os sésamoïdes, qui *calent* la phalange, pour ainsi dire, et qui l'empêchent de revenir et de glisser vers la surface articulaire. « Dans la luxation du pouce en arrière, dit-il, sous forme d'aphorisme et à plusieurs reprises, *la phalange n'est rien, les os sésamoïdes sont tout.* »

Suivant le siége et la disposition des os sésamoïdes, il distingue trois espèces de luxations du pouce en arrière :

1re variété. — *Luxation simple incomplète*; la phalange peut avoir abandonné complétement ou non la surface cartilagineuse, mais les os sésamoïdes sont restés appliqués sur le bout du métacarpien plus ou moins près du bord dorsal. (Voy. fig. 60.)



Fig. 60. — Luxation simple incomplète.

2e variété. — *Luxation simple, complète* : la phalange et les os sésamoïdes ont abandonné la surface cartilagineuse. (Voy. fig. 61)



Fig. 61. — Luxation simple, complète. réduction. Les flèches indiquent comment il faut appuyer et faire glisser la phalange pour chasser l'os sésamoïde.

3e variété. — *Luxation complexe,* complète, souvent rebelle dans le passé. La phalange et les os sésamoïdes sont sur le dos du métacarpien; ceux-ci sont retournés et interposés (Voy. fig. 62.)

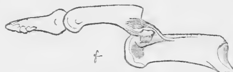


Fig. 62. — Luxation complexe.

M. Farabeuf décrit avec soin dans son mémoire les lésions anatomiques, le mécanisme et la déformation de chacune de ces luxations, ainsi que la manière de les réduire.

Exposons successivement d'après lui la disposition des parties dans les luxations complète, simple et complexe. Dans la luxation complète simple, la tête du métacarpien a franchi une boutonnière. (Voy. fig. 63), dont la lèvre interne est formée

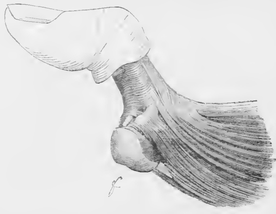


Fig. 63. — Luxation simple, complète du pouce droit, profil externe. On voit les restes du muscle sésamoïdien externe, croiser en sautoir le flanc du métacarpien et gagner l'osselet scaphoïde fixé du côté interne à son congénère.

par le tendon long fléchisseur et le muscle sésamoïdien interne; la lèvre externe par le muscle court fléchisseur ou sésamoïdien externe et l'œillet, si l'on peut dire, à cheval, sur le col métacarpien, par l'*os sésamoïde externe*. (l'interne est retenu en dedans en partie par son ligament métacarpien.)

Cet ensemble constitue une sorte de fronde élastique, de sangle rétractile et contractile appliquée en sautoir sur les flancs et le dos du métacarpien. L'os sésamoïde est donc maintenu par les muscles sur le dos du métacarpien. — Si l'on abaisse la phalange, qui jouit d'une assez grande mobilité, on peut la ramener dans l'axe; mais elle chevauche nécessairement sur l'os sésamoïdien. Si l'on exerce une traction énergique sur cette même phalange rabattue, l'os sésamoïde, qui

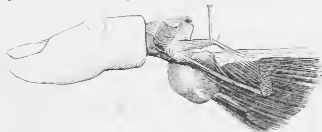


Fig. 64. — Luxation complète, côté externe. On voit comment est placé l'osselet externe et comment les restes de son muscles viennent s'y insérer. L'épingle soulève la racine périostique du ligament externe.

lui adhère solidement subit aussi la traction, mais les deux extrémités de la fronde ou boutonnière musculaire, qui le fixent sur le dos du métacarpien, l'empêchent d'obéir à ce mouvement; il bascule alors sur lui-même et se retourne de telle façon que sa surface articulaire regarde du côté de la peau.

C'est par ce mécanisme qu'est produite *la luxation complexe.* — Dans cette manœuvre, l'extrémité articulaire de la phalange a sauté par-dessus l'os sésamoïde et son bord articulaire antérieur, répond à la partie postérieure de la surface articulaire du métacarpien. (Voy. *fig. 64*).

Dans cette situation, la luxation est irréductible non pas du fait des muscles, pourvu qu'ils soient relâchés en maintenant la métacarpien dans l'opposition, mais du fait des débris ligamenteux qui permettent bien d'amener la phalange bout à bout au-dessus du métacarpien, mais pas plus loin. Or, il faudrait écarter de 6 mm. la phalange du métacarpien pour faire repasser l'os sésamoïde qui est fixé à la phalange comme une véritable charnière inflexible du côté du cartilage articulaire.

C'est pour cela que, dans ces conditions, M. Farabeuf conseille de transformer d'abord la luxation *complexe* (toujours produite par des efforts de traction directe faits dans le but de réduire la luxation) en une *luxation complète simple* (voy. *fig. 64*). Il suffit de relever la phalange, de la redresser, ce qui en raison de son mode de fixation redresse nécessairement aussi l'os sésamoïde qui se *place de champ*; puis de porter, pour ainsi dire, l'extrémité articulaire de la phalange, au-dessus et en arrière de l'osselet : la luxation est alors redevenue complète simple; on comprendra facilement cette manœuvre en jetant les yeux successivement sur les figures *65* et *64* ou *62* et *61*.

En général, pour réduire une luxation du pouce en arrière, qu'elle soit restée complète simple ou que rendue complexe accidentellement elle ait été volontairement ramenée à son état primitif, il faut se rappeler que ce qui empêche la phalange de redevenir en place ce sont les os sésamoïdes... Où sont-ils? Sur le dos du métacarpien. Saisissons donc la phalange, véritable instrument rigide, plongeant dans le foyer de la luxation : avec cet instrument retenu provisoirement dans son demi-redressement anormal, car sa mobilité est à ce prix, *grattons*, pour ainsi dire, à l'aide de sa surface articulaire le dos du métacarpien, faissons glisser à *frottement dur* la phalange, et la poussant d'arrière en avant, venons heurter et jeter bas, vers l'extrémité articulaire du métacarpien ces osselets sésamoïdiens (v. *fig. 61*). Ceux-ci sont collés si fortement sur le dos du métacarpien par la sangle musculaire, qu'il faut gratter avec une certaine force pour les chasser. C'est pour cela que M. Farabeuf a imaginé une pince spéciale (*et non pour tirer*) qui permet de tenir solidement la phalange. Le dessin ci-dessous fera facilement comprendre son mode d'action et la manière de s'en servir. (Voy. *fig. 65*.)

Tels sont en quelques mots les résultats obtenus par M. Farabeuf dans ses recherches sur les luxations du pouce : il nous



Fig. 65.— Manière de réduire les luxations du pouce complètes, simples et complexes. Quelques aides tiennent le bras et l'avant-bras du malade : un assistant fait une vigoureuse coaption et tient le métacarpien dans l'opposition. La phalangette est libre, la phalange redressée est saisie dans la pince qui semble la prolonger comme une tige rigide et verticale que l'opérateur saisit à deux mains pour agir dans le sens indiqué par les flèches. C'est pour la clarté de la figure que la pince n'est tenue que d'une main.

semblent élucider complétement les obscurités de ce point spécial de la thérapeutique chirurgicale.

D'ailleurs il a pu réussir dans un certain nombre de cas à réduire des luxations rebelles, récentes et anciennes. H. D.

BIBLIOGRAPHIE

De l'empoisonnement par la nicotine et le tabac, par Eug. Foussard; Th. inaugurale, chez Adrien Delahaye, 1876.

Economistes, chimistes, physiologistes et médecins liront avec fruit ce travail très-bien fait, dans lequel ils trouveront des données exactes et complètes sur l'histoire générale de la nicotine et sur la question si controversée de la nocuité et de l'innocuité du tabac.

Les effets physiologiques de la nicotine, étudiés, appareil par appareil, sont l'objet de développements aussi étendus qu'intéressants. La dernière partie de l'ouvrage, qui n'est ni la moins longue ni la moins soignée, est consacrée aux effets pernicieux du tabac, que l'auteur envisage suivant qu'ils portent sur chacune des principales fonctions.

La conclusion légitime de ce travail, c'est que, le tabac engendre réellement des inconvénients et des malaises, parfois même de véritables désordres locaux ou généraux, et que l'étude de ceux-ci doit amener tout esprit scientifique à se garer des exagérations des optimistes et des pessimistes, qui voudraient, bien à tort, faire du tabac la moins inoffensive ou la pire des plantes. L.L.

VARIA

Service médical de nuit à Lyon.

M. le Préfet informe la population que ce service est organisé; il commencera à dix heures du soir, pour finir à sept heures du matin, depuis le 1er octobre jusqu'au 31 mars, et de onze heures du soir jusqu'à six heures du matin, du 1er avril au 30 septembre. Toute personne qui veut requérir un

[illegible] doit se [illegible] au poste des gardiens de la paix de son quartier et [illegible] au tableau, qui y sera affiché, celui dont il désire réclamer des soins. Un gardien de la paix accompagnera le requérant au domicile du médecin, suivra celui-ci au domicile du malade et, la visite faite, le reconduira chez lui. En le quittaut, il lui remettra un bon d'houoraires de 10 fr. et de 6 fr. pour les sages-femmes. Le bon sera payé à présentation à la recette municipale. Suivant la situation de fortune du malade, qui sera établie par une enquête sommaire l'administration lui réclamera le remhoursement des honoreires alloués, ou les prendra définitivement à sa charge. (*Lyon médical.*)

Femmes-médecins.

On sait que la question de l'admission des femmes aux cours des facultés de médecine est pendante en ce moment en certeines universités de l'étranger. Comme pièce du procès, la *Gazette d'Augsbourg*, dans la chronique des Universités, cite l'allocution suivante, qu'un des professeurs de l'Université de Zurich, M. Hermann, vient d'adresser à un jeune étudiant du sexe féminin, en lui annonçant sa promotiou au grade de docteur en médecine. « Mademoiselle (le uom de la récipiendaire est, paraît-il, Julie Siuclair), la dignité à laquelle vous êtes promue, vous l'avez méritée par vos efforts, votre travail, votre persévérance à surmonter toutes les difficultés, et je vous félicite de tout cœur d'avoir atteint si bonorablement votre hut. Ceux-là même qui, comme moi, regardent le problème de la carrière médicale pour les femmes comme ne devant pas être de longtemps encore résolu, ne peuvent s'empêcher de donner leur approbation à le manière dont les examens ici ont été soutenus. Nous avons, dès le priucipe, lutté contre ce préjugé de l'ignorance qui consiste à déclarer le sexe féminin incapable d'études sérieuses et de travaux scientifiques. S'il était hesoin d'une réfutation de cette théorie, elle serait amplement fournie par la thèse que vous avez présentée et qu'un juge compétent a déclarée excellente et originale.

« Quant à ce qu'il adviendra dans la pratique des études médicales des femmes, c'est un autre point sur lequel l'avenir nous édifiera; notre Université peut attendre avec calme qu'une solution soit donnée à ces questious. En attendant, personne de nous ne peut refuser sa sympathie aux femmes qui, comme vous, s'adonnent à ce genre d'études avec gravité, avec zèle, en y apportant les connaissances nécessaires, préalablement acquises, et qui terminent leurs études comme vous venez de le faire. Recevez-en mes sincères félicitations avec tous mes souhaits pour votre carrière à venir. »

— L'Université de Zurich a, dans ces dix dernières années, conféré le grade de docteur à treize dames qui ont fait leurs études dans sa Faculté de médecine, et à deux autres dames le grade de docteur en philosophie ; trois autres dames enfin ont obtenu le diplôme de professeurs d'enseignements scientifiques spéciaux.

22. Purgatif.

On est quelquefois très-embarrassé pour le choix d'un purgatif à la fois efficace et agréable. M. le D[r] Maudl, daus son formulaire sur l'hygiène de la voix, donne la formule suivante, que nous croyons devoir remplir les conditions désirées :

Séné............	8 à 10 grammes.
Maune...........	45 —

Infuser pendant une demi-heure dans trois verres d'eau bouillante ; passer, ajouter le jus d'une orange, boire chaud en trois fois, de quart d'heure en quart d'heure; dans l'intervalle et ensuite, jusqu'à effet complet, une tisane légère eu abondance. (*Archives belges de thérapeutique.*)

Mortalité a Paris. — Population, d'après le recensement de 1872 — 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 18 mai 1876, on a constaté 966 décès, savoir : variole, 11; rougeole, 23; scarlatine, 3; fièvre typhoïde, 13; érysipèle, 11; bronchite aiguë, 36; pneumonie, 79 ; dysenterie, 1; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5; choléra nostras, 1; angiue couenneuse; 13, croup, 22; affections puerpérales, 7; autres affections aiguës, 247 ; affections chroniques, 425, dont 174 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 52; causes accidentelles, 17.

Londres. — Population, 3,489,428 hab. Décès du 7 au 13 mai 1876 1,416 : variole, 1; rougeole, 49; scarlatine, 31; fièvre typhoïde, 19; érysipèle, 9; bronchite, 140; pneumonie, 93; dyssenterie 1, diarrhée, 6; choléra nostras, », diphtbérie, 8; croup, 19; coqueluche, 79.

Concours. Par arrêté en date du 10 mai 1876, le concours pour un emploi de chef de travaux anatomiques près l'école de médecine et de pharmacie de plein exercice de Nantes, fixé au 9 novembre 1876 par arrêté du 28 août dernier, aura lieu le 2 août prochain.

Concours *de la Société de médecine du Nord. Année* 1876. — La Société de médecine du Nord décernera un prix de 1,000 fr. au meilleur mémoire inédit sur le sujet suivant : *Résumé de l'état actuel des connaissances acquises en hématologie normale et pathologique.* Les mémoires devront être envoyés avant le 1[er] janvier 1877, au secrétariat général de la Société, suivant la forme académique, c'est-à-dire franco, sans indication de nom de l'auteur et portant une devise répétée sur un hillet cacheté, contenant le nom et l'adresse de l'auteur. *Conditions générales du concours* : Les mémoires lisiblement écrits en français seront seuls admis à concourir. Les planches qui saraient jointes aux mémoires doivent être manuscrites. Les manuscrits envoyés deviennent la propriété de la Société. Les rapports du concours et les mémoires couronnés paraîtront dans le *Bulletin médical du Nord*. De plus la Société publiera dans le bulletin les travaux qui, sans mériter le prix, lui paraîtront néanmoins dignes de la publicité. *Le secrétaire général, d[r] J. Castiaux, 5, rue Sainte-Catherine, à Lille.* (*Bulletin médical du Nord*).

Services médicaux gratuits. Le Ministre de la Guerre a accordé un témoignage de sa satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve, en soignant gratuitement pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie, ainsi que leurs familles, à MM. Gillaiseau, médecin à Avrillé (Vendée) ; Gavoret, médecin à Duclair (Seine-Inférieure); Revol, médecin à Moras (Drôme); Duseuil, médecin à Mille (Deux-Sèvres) ; Roquefeuil, médecin au Caylor (Hérault) ; Mennon, médecin à Tonneins (Lot-et-Garonne), Chauvel, médecin à Brunoy (Seine-et-Oise); Moulin, médecin à Bourg-Argental (Loire) ; de la Motte, médecin à Pont-l'Evêque (Calvados) ; Boiteux médecin à Beaume-les-Dames (Doubs). (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*)

Typhus. On lit dans la *Correspondance autrichienne* du 5 mai : « Le typhus règne à Raguse au sein de la population. On en signale des cas nombreux parmi les troupes de la garnison, éprouvées par l'état défavorable de la température et par un surcroît de fatigue. Les derniers relevés officiels évaluent à 24,000 environ le nombre des réfugiés herzégoviens séjournant sur le territoire de la Dalmatie. Quant au nombre des réfugiés bosniens en Croatie des chiffres officiels le portent à 45,946, répartis en 7,203 familles. A ce chiffre il faut ajouter les 2,225 individus qui, du 21 au 26 avril, ont cherché un refuge dans la même contrée. (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*)

Assistance publique. — Par décret du 3 mai 1876, M. Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a été nommé membre du conseil de surveillance de l'Administration générale de l'assistance publique, à Paris, en remplacement de M. Wurtz, démissionnaire.

Le Conseil municipal de Paris a, le 9 mai, formé au scrutin deux listes de candidats sur lesquelles le Gouvernement doit choisir deux membres du Conseil de l'Assistance publique en remplacement de MM. Trélat et Fremyn, qui ne sont plus conseillers municipaux. Première liste : MM. Ernest Lefèvre, Lauth et de Hérédia Deuxième liste : MM. Clavel, Lafont et Leneveux.

Herborisation. — M. Chatin, professeur, membre de l'Iustitut, fera sa prochaine herborisation le dimanche 21 mai dans la forêt de Montmorency. Rendez-vous à la gare du Nord à 10 h. 1/4.

Excursions scientifiques. — M. Daubrée, en son absence M. Stanislas Meunier, fera une excursion géologique le dimanche 21 mai 1876, à Lardy, la Ferté-Alais et Ballancourt. On se réunira à la gare d'Orléens, où l'on prendra, à sept heures, le train pour Lardy.

— M. Bureau fera sa prochaine berborisation le dimanche 21 mai 1876, au Vésinet et dans la forêt de Saint-Germaiu-en-Laye. Rendez-vous à la station du Vésinet, à l'arrivée du train qui part de Paris (gare de l'Ouest, rive droite), à sept heures trente-cinq minutes.

Le fisc continue ses poursuites en matière de certificats. Nous avons déjà cité un premier cas : un de nos confrères nous apprend qu'un médecin de son voisinage vient de se voir condamner à une amende de soixante et quelques francs pour certificat délivré sur papier non timbré. Ces poursuites inquiètent le corps médical qui se demande où s'arrêteront les prétentions du fisc. Nous pensons que, jusqu'à ce que l'opinion publique ait fait justice de ces exigences qui deviennent monstrueuses en certains cas (vaccine, pauvreté reconnue, etc.), le médecin ne doit plus délivrer aucun certificat sur papier libre. Quelle que soit la nature du certificat, il faut le faire sur papier timbré, sans aucune exception. (*Gazette des hôpitaux*).

Les sosies du docteur Sichel. Le tribunal correctionnel du Havre, et après lui la cour de Rouen, viennent de condamner un escroc qui se faisait passer pour notre confrère le docteur Sichel. Ce dernier était d'ailleurs, depuis 1869, à la recherche d'un audacieux faussaire qui, ayant trouvé commode de s'emparer de sa personnalité, parcourait la province sous son nom et commettait de nombreuses escroqueries, sous prétexte de vendre des lunettes. M. Sichel avait d'autant plus à souffrir de pareils agissements, que l'escroc ne se contentait pas du rôle de marchand de lunettes; aussi se mit-il avec persévérance à la recherche de son sosie. En 1871, puis en 1872, il s'adressa au Ministère de la Justice, mais il ne parvint à faire condamner le malfaiteur que par défaut dans différentes villes de province. Enfin en 1873 notre homme fut arrêté à Avignou ; on reconnut en lui un nommé Lévy et il fut condamné sévèrement. M. Sichel commença à respirer à l'aise, et crut enfin être débarrassé d'un tel fléau. L'année 1875 lui réservait à cet égard une désillusion douloureuse. Au mois de mars il apprit qu'un nouveau docteur Sichel commettait de nouvelles escroqueries en son nom. Tantôt il se disait le frère du docteur, tantôt, et le plus souvent, il se faisait passer pour M. Sichel lui-même. En dernier lieu il vint exercer ses talents au Havre. L'ancien élève et chef de clinique de M. Sichel, le docteur Brière, signala sa présence au parquet du Havre. Notre homme fut « filé » et arrêté enfin à Caen le 30 décembre dernier. On reconnut en lui un nommé Marius Lévy, propre frère du Lévy dont il a été question plus haut. Lévy a été condamné à 2 ans de prison, 600 francs d'amende, plus 1,000 francs à payer à titre de dommages-intérêts au docteur Sichel. En outre, le jugement devra être inséré, aux frais de Lévy, dans un grand nombre de journaux de Paris et de province. (*Gazette médicale de Paris.*)

Librairie V.-A. DELAHAYE et Cᵉ, place de l'Ecole-de-Médecine.

Charvet. — Le Diabète sucré et son traitement diététique par le professeur Castani, ouvrage traduit et annoté par le docteur H. Charvet, 1 vol. in-8° avec 3 planches, 8 fr., cartonné 9 fr.

Debout d'Estrées. — Les causes de la gravelle et de la pierre étudiées à Contrexville pendant neuf années de pratique médicale. 1 vol. in-8 avec 32 figures dans le texte, 3 fr.

Fiquet. — Essai sur l'esthiomène (de la région vulvo-anale), in-8°, 2 fr.

Hirne. — De la fluxion ou cougestion pulmonaire simple chez les enfants, in-8°, prix 2 fr.

Hugon. — Recherches sur les causes de l'épilepsie et des convulsions épileptiformes, iu-8°, 2 fr.

Killias. — Notice sur les eaux de Tarasp-Schuls, Basse-Engadine, cantou des Grisons (Suisse), in 8°, prix 1 fr. 50.

Komorowski. — Des injections extra-utérines et de leurs indications dans les suites de couches, in-8°. 1 fr. 50.

Lebeaux. — Essai sur les contractures du col de la vessie, in- 8. 2 fr.

Langlebert (E). — De la dilatation médiate. Nouveau mode de dilatation leute et progressive appliqué au traitement des rétrécissemeuts de l'urèthre d'origine inflammatoire ou blennorrhagique, in-8°, 0 fr. 50.

Meynier. — Etude des déviations de l'utérus gravide comme cause de dystocie. 1 vol. in-8, 1 fr. 50.

Pouillet. — Essai médico-philosophique sur les formes, les causes, les sigues, les conséquences et le traitemeut de l'onanisme chez la femme, in-8, 2 fr.

Patezon. — Eaux minérales de Vittel (Vosges). Goutte et gravelle, in-12°. 1 fr.

Roudanovsky. — De la structure des racines des nerfs spinaux et du tissu nerveux dans les orgaues centraux de l'homme et de quelques animaux supérieurs. 1 vol. in-8° avec atlas de 8 planches contenant 72 photographies. 30 fr.

Tissot. — Des paralysies laryngées, in-8° 1 fr. 50.

A. Vérité. — Le psoriasis herpétique aux eaux de la Bourboule, psoriasis superunguéal, in-8°. 0 fr. 50.

De Wecker. — Cliuique ophthalmologique. Relevé statistique des opé-

Libraire J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

Landouzy. Coutribution à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méniugo-encéphalites fronto-pariétales. Iu-8° de 244 pages avec 6 figures intercalées dans le texte.

Chronique des Hôpitaux.

Hôtel-Dieu. Service de M. Moissenet. Salle Saiut-Roch (F.) : 2, dilatation bronchique; 3, mal de Bright; 5, rhumatisme articulaire aigu; 7, ataxie locomotrice; 8, grippe, uévralgies; 11, affection cardiaque. — Salle Sainte-Jeanne (H.) : 44, érysipèle ambulant; 47, rhumatisme; 50, rhumatisme, complication cardiaque; 49, cystite aiguë; 54, hydropneumothorax; 60, cancer de l'estomac; 66, intoxication saturnine chronique ; 73, pneumonie double.

Service de M. Richet. Salle Sainte-Marthe (H.) ; 2, induration tendineuse et aponévrotique localisée à la partie iuterne du genou gauche, et à la partie externe et supérieure de la jambe du même côté, probablement diathèse syphilitique; 10, 23, 38, fistule à l'anus; 14, cancroïde de la lèvre inférieure; 15, nécrose du maxillaire inférieur, suite de carie dentaire; 26, fracture de la colonne vertébrale, paralysie des membres inférieurs, rétention d'urine; 29, nécrose de l'extrémité inférieure du péroné; 39, tumeur du rectum; 46, phlegmon ganglionnaire de la partie inférieure du triangle de Scarpa.

Hôpital Saint-Louis. Jours des cliniques. — Lundi M. Guibout. Maladies des femmes. — Mardi, à 8 h. 1/2. M. Fournier : Clinique au lit des malades. — 8 h. 1/2. M. Vidal. Leçons théoriques sur les affections cutanées. — Mercredi, à 8 h. 1/2. M. Eruest Besnier. Leçons au lit des malades (clinique et thérapeutique appliquée). — Jeudi. M. S. Duplay. Conféreuce clinique et opérations. — M. Hillairet. Leçons cliuiques sur les affections cutanées. — Vendredi. M. Lailler. Visite des malades. — M. Fournier. Leçons cliniques sur les affections syphilitiques. — M. Vidal. Clinique au lit des malades. — Samedi. M. Péan: Conférences cliniques et opérations. — M. Guibout. Leçons cliniques sur les affections cutanées. — Dimanche, M. Lailler. Leçons sur les teignes avec exercices pratiques et démonstrations. (Pavillon Saiut-Mathieu, à 9 heures *précises*.)

Service de M. Guibout. Salle Saint-Charles (H.) : 3, rhumatisme aigu polyarticulaire; 4, 11, impétigo de la face; 5, acué; 8, lupus; 10, tubercules muqueux de la verge; 21, ecthyma syphilitique; 31, 36, 38, 40, psoriasis; 45, gommes du mollet; 47, ecthyma parasitaire: 67, syphilides pustulo-crustacées. — Salle Henri IV (F.): 42, psoriasis; 43, scrofulide érythémateuse; 45, scrofulide ulcéreuse; 47, psoriasis généralisé; 54, syphilide ulcéreuse; 55, carie des os du nez, 64, syphilide papuleuse; 65, icthyose; 71, eczéma généralisé.

Chirurgie. Service de M. Duplay. Salle Saint-Augustin (H.) : 12, épispadias guéri, 19, épispadias en cours de traitement ; 13, arthrite fongueuse ; 17, ostéite du fémur ; 22, 26, 28, sequestres invaginés du fémur; 18, 65, iutoxication urémique; 43, 36, retrécissement de l'urèthre; 47, calcul vésical, lithotritie périnéale; 35, ostéite des os du pied; 37, nécrose du maxillaire inférieur; 26, 42, fistules anales; 29, maladie de Ménière.

Hôpital Cochin. Médecine. Service de M. Bucquoy. Cliniques les mardi et vendredi à 9 h. 1/2. Salle Saint-Jean (H.) : 1, insuffisance aortique, 5, paralysie faciale; 10, érysipèle; 11, pleurésie; 14, anévrysme du tronc brachio-céphalique; 15, péritouite chrouique; 16, saturuisme; 20, rétrécissement de l'œsophage; 22, dilatation de l'estomac; 23, gangrène sèche; 24, tremblement mercuriel. — Salle Saint-Philippe (F.) : 1, colique hépatique; 2, rhumatisme articulaire; 5, fièvre iutermittente; 7; grossesse avec accidents péritouéaux; 9, kyste hydatique du foie; 13, tumeur abdominale; 15, pyélo-néphrite; 17, tuberculisation des organes génitaux. — Salle Sainte-Marie (F.) : 2, hémichorée; 6, eudocardite; 8, anévrysme de l'aorte; 10, saturuisme, rétinite hémorrhagique.

Chirurgie. Service de M. Després. Clinique les mercredi et samedi, à 9 h. 1/2. Salle Cochin (H.); 4, entorse de l'articulation médio-tarsienne; 5, cystite; 8, hémophilie; 10, adénite iliaque; 12, onyxis; 13, érysipèle gaugréneux; 14, fracture de côtes; 18, fracture de l'avant-bras au tiers inférieur; 19, nécrose du radius; 24, abcès de la marge de l'anus. — Salle Saint-Jacques (F.) : 8, érysipèle de la jambe; 11, kérato-conjonctivite; 21, heruie étranglée, opérée; 23, arthrite tibio-tarsienne.

Hôpital des Enfants-Malades. Enseignement clinique. *Lundi* : M. Bouchut. Consultation des maladies aiguës. — M. Blachez. Consultation pour les maladies chroniques.

Mardi : M. Bouchut. Visite à 8 h. 1/2. Clinique à l'amphithéâtre à 9 h. 1/2. — M. Archambault. Consultation des maladies aiguës.

Mercredi : M. Simon. Clinique à l'amphithéâtre, à 9 h. 1/2. Consultation roulante pour les maladies aiguës.

Jeudi : M. de Saint-Germain. Cliniques et opérations à 9 h. 1/2; — Orthopédie (torticolis, pieds bots, etc.)—M. Blachez. Consultation pour les maladies aiguës. — M. Simon. Consultation pour les maladies chroniques.

Vendredi : M. Archambault. Clinique à l'amphithéâtre à 9 h. — M. Labric. Consultatiou pour les maladies aiguës, à 9 h.

Samedi. M. Blachez. Cliuique à 9 h. 1/2 (sera annoncée ultérieurement). — M. Simon. Consultation pour les maladies aiguës. Consultations de chirurgie tous les jours, sauf le jeudi.

Hôpital des Enfants-Malades. Service de M. Labric. Consultations tous les veudredis à 9 h. Salle Saint-Jeau : 5, angine; 9, pneumonie avec ictère hémorrhagique; 10, albuminurie aiguë, a frigore, pleurésie gauche; 16, 21, 25, 31, 34, rougeole; 23, coqueluche; 29, albuminurie aiguë a frigore; 32, érythème uoueux; 35, pueumonie du sommet; 36, albuminurie aiguë a frigore; 40, croup d'emblée, trachéotomie.

Service de M. Bouchut. Salle Sainte-Catherine : 4, tumeur cérébrale; 7, stomatite ulcéro-membraneuse; 10, érythème noueux; 11, affection cardiaque; 26, pleurésie; 32, rétrécissement de l'artère pulmonaire; 40, pleurésie purulente; 51, chorée.

Service de M. Jules Simon. Cousultation le samedi. Clinique le mercredi. (La prochaine leçon comprendra l'étude de la *noix vomique*). Salle Sainte-Marie : 4, paraplégie guérie; 5, coxalgie; 9, coxalgie, mal de Pott. — Salle Sainte-Elisabeth : Maladies de peau. — Salle Sainte-Marthe : pelades, favus, teigue tondante.

Service de M. Archambault. *Médecine*. Salle Saint-Louis (G.) : 9, 31, méuingite tuberculeuse; 12, épilepsie; 13, pueumonie: 24, tumeur de la fosse iliaque; 30, pneumonie. — Salle Saint-Geneviève (F.): 3, tuberculose; 6, rougeole; 11, coqueluche; 14, stomatite ulcéro-membraneuse: 15, 16, chorées. Consultations le mardi. Leçons cliniques le vendredi. (Méningite tuberculeuse.)

Service de M. Blachez, suppléé par M. Duguet. Salle St-Ferdinand : 2, tumeur blanche du genou, téuotomie; 4, mal de Pott (abcès par congestion au sommet de la gibbosité); 7, 9, tumeurs blanches du geuou; 13, coxalgie (rein amyloïde); 20, 21, paralysie pseudo-hypertrophique; 22, adénie; 27, mal de Pott (paraplégie, eschares); 39, spina ventosa multiples; 30, mal de Pott (paraplégie guérie) — Salles Saint-Joseph et Saint-Michel : Teignes et maladies de peau, mardi et vendredi, à 9 h. Consultations aiguës, jeudi, à 9 h. 1/2, chronique, lundi, à 9 h. 1/2. Leçons cliniques, seront annoncées ultérieurement.

Chirurgie. Service de M. de Saint-Germain. Salle Saint-Côme (G.) : 3, fracture de cuisse; 6, 9, fracture de cuisse; 7, fracture de jambe; 5, arthrite aigue du coude; 20, 21, plaie de la main 16, 17, fracture de jambe; 25, pied bot, tenotomie. — Salle Saint-Augustin : service des ophthalmies. — Salle Sainte-Pauline (F.) : 3, abcès de la jambe sus-périosté; 6, amputation de cuisse; 12, kyste de l'épaule; 14, ageuouillette; 18, paraplégie, décubitus aigu; 21, tumeur érectite du nez. — Salle Sainte-Thérèse : service des ophthalmies. Clinique et opérations le jeudi. (Etude du torticolis.)

Le gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59 RUE DU PLESSIS.

Bourneville. Notes et observations cliniques sur la fièvre typhoïde. In-8 de 80 pages avec 4 planches en chromo-lithographie, et 2 planches noires, 3 fr.

4e ANNÉE. — N° 22 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 27 MAI 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Amputation chez un diabétique. Mort rapide.

Observation recueillie par M. Georges Huette, externe du service.

Il ne faut jamais pratiquer d'opération sans avoir minutieusement interrogé les malades sur leurs antécédents, car l'existence de lésions viscérales méconnues peut exercer une influence considérable, et entraîner des conséquences d'une gravité inattendue. L'importance de cette recommandation ressortira de l'observation qui va suivre.

Le 13 mars 1876, au matin, on apportait à la Pitié, Charles A..., employé du chemin de fer d'Orléans, et âgé de 52 ans, dont le pied gauche avait été, pendant la nuit précédente, écrasé par un wagon. Il y avait fracture comminutive des métatarsiens, écrasement des vaisseaux, plaie à la face dorsale et à la face plantaire, abolition de la vitalité dans tout l'avant-pied, qui présentait alors une insensibilité absolue. Les lésions occupaient tout le dos du pied, dont la coloration était bleu-verdâtre; le gonflement s'étendait à une assez grande étendue de la jambe, sur laquelle un épanchement sanguin sous-cutané remontait à une certaine hauteur. Il pouvait y avoir quelque rupture musculaire dans la gaîne des péroniers. Toujours est-il qu'au milieu de ces désordres la région du talon et le bord interne du pied, un peu plus épargnés, semblaient permettre la désarticulation totale du pied avec lambeau talonnier, suivant le procédé de Jules Roux.

Il fallait choisir entre la chirurgie conservatrice et la chirurgie radicale. La première consistait à appliquer un pansement ouaté et à attendre; la nature eût agi, en séparant les parties sphacélées des parties vives, et l'on eût aidé son travail en régularisant les plaies. Le second parti était de faire d'emblée une plaie régulière, afin d'obtenir pour plus tard un moignon utile. L'amputation tibio-tarsienne avait déjà donné d'assez bons résultats à M. Verneuil, pour qu'il pensât devoir la pratiquer en cette circonstance, alors que la température du malade était de 37°2; le succès des opérations résultant surtout, comme on le sait, de leur exécution en temps opportun, c'est-à-dire dans l'intervalle qui s'écoule entre l'accident et le début de l'élévation thermique. Les conditions parurent donc excellentes, et l'indication nettement formulée.

Malheureusement, l'attention, attirée tout entière sur cette grave lésion locale et sur les préparatifs d'une opération d'urgence fit négliger l'interrogatoire du malade et la recherche des antécédents d'un homme qui, robuste, vigoureux et bien constitué, ne laissait découvrir à première vue aucun signe de maladie générale.

L'opération ne présenta d'autre incident qu'un écoulement de sang abondant par les artérioles de la peau et du lambeau qui, même après la ligature des branches principales de la région, continuèrent à donner, et nécessitèrent l'application d'un grand nombre de petites ligatures. Le membre fut enveloppé d'un pansement ouaté.

La journée se passa très-bien, la nuit fut bonne, et l'on constata avec quelque étonnement le manque absolu de fièvre traumatique.

Le lendemain matin, 14 mars, la température était de 37°, 1, et le malade jouissait d'un calme parfait, lorsque vers dix heures, un changement singulier se produisit tout-à-coup dans son état. M. Verneuil arrivant auprès de lui quelques instants après, le trouve couché sur le dos, la tête rejetée en arrière, les yeux à demi-fermés, la face tirée: la langue est sèche, les gencives sales et couvertes d'un enduit brun; l'odeur de l'haleine présente le caractère aigrelet particulier aux diabétiques; la couleur jaune de la peau contraste singulièrement avec l'injection des capillaires; les extrémités sont algides et cyanosées; le malade est en proie à une oppression considérable et à un état de subdelirium pendant lequel il prononce des paroles entrecoupées; son agitation est extrême, il se se retourne sans cesse dans son lit.

La température est tombée à 36°, 8; on compte 118 pulsations et 28 respirations par minute. La pression provoque une douleur manifeste à la région lombaire gauche.

Cet homme entrait donc brusquement dans l'agonie alors que rien n'avait fait prévoir cette funeste terminaison. On apprit seulement à ce moment qu'il était diabétique depuis longtemps. L'essai de l'urine au moyen de divers réactifs décéla la présence d'une grande quantité de sucre; M. Demèle, interne en pharmacie du service trouva, en effet, 38 gr. 35 pour 1000, et une densité de 1030. D'ailleurs le malade racontait dans son délire les phases de sa maladie, les traitements auxquels on l'avait soumis, et parlait fréquemment d'une petite fiole que, malgré son accident, il avait eu la précaution d'apporter, afin de continuer à se soigner pendant son séjour à l'hôpital. Avant l'opération il n'avait pas dit un mot de tout cela!

Il est d'un bien mauvais pronostic pour un opéré que la température (sauf en pleine convalescence), s'abaisse au-dessous de 37°; or, nous l'avons dit, à onze heures, elle descendit à 36,°8, et ne s'éleva plus. Le pouls monta à 140 vers midi, et, dans le milieu de la journée, le malade, toujours agité, fut tourmenté par une soif ardente. A trois heures il avait 130 pulsations et 32 respirations; la poussière s'accumulait autour de ses narines, et les symptômes observés le matin n'avaient fait que devenir plus tranchés. La mort survint dans la nuit.

Le moignon examiné aussitôt après fut trouvé dans un état excellent, il ne présentait ni gangrène, ni gonflement, le lambeau semblait récemment taillé.

L'autopsie fut faite, et le résultat de l'examen viscéral fut à peu près nul comme dans presque tous les cas de ce genre.

Les reins n'étaient pas très-malades en apparence: la substance corticale avait doublé de volume et présentait des prolongements s'avançant jusque dans les bassinets à travers la substance médullaire qui semblait ainsi divisée en îlots. Sur leurs capsules se voyaient çà et là des épaississements, des taches laiteuses, indices d'une ancienne inflammation.

Le foie était très-volumineux, d'un jaune rougeâtre, granuleux comme dans la cirrhose, sans en avoir cependant la consistance.

Les poumons n'étaient pas malades d'ancienne date: leurs sommets renfermaient quelques tubercules crétacés, et sans qu'il se fut produit aucun phénomène d'altération cadavérique leur partie inférieure était œdémateuse, rouge, et se laissait facilement pénétrer par le doigt.

Les parenchymes exhalaient cette odeur diabétique particulière, aigrelette, qui avait été observée dans l'haleine, odeur assez semblable à celle d'une pomme verte gâtée, qu'on retrouvait même en dehors du tube digestif, et principalement dans les testicules qui étaient pâles et anémiés.

La rate était ramollie et se réduisait en pulpe sous les doigts.

M. le Dr Nepveu, chef du laboratoire, a fait l'examen microscopique des viscères; il a trouvé des dépôts granuleux dans les cellules du foie; les reins, très-congestionnés, présentaient la même particularité. On ne retrouvait pas dans le testicule d'éléments nettement formés, tous paraissant atteints de dégénérescence granulo-graisseuse, et ce fait est important, parce qu'il est en rapport avec les symptômes cliniques observés dans le diabète: impuissance et aspermatisme. Enfin des morceaux de ces viscères ayant été plongés dans la liqueur de Fehling portée à l'ébullition ont pris aussitôt une teinte rouge carminée extrêmement vive.

L'examen anatomique ne présenta donc, abstraction faite des lésions hépatiques, aucun trait bien saillant, et il n'y a là rien d'étonnant; car chez les malades qui ont des lésions viscérales au moment où on les opère, la mort arrive souvent par la simple adjonction de la complication chirurgicale. La vie s'éteint, et il y a là sans doute quelque empoisonnement, quelque action encore inconnue, pour l'explication de laquelle on est forcé de recourir à des hypothèses. Sait-on, en effet, pourquoi un homme qui a quelques noyaux cancéreux viscéraux, et qui est doué de la plus belle apparence de santé, meurt rapidement à la suite d'une opération ?

En présence d'une aussi fâcheuse terminaison, et sachant ce qui n'a été malheureusement su que trop tard, on est en droit de se demander si l'on a bien fait ce qu'il fallait faire, et ce qu'on doit penser de cette opération.

Il est certain que cet homme, dès l'instant où la roue de wagon avait passé sur lui, était condamné presque inévitablement à mourir dans un bref délai. La blessure, sous l'influence de son diabète, acquérait une gravité nouvelle, et la guérison devenait à peu près impossible. Toutefois, si l'existence d'une affection organique assombrit autant le pronostic des maladies chirurgicales, si l'on ne cite guère qu'un seul exemple de diabétique ayant guéri d'une amputation (Marchal de Calvi), et si l'on ne compte qu'un nombre fort restreint de succès obtenus chez les albuminuriques, il faut bien reconnaître qu'il est des circonstances dans lesquelles, malgré ces considérations, une opération est nécessaire et doit être pratiquée. Qu'un de ces malades en effet, se présente avec une hernie étranglée, une plaie de l'artère humérale ou de la fémorale, ce ne sera pas la nature qui le sauvera, et il faudra bien agir ! Cette obligation s'imposera en général dans les cas où, à moins d'intervention du chirurgien, les choses devront mal tourner. Ce qu'il faut donc savoir avant tout, et M. Verneuil insiste particulièrement sur ce point, c'est que, en dehors de toute indication ou contre-indication chirurgicale, lorsqu'on met le bistouri sur un sujet dont les viscères sont atteints, on n'a qu'un très-petit nombre de chances de réussir, et que l'opération doit être classée parmi les opérations « in extremis »

Il eût donc mieux valu s'abstenir d'amputer notre blessé. Il y a dans la science quelques cas de gangrène diabétique suivis de guérison, et cela permet de se demander si, après avoir enveloppé le pied dans la ouate, on n'aurait pas été en droit de conserver quelque espoir. On aurait, d'ailleurs, ainsi gagné du temps, et, en utilisant ce délai à traiter le diabète, on se serait placé, pour opérer, dans de plus favorables conditions.

Au contraire, on opère un homme qui vient d'être écrasé, on le maintient pendant 40 minutes environ sous l'influence du chloroforme, il perd beaucoup de sang, comme cela arrive aux diabétiques (phénomène déjà signalé, et qu'on a cherché à expliquer par le défaut de plasticité du sang ou de contractilité des vaisseaux) ; il n'est donc pas possible de nier que l'opération n'ait aggravé l'état général. Par l'expectation on avait peut-être trois ou quatre chances sur cent de sauver le malade; l'opération n'en laissait aucune.

Cette observation vient apporter une nouvelle sanction aux idées de pathologie générale que M. Verneuil applique avec persévérance à la pratique chirurgicale ; elle montre une fois de plus que, sur des sujets atteints d'affections organiques, les opérations ne doivent être pratiquées que lorsque la lésion qui les réclame n'est point curable par la nature. Si dans ce cas on est mis dans la nécessité d'opérer, on ne peut le faire avec grand espoir de réussite. Mais ce qui doit consoler d'un insuccès, c'est la pensée que la connaissance de sa cause est un véritable progrès.

Les occasions d'étudier les rapports du diabète avec les lésions traumatiques ne sont du reste pas très rares, car nous venons encore de voir succomber à la Pitié deux hommes en apparence robustes et chez lesquels, à la suite de blessures tout à fait insignifiantes, se sont développés des phlegmons gangréneux dont rien n'a pu maîtriser la marche.

A la vérité ces sujets étaient alcooliques en même temps que diabétiques, et il est permis de croire que cette association de deux états constitutionnels aussi graves a été pour beaucoup dans l'évolution fatale des accidents.

GEORGES HUETTE.

CLINIQUE MÉDICALE

Localisations cérébrales. — Méningite : paralysie limitée de la paupière supérieure gauche; lésion à l'extrémité de la scissure parallèle, observation et réflexions ; par le Dr J. GRASSET, Agrégé et Chef de clinique de la faculté de Montpellier.

Le 5 mars au soir, on dépose dans le service de la clinique médicale, à l'hôpital Saint-Eloi, un homme jeune (26 ans), plongé dans un état de coma à peu près complet et on ne donne aucune espèce de renseignement sur son compte. — Quand on l'excite un peu vivement, il regarde en marmottant des mots le plus souvent inintelligibles. Il finit par dire son nom, sa profession (boulanger) ; il prétend donner son adresse, mais l'indication se trouve absolument fausse. On ne peut en rien se fier aux renseignements qu'il donne. — Hypéresthésie de toute la surface cutanée. Toutes les fois qu'on le touche, il y a un réflexe intense et en même temps une vive expression de douleur qui se manifeste par un grognement, par la contraction des traits du visage et aussi par un mouvement bien adapté de la main pour écarter l'épingle qui le pique. — Aucune paralysie nulle part. Sur une invitation un peu réitérée et pressante, il obéit, porte son verre à la bouche ; il avale sans difficulté. — L'interne du service fait appliquer des sangsues à l'anus et prescrit 2 pilules de Bentius.

Le lendemain 6, même état d'hypéresthésie, absence de paralysie, même état intellectuel. — Lavement purgatif. Bouillon, vin. — Température toujours normale, bulle entre 37 et 37,5. Pouls très-fréquent, 120 pulsations.

Le soir, *commencement de paralysie de la paupière supérieure gauche.* Quand le malade veut ouvrir les yeux spontanément ou sur notre ordre, il ouvre largement l'œil droit ; mais il ne fait qu'entr'ouvrir à moitié l'œil gauche. La pupille gauche paraît plus grande que la droite.

Le 7, les divers symptômes de la veille persistent. Il y a de plus une respiration intermittente très manifeste. De temps en temps la respiration se suspend entièrement ; la pause dure de 10 à 20 secondes ; puis les respirations reprennent et augmentent graduellement, deviennent bruyantes pour diminuer de nouveau ensuite. C'est le phénomène de Cheyne Stokes, mais sans régularité dans le retour ni la longueur des périodes. *La paralysie de la paupière supérieure gauche persiste* ; elle est même plus accusée qu'hier, mais l'inégalité des pupilles semble être renversée. Toujours hypéresthésie, surtout absence de paralysie des membres. — Calomel à dose fractionnée. Le malade succombe la nuit suivante sans que les voisins ni le veilleur aient constaté de phénomènes nouveaux.

AUTOPSIE le 8 mars à 4 h. soir. — A l'ouverture du crâne, injection très-vive de la dure-mère, qui est résistante. — Au-dessus hypérémie généralisée et aspect dépoli ; signes évidents de méningite diffuse à la convexité des deux hémisphères. On aperçoit tout de suite du côté droit une large tache rouge sale au niveau de laquelle la congestion est plus forte et surtout l'exsudat plus abondant. Cette plaque siége à l'extrémité de la scissure parallèle sans atteindre le fond même de cette scissure, sans toucher le pli courbe. Elle est à cheval sur la scissure parallèle intéressant les deux circonvolutions qui la bordent sur une étendue de un centimètre et demi carré. C'est la position du centre VI de la figure annexée au mémoire de Carville et Duret (Arch. de phys. 1875), sauf que la lésion ne touche pas le fond même de la scissure parallèle. Quand on enlève les méninges, on trouve au niveau de cette plaque une accumulation toute particulière d'exsudat blanchâtre au milieu d'un lacis vasculaire très-hypérémié. La partie du cerveau immédiatement sous-jacente est beaucoup plus fortement congestionnée que tout le reste de l'encéphale.

Rien à noter de spécial dans le reste de l'encéphale. L'examen attentif de la base notamment ne révèle rien de spécial autour des origines des nerfs crâniens et particulièrement autour des origines de la troisième paire. — Rien autre d'intéressant (au point de vue qui nous occupe) dans le reste du corps.

Le point capital de cette observation est le rapport qui me paraît évident entre la paralysie limitée de la paupière gauche et la lésion constatée en avant du pli courbe. Pendant la vie on avait diagnostiqué la méningite, mais on avait attribué la paralysie de la paupière à des exsudats à la base, comprenant en fait la troisième paire. Mais l'autopsie a démontré qu'il n'y avait rien de spécial à la base autour de ces nerfs et que la lésion corticale était seule responsable. Ce qui montre (soit dit en passant) l'immense portée clinique des grandes questions qui s'agitent actuellement. Il y a deux ans, il aurait été impossible de rattacher même après la mort cette paralysie à sa cause.

Les cas de méningite pouvant servir aux localisations centrales sont rares et, à ce point de vue, notre observation doit être rapprochée de celle de Duret rapportée par Lépine dans sa thèse d'agrégation (p. 118); ces deux faits montrent toute l'importance de ces localisations pour l'histoire clinique et le diagnostic en quelque sorte régional de la méningite. Il est important de rapprocher maintenant ce résultat donné par la clinique des conclusions que la physiologie expérimentale a déjà formulées sur cette même région.

Dans les travaux de Hitzig et dans les premiers travaux de Ferrier, il n'est fait mention d'aucun centre spécial dans le voisinage du pli courbe. Il y a seulement sur la deuxième circonvolution frontale, à son union avec la circonvolution frontale ascendante, un centre pour les muscles de la face et *des paupières*.

Dans son dernier mémoire, Ferrier, après des recherches sur le cerveau du singe, indique au sommet de la scissure parallèle, à peu près au point occupé par notre lésion, un centre pour certains mouvements des yeux.

Carville et Duret dans leurs expériences de contrôle sont arrivés à peu près aux mêmes conclusions et les formulent ainsi (p. 487) : « 3° Les muscles de la face et *les paupières* ont probablement leurs centres moteurs sur le deuxième pli frontal ascendant à son niveau avec le deuxième pli frontal. 5° C'est sur le pli courbe qu'il faut rechercher certains centres décrits par Ferrier pour les mouvements des yeux. »

Notre observation oblige à apporter quelques modifications à ces deux propositions : tous les mouvements des paupières ne dépendent pas du centre frontal, et le centre du pli courbe commande aussi à certains mouvements des paupières. Pour faire disparaître cette apparente contradiction de la clinique et de la physiologie il suffit de préciser un peu plus.

Quand on électrise le centre du deuxième pli frontal, les yeux se ferment convulsivement (Carville et Duret : Expér. 5 p. 431). Cela prouve seulement que là est le centre de l'orbiculaire des paupières.

Notre observation établit maintenant qu'une lésion en avant du pli courbe produit une paralysie de l'élévateur de la paupière supérieure. Rien de contradictoire ni d'étonnant.

L'orbiculaire des paupières aurait son centre sur le deuxième pli frontal au centre du facial, et l'élévateur de la paupière supérieure (qui a une innervation différente) aurait son centre au sommet de la scissure parallèle avec tous les muscles innervés par la troisième paire. De telle sorte qu'ici la clinique (comme elle l'a fait déjà dans bien d'autres cas) viendrait préciser l'analyse physiologique en distinguant pour les mouvements des paupières deux centres différents comme il y a deux sources d'innervation différentes.

S'il en était ainsi, les propositions 3 et 5 de Carville et Duret devraient être modifiées de la manière suivante : « 3° Les muscles de la face et *l'orbiculaire des paupières* ont probablement leurs centres moteurs sur le deuxième pli frontal ascendant à son union avec le deuxième pli frontal. — 5° C'est sur le pli courbe et en avant de ce pli, au sommet de la scissure parallèle, qu'il faut rechercher certains cercles décrits pour les mouvements des yeux et *l'élévation de la paupière supérieure.* » Seulement nos considérations ne doivent être acceptées que sous toute espèce de réserve, n'étant basées que sur un seul fait. L'avenir montrera si, dans ce fait, nous avons eu affaire à une coïncidence fortuite ou à une relation réelle, comme nous l'avons indiqué.

MALADIES DES OREILLES

De la myringodectomie;

Par M. le Dr **C. MIOT** (1).

CHAPITRE III

ART. 1er. — De l'anatomie médico-chirurgicale.

PROCÉDÉS PAR INCISION.

1° *Procédé par dissection.* — Les modes opératoires décrits précédemment ne permettant pas d'obtenir une ouverture béante, on a cherché, en les modifiant, à atteindre ce résultat. Toynbee, par exemple, a taillé un lambeau triangulaire dans le tympan, mais sans parvenir à empêcher la plaie de se refermer au bout de quelque temps.

Le professeur de Troeltsch a proposé de couper une portion assez considérable de la membrane et d'essayer de la faire adhérer à un point correspondant de la caisse ou du conduit, en la pressant, pendant un certain temps, contre une de ces parties préalablement excitée. La difficulté de cette méthode, que l'auteur n'a probablement pas employée, consiste à exercer une pression prolongée de manière à déterminer la formation des adhérences. J'emploie dans ma pratique le procédé suivant :

Ayant remarqué que certaines perforations ne se cicatrisaient pas lorsqu'elles étaient limitées, dans une étendue donnée, par les bords antérieur ou postérieur du manche du marteau, je coupe le tympan au niveau du tiers supérieur de ce manche jusqu'à la partie inférieure du cadre osseux en rasant le bord antérieur de cette apophyse. Puis, je fais une incision transversale allant du cadre osseux à l'extrémité supérieure de la première incision, de manière à former un lambeau triangulaire inséré seulement au cadre osseux, dont je n'ai plus qu'à le séparer.

Pour sectionner certaines adhérences, contractées par le tympan avec les parties voisines, on se sert de bistouris 2, 3, 4, fig. 30 et de bistouris courbés sur le plat 7 fig. 30 en suivant les indications ci-dessous :

Après avoir incisé le tympan avec un des bistouris 2, 3, 4, on introduit dans la plaie un crochet mousse 6 fig. 30 qu'on promène de haut en bas en dedans des lèvres de l'incision pour savoir où sont les points adhérents qu'on sectionne ensuite avec le bistouri 7 fig. 30. On peut à l'aide du crochet savoir alors si la section est complète.

Si les adhérences sont bien limitées, on peut inciser le tympan et obtenir un tissu cicatriciel assez lâche pour donner à la membrane une mobilité plus grande. Si au contraire ces mêmes adhérences coïncident avec des modifications pathologiques de la poche postérieure on doit l'inciser ainsi que la plicature pour rendre le tympan plus mobile et améliorer l'ouïe.

C'est cette opération que j'ai pratiquée avec succès sur l'enfant qui fait le sujet de la 72e observation.

2° *Ponction, incision simple ou multiple.* — Pour ponctionner ou inciser le tympan, on se sert de l'un des bistouris, 3, 4, 5, fig. 30, à simple ou double tranchant et à pointe très-acérée. La lame est fixée à une tige métallique coudée à angle obtus et assujettie à un manche 5. Après avoir éclairé suffisamment le tympan, on fait pénétrer le bistouri jusqu'au point choisi, et l'on incise cette membrane. L'incision a une longueur variable et intéresse une par-

(1) Voir les nos 13, 14, 15, 20.

tie ou la totalité de l'épaisseur du tympan. Par exemple on peut faire une ponction exploratrice, ouvrir un vaisseau distendu, scarifier superficiellement la membrane ou l'inciser de part en part.

Pour ne pas blesser certaines parties importantes, il est nécessaire de se rappeler ce que j'ai dit p. 34 et suiv. et de savoir à quelle profondeur on fait pénétrer l'instrument dans la cavité de la caisse. C'est pourquoi j'ai fait mettre à la base de certaines lames un petit rebord destiné à servir de point de repère, et fait donner à la lame une forme lancéolaire 2 fig. 30 et une longueur de 4 millim.

3° *Incision et section de la poche postérieure.* — Pour sectionner la poche postérieure, 6 fig., on perfore le tympan avec le bistouri 3 fig. 30) le plus près possible du marteau, au niveau du bord supérieur du bourrelet, on l'enfonce de 3 millimètres environ et l'on incise de haut en bas sur une longueur approximative 8 de deux millimètres. On a soin de ne pas faire pénétrer trop profondément la lame du bistouri pour ne pas léser d'autres parties et de ne pas inciser au-dessus du bourrelet de crainte de rencontrer la corde du tympan.

Fig. 60.

Après la section, il est nécessaire d'examiner le tympan au moment où l'on insuffle de l'air dans la caisse ou pendant l'emploi du spéculum pneumatique, afin de constater si la membrane a plus de mobilité qu'avant l'opération. Les jours suivants. on renouvelle l'insufflation, matin et soir, de manière à avoir un tissu de cicatrice aussi lâche que possible.

4° *Incision et ténotomie du tendon réfléchi du muscle tenseur du tympan.* — Pour faire cette opération, on incise avec un bistouri dr. 2 fig. 30 le tympan en 5 fig. sur une étendue de 3 millimètres environ et en fig. 6 sur une longueur de 2 millim. environ, et l'on introduit le crochet 6 fig. 30 à travers la plaie, de façon à le faire saillir dans l'intérieur de la caisse en dedans de l'apophyse externe et à reconnaître la position du tendon réfléchi. Dès qu'on a senti la résistance que celui-ci oppose au crochet, on retire l'instrument et on introduit le bistouri 7 fig. 50 avec lequel on sectionne le tendon. Le tranchant du bistouri doit regarder à gauche pour opérer l'oreille droite et à droite pour opérer l'oreille gauche.

Fig. 61.

La section complète se reconnaît à la cessation de la résistance et à la mobilité plus grande du tympan et du manche du marteau.

L'opération faite, on insuffle de l'air dans la caisse, de façon à projeter le tympan en dehors et à diminuer l'obliquité du manche du marteau.

5° *Procédé par section du manche du marteau.* — Dans le compte-rendu des séances du Congrès médical de Paris de 1867, Wreden a proposé de réséquer une partie du manche du marteau, afin de maintenir la perforation béante. Pour faire l'opération, on peut se servir de l'un des bistouris dont il a été parlé précédemment et de l'instrument que je vais décrire. Celui-ci se compose d'une canule à laquelle est fixée une tige qui passe librement dans le manche de l'instrument et est munie d'un ressort à boudin et d'un bouton. Dans la canule passe une tige pleine, assujettie au manche de l'instrument par une vis et terminée à son extrémité opposée en forme de ciseau. Ces lames de ciseaux peuvent être dirigées en divers sens. Il suffit de faire pivoter sur elle-même la tige à laquelle elles sont fixées et que le bouton à vis sert à maintenir dans la position voulue.

Pour réséquer le manche du marteau, on éclaire bien le tympan ; puis on fait parallèlement à ses bords antérieur et postérieur une incision qu'on commence au tiers supérieur du manche du marteau et qu'on termine un peu au-dessous de l'extrémité inférieure de cette apophyse.

S'il survient un écoulement sanguin, après les incisions, on donne une injection d'eau tiède, ou mieux au bout de quelques secondes, on enlève les caillots avec un bourdonnet de coton fixé au bout d'une tige.

Lorsqu'on est parvenu à bien voir les incisions, on prend le sécateur de la main droite, on l'introduit dans le conduit de manière à placer le manche du marteau entre les lames des ciseaux. A ce moment on applique le pouce sur le bouton afin d'exercer sur lui une pression graduelle assez forte En exécutant cette manœuvre, il faut avoir bien soin de maintenir l'instrument solidement fixé, de manière à ne pas permettre aux lames de glisser sur le manche et d'ébranler trop fortement la chaîne des osselets.

Cette opération est difficile à faire et ne doit être tentée qu'après avoir endormi le malade. Pendant le mouvement de section du manche du marteau, on peut léser la paroi interne de la caisse, couper la longue branche de l'enclume. luxer l'étrier, disjoindre la chaîne des osselets et déterminer des accidents trop redoutables pour engager le praticien à recourir à une pareille méthode.

Après avoir parlé des procédés opératoires employés jusqu'à ce jour, il me reste à donner quelques indications applicables à tous les cas sur l'emploi du chloroforme et la position du malade.

Chloroforme. — Les diverses opérations dont il a été question peuvent être faites avec ou sans le secours du chloroforme. Si on n'y a pas recours, il est souvent nécessaire de recommander au malade d'émousser la sensibilité du tympan en touchant cette membrane, matin et soir pendant les 5 ou 6 jours qui précèdent l'opération, non pas avec un stylet métallique comme l'a conseillé Fabrizzi, mais avec une tige garnie d'une mince couche de coton destinée à rendre le contact plus doux et à empêcher le malade de se blesser.

Position du malade. — Après avoir fait coucher ou asseoir le malade, on place une lampe de manière à ce que les rayons lumineux se réfléchissent sur le miroir et pénètrent suffisamment dans le conduit. Puis on fait tenir sa tête par un aide placé en face ou à côté de l'opérateur. Cette dernière précaution n'est pas indispensable dans un certain nombre de cas, mais elle offre dans d'autres des avantages incontestables. (*A suivre.*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. CHARCOT.

IXe LEÇON. — **Altérations de la bile** (*suite*). **Fonction désassimilatrice du foie. — Relation entre les altérations du foie et les modifications du taux de l'urée (1).**

(Résumé de la leçon du 28 avril).

Messieurs,

I. En terminant la dernière leçon, je vous parlais d'un second groupe d'*altérations de la bile*, caractérisées par la présence dans ce liquide de substances qui sont étrangères à sa constitution normale. Les intoxications, les maladies dans lesquelles il y a une altération de la crase du sang, fournissent de nombreux exemples appartenant à cette catégorie. Sur cet ordre de faits, on doit à M. Mosler (2) un travail intéressant, en ce qui concerne surtout les données expérimentales.

1° Le *sucre*, c'est là une particularité digne d'être signalée, qui n'existe pas à l'état normal dans la bile, s'y montre dans les cas où le sang en contient 3 sur 1000 ; pour que le sucre apparaisse dans l'urine, il faut qu'il y en ait dans le sang 4 sur 1000 Cl. Bernard, Ch. Robin).

Suivant Mosler, le sucre de canne passe plus rapidement et plus facilement dans la bile que ne le fait le sucre de raisin.

2 *L'urée* n'entre pas, non plus, dans la composition régulière de la bile. Eh bien, dans le choléra et l'albuminurie on l'y peut trouver, selon M. Picard, en quantité relativement considérable (0 gr., 30 pour 1000 .

3° L'*acide urique*, chez les oiseaux canards), dont on a lié les uretères, se rencontre en forte proportion dans la bile sous la forme d'urate de soude et se dépose même à l'état concret sur les parois de la vésicule du fiel. Ce fait de pathologie expérimentale comparée permet peut-être de comprendre pourquoi l'acide urique figure dans la composition de certains

(1) Voir les nos 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21.

(2) *Arch. f. path. Anatom.* Bd. XIII, p. 19.

calculs biliaires. Il y aurait lieu aussi de rechercher du même coup si la bile chez les goutteux ne renferme pas d'acide urique (1).

4° On sait qu'un grand nombre de métaux et de métalloïdes, principalement dans les cas d'intoxication chronique, se retrouvent dans le foie et dans la bile. En tête se placent le *cuivre* qui, à la vérité, figure d'habitude, à l'état physiologique dans la bile, puis le *plomb* et le *zinc*. Il est curieux de rappeler que ces métaux, par leur présence dans le foie, n'occasionnent pas ordinairement d'altérations parenchymateuses (2). M. Hirtz, cependant m'a dit avoir observé à la clinique de Strasbourg un cas où un épileptique, soumis durant longtemps à l'emploi de l'oxyde de zinc, mourut à la suite de phénomènes rappelant ceux de l'atrophie jaune aiguë du foie. A l'autopsie, on retira du foie une forte proportion de zinc métallique.

L'*arsenic* et l'*antimoine* qui s'accumulent dans la bile et dans le foie produisent au contraire dans cet organe l'altération granulo-graisseuse d'une façon très-accentuée.

5° C'est ici le moment de nous remémorer que, parmi les médicaments, l'*iodure de potassium*, la *térébenthine* passent dans la bile, tandis que le sulfate de quinine et le calomel (Mosler) n'y passent point. A propos du calomel, il convient de faire remarquer que M. Scott (3) avait déjà reconnu, en opposition à une opinion vulgaire, surtout en Angleterre, que le calomel, loin d'avoir pour effet d'accroître la sécrétion biliaire, la diminuerait au contraire. Et, quant à la couleur verte des fèces, qui avait fait croire à l'abondance de la bile dans l'excrétion, elle serait due tout simplement à la présence, dans les matières fécales, de sulfure de mercure sous forme pulvérulente.

6° On sait de longue date que, dans certains cas pathologiques, la bile contient une proportion plus ou moins élevée d'albumine (Thénard). Cette condition, désignée par Bouisson sous le nom d'*albuminocholie* (4), par comparaison avec l'albuminurie, a été l'objet dans ces derniers temps, de la part de M. J. C. Lehmann (5) d'une étude spéciale fondée sur l'examen de cent cas. Voici, d'après cet auteur, quelles sont les principales circonstances dans lesquelles la bile contient de l'albumine.

a) Dans les congestions hépatiques consécutives à une gêne de la circulation abdominale, par exemple le *foie muscade* (12 fois sur 18); — *b*) Lorsque le *foie* est *gras* ou *anémique* (6 fois sur 7), ainsi que l'avaient déjà reconnu Thénard, Bouisson et le chimiste Lehmann; — *c*) Dans la maladie de Bright (16 fois sur 37).

En revanche, l'albuminocholie fait défaut, au dire de J. C. Lehmann, dans l'hépatite interstitielle, le foie amyloïde, le carcinome et le cancroïde du foie. Il importe de relever, à ce propos, que, suivant Mosler, l'injection d'une notable quantité d'eau dans le sang a pour résultat de faire apparaître l'albumine dans la bile en même temps que dans l'urine : alors, on observe à la fois une *albuminocholie* et une *albuminurie*.

II. Un dernier groupe d'*altérations biliaires* comprendra celles qui résultent de la présence dans la bile de divers corps figurés. Je ne ferai que mentionner les vibrions, parce que je me propose d'en parler plus longuement dans la suite; même dans les conditions vitales, on les trouve dans la bile des animaux chez lesquels on a produit une rétention biliaire en liant le canal cholédoque. Dans les expériences de ce genre, dont je vous ai parlé précédemment, la bile, accumulée dans les voies biliaires, examinée au moment où l'animal venait d'être sacrifié, contenait des vibrions. Nous verrons un peu plus tard l'intérêt qui s'attache à cette particularité.

Je signalerai aussi l'existence de cylindres dits fibrineux et de cylindres épithéliaux, correspondant aux produits analogues si connus dans la pathologie urinaire et qui peuvent se rencontrer également dans la bile. Les premiers ont été vus par Rokitansky dans les voies biliaires de malades morts du choléra et du typhus. On a observé des masses muqueuses dans les petits conduits biliaires chez des individus qui avaient succombé à l'empoisonnement par le phosphore (O. Wyss et Ebstein) (6) et on s'est appuyé sur leur existence pour expliquer l'apparition de l'ictère dans les cas de ce genre.

Les cylindres épithéliaux peuvent se former dans les voies biliaires, s'en détacher et pénétrer jusque dans la vésicule biliaire où ils semblent pouvoir devenir le centre de formation de calculs biliaires. C'est ce que démontre une observation publiée par M. Tudicum dans son *Treatise on Gall Stones* (London, 1863, p. 62) : au centre de plusieurs calculs de la vésicule biliaire, on trouvait un noyau pulpeux qui, lavé, se présentait sous la forme de filaments cylindriques offrant des branches latérales avec des ramifications dichotomiques et représentant par conséquent d'une manière évidente le moule interne de canaux biliaires de dimensions diverses. Il y aurait à rechercher si une pareille altération n'est pas souvent l'origine du développement des concrétions biliaires.

(1) (Charcot). — Note p. 659, de la traduction de Garrod.

(2) Klebs. *Path. Anatom.* p. 406.

(3) *Beale's Archives*, t. I, p. 209.

(4) Fauconneau-Dufresne, *loc. cit.*, p. 151.

(5) *Centralblatt*, 1867, p. 712.

(6) Klebs, *loc. cit.*, p. 481.

III. J'en ai fini avec ce que je voulais vous dire concernant les altérations de la bile. Actuellement, ainsi que je vous l'ai annoncé, je vais traiter d'un chapitre nouvellement introduit dans la pathologie hépatique. Il n'a pas encore trouvé place, que je sache, dans les traités classiques et pourtant, Messieurs, si je ne me trompe, le fait capital qu'il met en relief est appelé dans un avenir prochain à éclairer d'un jour nouveau plusieurs points de la physiologie pathologique du foie. Je veux parler de l'influence remarquable qu'exercent certaines lésions du foie sur la formation, et consécutivement, sur l'élimination des produits fondamentaux de la désassimilation et de l'excrétion azotée, à savoir l'urée et l'acide urique. En ce qui concerne, par exemple, la première substance, il paraît établi que certaines lésions hépatiques ont pour effet d'accroître, dans des proportions plus ou moins considérables, le taux de la production d'urée dans les 24 heures, tandis que d'autres lésions entraînent au contraire un abaissement plus ou moins accentué de ce chiffre. Et pour répondre immédiatement à une objection qui se présentera nécessairement à votre esprit, c'est bien la lésion hépatique seule qu'il faut incriminer, car les observations invoquées sont de celles où l'on a tenu compte des influences vulgaires capables de modifier la quantité de l'urée : telles sont l'alimentation, les lésions rénales, la fièvre, etc.

Ce fait, évidemment d'une importance majeure pour la théorie et la pratique des maladies du foie, nous a été révélé tout d'abord par l'observation clinique. Les observations dont il s'agit ont conduit naturellement à penser que, dans les conditions normales, le foie exerce par excellence une fonction dont autrefois on ne l'avait pas cru chargé. Cette fonction a pour rôle principal la formation de l'urée et de l'acide urique et, en conséquence, pour plus de commodité, on pourrait la désigner sous le nom de *fonction désassimilatrice*. Quelques physiologistes ont été amenés ensuite à chercher la vérification de cette vue dans les conditions expérimentales. Plusieurs renseignements intéressants ont été obtenus dans cette voie. Les documents sur lesquels je me propose d'appeler votre attention appartiennent donc, d'après cela, à deux catégories distinctes : 1° faits d'ordres clinique et nécroscopique; 2° faits observés chez les animaux et appartenant plutôt à l'ordre expérimental.

1° Avant d'entrer dans l'exposé des faits cliniques, je crois devoir commencer par un mot d'historique. Ce n'est guère que depuis la publication d'un travail fort instructif (1) de M. G. Meissner, qui a pu mettre à profit les importantes observations de Frerichs sur les altérations de l'urine dans l'atrophie jaune aiguë du foie, qu'on s'est occupé avec un peu de suite de la relation qui existe entre les altérations du foie et les modifications que subit le taux de l'urée. Mais, bien antérieurement à ce travail, en France et en Angleterre, la relation dont il s'agit avait été entrevue. On la trouve déjà mentionnée, par exemple, dans le célèbre mémoire de MM. Prévost et Dumas (2). « Tous les chimistes savent, disent-ils, que l'urine des malades affligés d'hépatite chronique, contient peu ou point d'urée, ce qui semble prouver que les fonctions du foie sont nécessaires à sa formation. »

Encore en France, dès 1846, M. Bouchardat (3) a affirmé cette relation d'une façon plus nette. A propos d'une observation très-curieuse d'augmentation du chiffre de l'urée, survenue dans le cours d'une affection hépatique, cet auteur émet l'opinion « qu'il existe certainement une relation qu'on trouvera un jour entre les fonctions du foie et la production de l'urée. » En 1867, une observation nouvelle (4) fournit à M. Bouchardat l'occasion de revenir sur cette idée et son travail est plus complet que ne l'a été ultérieurement celui de M. Meissner. Il reconnaît, en effet, que certaines lésions du foie produisent une augmentation de la production de l'urée, tandis

(1) *Archives de Henle*, 1868.

(2) *Annales de chimie et de physique*, t. XXXIII, p. 100.

(3) *Annuaire de thérapeutique*, 1846.

(4) *Annuaire de thérapeutique*, 1867.

que d'autres lésions du même organe, en déterminent la diminution. M. Meissner, lui, ne paraît connaître que les faits du second groupe.

Quoiqu'il en soit, les auteurs qui, dans ces dernières années ont repris avec activité ce sujet intéressant sont, en Angleterre, M. Parkes et M. Murchison (1); en France, M. Brouardel (documents inédits) et M. Fouilhoux dans une dissertation inaugurale recommandable (1874.)

Le taux de l'urée, dans les affections hépatiques, peut, ainsi que je viens de le dire, être modifié de deux façons tout opposées. Tantôt, en effet, il y a une exagération plus ou moins considérable du chiffre moyen de l'urée rendue en 24 heures; tantôt, au contraire, il y a une diminution ou parfois même une suppression de l'excrétion d'urée. Ceci me conduit à vous rappeler que, d'après les documents français, le chiffre moyen de l'urée pour la France — cela dépend sans doute sur tout du mode d'alimentation — oscille entre 23 et 30 (Ch. Robin). Le chiffre 30 et des chiffres supérieurs donnés par beaucoup d'autres étrangers seraient trop élevés pour ce qui nous concerne.

IV. Les faits du premier groupe sont relatifs à des cas dans lesquels, autant qu'on en peut juger d'après les phénomènes cliniques, le foie n'est pas le siége de lésions organiques graves. Il y a lieu de croire qu'il s'agit là particulièrement d'un simple trouble fonctionnel, d'une hypérémie actuelle, analogue à ce qu'on observe dans un certain nombre de cas de diabète.

Dans deux cas d'*ictère spasmodique*, apparu à la suite d'une cause morale, sans réaction fébrile, M. Bouchardat (2) a observé les chiffres suivants : dans le premier cas, il a trouvé la proportion énorme de 133 gr. 6 d'urée, dans les 24 heures; la quantité s'est maintenue à ce niveau pendant trois ou quatre jours. — Dans le secoud cas, de même que dans le premier, il y avait absence de fièvre (le pouls était à 56), de l'anorexie, etc.; le chiffre de l'urée a été de 57 gr. 2 dans les 24 heures. — Fourcroy et Vauquelin avaient déjà annoncé (1806) que, dans l'ictère, l'urine peut contenir une forte proportion d'urée.

M. Brouardel s'est attaché depuis longtemps à l'étude de ces questions. Dans un Mémoire qu'il a bien voulu me communiquer, il annonce que, dans cinq ou six cas d'ictère spasmodique qu'il a examinés au point de vue que nous envisageons, l'urée des 24 heures a été constamment augmentée durant les premiers jours.

M. Fouilhoux (*loc. cit.*) rapporte sous le nom de congestion hépatique une observation qu'il vaudrait peut-être mieux caractériser du uom d'hépatite et dans laquelle il y avait eu frisson suivi de fièvre, des douleurs vives à la région hypochondriaque, se réveillant par la palpation, ct une augmentation de volume de l'organe. Dans ce cas, le chiffre de l'urée s'est élevé pendant plusieurs jours aux chiffres considérables de 43, 45, 47 et 54.

C'est le moment de vous faire remarquer, Messieurs, que suivant toute vraisemblance, certains cas d'azoturie liés au diabète relèvent peut-être d'une affection congestive et irritative du foie coïncidant avec une suractivité fonctionnelle de l'organe et déterminant du même coup l'exagération de la fonction glycogénique et celle de la fonction désassimilatrice.

V. Les faits du second groupe, ccux dans lesquels il y a une diminutiou plus ou moins prononcée de la production d'urée sont peut-être plus frappants encore que les précédents. D'après la relation des faits cliniques et surtout d'après les autopsies, il y a lieu de conclure que ces faits se rapportent, cn général, à des lésions destructives et plus ou moins profondes du parenchyme hépatique. Ainsi, les lésions qui entraînent le plus communément la diminution du chiffre de l'urée sont : 1° Les lésions diffuses attaquant dans toute son étendue le parenchyme du foie, comme l'atrophie jaune aiguë, la cirrhose vulgaire ou 2° des altérations circonscrites, mais ayant détruit sur un ou plusieurs points, dans une grande étendue, le parenchyme hépatique. Tels sont le cancer du foie, les kystes hydatiques, l'abcès des pays chauds; 3° Nous verrons tout à l'heure qu'une simple lésion fonctionnelle, transitoire du foie, celle qu'il subit dans la colique de plomb, et qui se traduit par une diminution de toutes les dimensions de l'organe peut amener momentanément une diminution prononcée du chiffre de l'urée.

A. Envisageons en premier lieu le cas où le parenchyme du foie est lésé à peu près uniformément, dans toute l'étendue de l'organe, d'une façon lente et progressive, comme on l'observe, par exemple, dans la cirrhose vulgaire.

(1) *Functionnal Derangments of the Liver*, 1874.
(2) *Annuaire de thérapeutique*, 1846.

Il y a longtemps qu'on a écrit, mais sans preuves bien régulières, que l'urée diminue dans l'urine des malades atteints d'hépatite chronique [Rose, Henri (de Manchester), Berzélius, Prévost et Dumas.] En pareille circonstance, Andral et Frerichs avaient indiqué plutôt une exagération de la proportion d'urée. Mais leurs observations ne sont pas significatives parce qu'ils ont opéré sur de simples échantillons et non sur l'urine des 24 heures.

Aujourd'hui, nous possédons à cct égard des documents précis et suffisamment nombreux pour permettre d'établir comme une règle que le taux de l'urée des 24 heures est toujours diminué d'une façon très-notable, dans les cas de cirrhose un peu avancée. En outre des observations de M. Murchison, nous pouvons signaler par exemple : 1° Un cas de M. Hirne, consigné dans sa thèse par M. Fouilhoux (1874) : l'urée est descendue à 10 ou 12 gr. et même à 5 ou 6 grammes; 2° uu groupe imposant de six observations recueillies par M. Brouardel et possédant, par conséquent, en ce qui a trait particulièrement à la détermination clinique et nécroscopique, toutes les garanties désirables. Il s'agit, dans tous ces cas, de la cirrhose atrophique, observée dans la période de l'ascite. L'urée des 24 heures, chez les malades, n'a jamais dépassé 9 grammes ; elle n'a atteint ce chiffre qu'une fois. Souvent, elle est descendue à 3 grammes et une fois à 1 gr. 88.

Ainsi que cela pouvait être aisément prévu, le taux de l'urée diminue également dans la cirrhose hypertrophique. C'est ce que démontre une observation relatée dans la thèse de M. Hanot (1). Dans cette observation qui a été prise dans le service de M. Bucquoy, l'analyse de l'urine a été faite par M. Byasson. Le chiffre de l'urée, dans les 24 heures, a oscillé entre 4 et 9 grammes.

B. Dans une seconde catégorie, je placerai le cas de destruction partielle lente d'une grande partie du parenchyme hépatique. Je citerai une observation de Vogel (2) qui, bien qu'elle soit ancienne, n'en est pas moins intéressante. Le malade était affecté d'un cancer qui avait envahi la presque totalité du foie. Les chiffres de l'urée des 24 heures ont été de 6, 7 et 8 gr.

Je signalerai encore un cas de kyste du foie ayant fait disparaître la majeure partie du lobe droit et l'ayant réduit à une sorte de coque mince. Cette observation, insérée dans la thèse de M. Fouilhoux, appartient à M. Hirne. Le taux de l'urée a toujours été au-dessous de la normale et quelquefois très-bas.

(*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

M. le professeur Vulpian.

L'élection de M. le professeur Vulpian à l'Académie des Sciences a été l'occasion d'une manifestation à la Faculté de médecine.

Mardi, à son entrée dans le grand amphithéâtre, M. Vulpian a été accueilli par des applaudissements prolongés. Un peu ému, il a répondu à ces témoignagues de sympathie, à peu près en ces termes :

« Je vous remercie des marques de sympathie que vous » me témoignez à l'occasion de mon élection d'hier à l'Aca» démie des Sciences.

» Cette élection est pour moi beaucoup plus qu'une sa» tisfaction personnelle. Elle est un succès pour la Faculté » de Médecine, pour la Médecine en général, en un mot, » un hommage rendu à notre noble profession. Il s'était » engagé, à l'Académie des Sciences, une lutte entre la » médecine et les autres sciences. Il s'était formé un parti » contre la médecine ; on avait organisé une sorte d'entre» prise qui avait pour but de l'éloigner de l'Académie des » Sciences. Les savants qui se proposaient ce but se fon» daient surtout sur cette idée absolument fausse que la » médecine n'est pas une science. Il ne faut pas trop s'en » étonner : ces savants ne connaissent la médecine que de » nom, et ils ignorent par conséquent que, sous bien des

(1) Thèse de Paris 1875, p. 55.
(2) *Zeitsch. fur ration. Medicine* Bd. IV, p. 391, 1854.

» rapports, elle mérite autant le nom de *Science* que la botanique, la zoologie, la physiologie, la physique et la chimie. L'entreprise dont ils désiraient ardemment le succès a échoué, Messieurs, grâce à l'activité qu'ont déployée, dans la défense de la cause de la médecine, quelques-uns de mes collègues de la Faculté, parmi lesquels je me plais à citer au premier rang, M. Gosselin et M. Wurtz.

» Je suis heureux d'avoir été le champion victorieux de cette lutte. J'en suis heureux parce que l'honneur qui en résulte pour moi est le couronnement de ma carrière scientifique, et parce que ce titre réalise l'ambition de toute ma vie, celle d'être le plus puissant possible pour faire le plus de bien possible. »

On « The least sacrifice of parts » as a leading principle of surgical practice (1).

Sacrifier le moins possible doit être un principe magistral de la pratique chirurgicale : tel est le précepte, que, l'année dernière, soutenait avec talent et conviction, devant la Société médicale de Londres, un des plus grands chirurgiens de l'Angleterre, M. Thomas Bryant. « Voici, disait-il, ce que j'entends par ces mots : « *The least sacrifice of parts.* » Le chirurgien doit craindre d'enlever plus que la nécessité absolue ne le demande ; il doit extirper la partie malade et rien au-delà ; après les traumatismes, lorsqu'il pratique une amputation, il lui faut tailler son lambeau comme il peut, au besoin n'en pas tailler du tout, et abandonner à la nature le soin de la réparation ; dans les cas pathologiques, qu'il coupe à travers les tissus malades et infiltrés des produits de l'inflammation plutôt que d'amputer le membre plus haut qu'il n'est absolument nécessaire. »

Puis, l'éminent chirurgien anglais, à l'aide d'un grand nombre d'observations, établit successivement sa doctrine pour les cas pathologiques et dans les traumatismes.

Dans les opérations que l'on pratique sur le pied pour les arthrites ou ostéites chroniques, pour les caries, il trouve qu'on est trop enclin à sacrifier tout l'organe, à pratiquer l'amputation de Chopart, de Pirogoff, de Syme : pour lui, il se contente d'enlever l'os ou les surfaces articulaires malades. Pendant un certain temps, il laisse la suppuration isoler les parties et la nécrose se limiter; et c'est alors seulement qu'il intervient directement. Ainsi, dans les cas d'ostéo-arthrite des divers os et articulations du pied, il a extirpé isolément le scaphoïde, le premier cunéiforme et la partie postérieure du premier métatarsien, le calcanéum, la moitié inférieure de l'astragale, etc. Lorsque les lésions occupaient la moitié antérieure du tarse, il a fait l'amputation de Chopart ; pour une maladie de l'articulation tibio-tarsienne, il a pratiqué l'amputation de Pirogoff, laissant dans la plaie le tiers postérieur du calcanéum.

Dans les maladies des grandes articulations, le Dr Bryant est convaincu qu'un traitement local peut amener la guérison bien plus souvent qu'on ne le suppose généralement. La large ouverture de la jointure (*free incision into joints*) et l'ablation des parties osseuses nécrosées constituent une opération excellente, souvent couronnée de succès et moins dangereuse que la résection ou l'amputation. En conséquence, dans des tumeurs blanches suppurées des articulations du cou-de-pied, du genou, de l'épaule, et même de la hanche, il n'a pas hésité à ouvrir largement la capsule articulaire, à donner issue au pus et à réséquer les parties nécrosées. Il rapporte un certain nombre de cas où cette pratique lui a parfaitement réussi. C'est ainsi qu'il a réséqué la cavité glénoïde, la tête de l'humérus, la tête du fémur et les condyles fémoraux dans des ostéo-arthrites chroniques suppurées.

Fidèle à son principe « the least sacrifice of parts », il conseille, lorsqu'une amputation est devenue inévitable, de couper sans crainte à travers les tissus enflammés, infiltrés, de pénétrer à travers les abcès, et au besoin, de conserver une des surfaces de l'articulation malade. Il rapporte des observations suivies de guérison où pour des ostéo-arthrites du genou, il a fait l'amputation de la cuisse à travers les condyles fémoraux ou plus simplement, il a désarticulé le genou ; dans ces cas, cependant, les parties molles de la région inférieure de la cuisse et du genou étaient épaissies et infiltrées de pus. Son lambeau taillé dans des tissus malades ne s'est nullement nécrosé, mais il s'est couvert de bourgeons charnus et une excellente cicatrisation a été obtenue.

Enfin, dans les amputations nécessitées par des causes traumatiques, le docteur Bryant conseille d'enlever seulement les parties lésées, de ne jamais enlever des tissus sains dans le but de faire une opération classique. Le chirurgien doit utiliser autant que possible toute partie des téguments qui lui paraît viable ; qu'il ne craigne pas de laisser le moignon découvert se revêtir peu à peu de bourgeons charnus, toutes les fois qu'en agissant ainsi, il peut conserver une plus longue portion de l'os, sauver une articulation ou éviter une amputation dans la contiguïté. Dans les plaies par écrasement des doigts et de la main, il abandonne la guérison à la nature, ou, s'il ampute, utilise toutes les parties saines de la peau. C'est dans le même but que, dans un cas d'écrasement de l'avant-pied, où la peau du dos de cet organe était intacte, il a fait la désarticulation de Chopart, en taillant contre les règles un lambeau exclusivement dorsal. Dans des fractures comminutives de la partie supérieure de la jambe, il s'est contenté de désarticuler le genou.

Nous avons exposé d'un seul trait la doctrine du célèbre chirurgien anglais, afin de permettre d'en mieux saisir l'ensemble : nous devons maintenant en indiquer les principales différences avec la pratique des chirurgiens français.

Depuis longtemps déjà, on fait chez nous, des résections partielles du pied, on extirpe le calcanéum ou les métatarsiens pour des tumeurs blanches ou des arthrites chroniques : mais déjà, on a constaté que ces opérations limitées sont suivies de récidives ; les autres articulations du pied se prennent successivement, se couvrent de fongosités, et il faut se décider à amputer la jambe. En effet, la dégénérescence graisseuse, signe avant-coureur de l'ostéite, des fongosités et de la suppuration, a envahi le plus souvent les deux os de l'articulation, ou même, tout un segment d'un membre.

Dans les tumeurs blanches et les arthrites chroniques des grandes articulations, les chirurgiens français ont rare-

(1) Thomas Bryant. *The Lancet* 1875, p. 117, 154, 189, 263, 330.

ment l'occasion de pratiquer la résection des surfaces articulaires. Ils préfèrent avec raison tenter la guérison par des appareils inamovibles et les révulsifs ; et, quand après une attente assez longue, ce traitement, n'a pas réussi, ils se décident parfois à sacrifier le membre. Cette préférence pour l'amputation est peut-être exagérée ; les nombreux succès dont Bryant fait le récit dans ses leçons, pourraient faire espérer de bons résultats des *résections tardives*, même dans les cas d'ostéo-arthrite suppurée. Sa pratique diffère en effet de celle de ses compatriotes qui rarement essaient convenablement l'immobilisation, et qui font ce qu'on pourrait appeler, des *résections précoces*. C'est ce qui explique du reste le grand nombre de leurs succès *opératoires*.

La large ouverture des articulations qui suppurent était autrefois vantée comme moyen de guérison ultime par les vieux chirurgiens : il nous semble que c'est avec raison qu'on ne la fait plus dans nos hôpitaux ; l'infection purulente était presque fatale. La plupart des chirurgiens français regardent en effet, la « *free incision* » des Anglais comme dangereuse dans ces circonstances.

L'amputation au milieu des tissus infiltrés par les produits de l'inflammation est depuis un certain temps déjà, la pratique de quelques chirurgiens de notre pays. Nous avons vu souvent, pour notre part, notre savant maître M. Verneuil, ne pas hésiter à tailler un lambeau dans les parties molles qui recouvraient une articulation chroniquement enflammée. Jamais le sphacèle n'est survenu ; le lambeau a bourgeonné et la cicatrisation a été parfaite.

En France comme en Angleterre, dans les traumatismes et dans les cas pathologiques, l'amputation au *lieu d'élection* est abandonnée, on ne fait plus guère que des amputations au *lieu de nécessité*. C'est du moins l'opinion de MM. Legouest et Alphonse Guérin, les deux savants auteurs des articles « Amputations » des deux dictionnaires.

Le précepte d'amputer le plus loin possible du tronc est aussi depuis longtemps général parmi nous ; il a pris une puissance plus grande encore depuis que des statistiques nombreuses sur les différentes amputations ont été publiées.

Dans les traumatismes des petites articulations du pied et de la main, on agit différemment en France et en Angleterre. C'est, chez nous, un principe généralement répandu qu'il ne faut pas chercher à régulariser les plaies par écrasement des doigts. Avant qu'il n'en fût ainsi, il paraît que, dans nos hôpitaux, les phlegmons et l'infection purulente emportaient presque constamment les malades.

A propos du choix du lieu de l'opération dans les grandes amputations traumatiques, nous regrettons que le chirurgien anglais ait posé comme règle absolue, de couper le plus près possible de la lésion : c'est au moins une maxime qui aurait eu besoin d'explication. Ici, plus qu'en aucune autre circonstance, un diagnostic précis de l'étendue de l'affection est nécessaire ; souvent, en effet, on observe des lésions des parties profondes, des altérations des os, *à distance du foyer traumatique*. C'est pour cela que J. Roux conseillait autrefois, dans les plaies par arme à feu, si souvent accompagnées de fractures comminutives, de fissure et d'éclat des os, de pratiquer d'emblée la désarticulation du membre. Il prévenait ainsi, il est vrai, l'ostéo-myélite ascendante consécutive ; mais la gravité des désarticulations faites sur des segments trop élevés des membres a toujours conduit à rejeter cette pratique comme trop dangereuse. Le choix du lieu de l'opération doit être déterminé non-seulement par la nature du mal et son étendue, mais aussi par la gravité de l'opération, suivant le hauteur à laquelle elle peut être pratiquée.

Ce n'est pas la nouveauté des doctrines de M. Bryant qui nous a engagé à en faire l'exposé ; sa pratique conservatrice est, dans les points principaux, celle de beaucoup de chirurgiens français, mais c'est qu'elle diffère assez vivement de la fougue opératoire de la plupart de ses compatriotes. Il y a progrès en Angleterre à cet égard, témoin les efforts tentés pour obtenir des pansements préservatifs, il suffit de rappeler les nombreux succès qu'obtient chaque jour Lister à l'aide de son traitement antiseptique.

H. DURET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 *mai* 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

M. RICHET a étudié certains phénomènes de sensibilité chez les grenouilles : la quantité de sang nécessaire pour amener la mort par privation de sang varie de 6 à 8 heures. Si l'animal est empoisonné par la strychine, on constate facilement que le nerf sensitif meurt avant le nerf moteur.

Les recherches de M. Richet ont aussi porté sur l'homme. Il a constaté que pour les excitants faibles la sensibilité va en croissant, pour les excitants forts en diminuant, pour les excitants de moyenne intensité en oscillant.

M. LALASTE fait une communication sur les œufs des batraciens.

M. KUNCKEL décrit la terminaison des trachées et des nerfs dans les trompes des mouches.

M. P. BERT rappelle les nombreuses expériences faites par divers savants sur les conditions de la mort par abaissement de température chez les animaux inférieurs.

Ces expériences ne sont pas concluantes : car on a toujours confondu les effets dus aux températures extrêmes elles-mêmes et ceux qu'il faut attribuer à un brusque changement. Un poisson vivant dans de l'eau à 12° porté dans de l'eau à 28° meurt rapidement : si on élève progressivement la température, l'animal supporte, sans souffrir 28° et ne succombe que vers 33°. De même on voit rapidement mourir un poisson qui, d'une eau à 28° est porté brusquement dans une eau à 12°. Comment se fait la mort par l'élévation de température ? C'est probablement par le muscle cardiaque. La mort par le changement brusque de température est peut-être au contraire d'origine nerveuse. En tout cas, ce sont des questions à revoir complètement.

L.D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 *mai*. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. POGGIALE lit le discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie sur la tombe de M. Buignet.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie externe. La commission présente en 1re ligne, M. Lefort ; en 2e ligne, *ex-æquo* MM. Panas et Rochard ; en 3e ligne, M. Guyon ; en 4e ligne, *ex-æquo* MM. Desormeaux et Després. Nombre des votants, 70 ; majorité absolue 36. Au premier tour de scrutin ont obtenu : M. Lefort, 41 voix ; M. Rochard, 10 ; M. Desormeaux, 10 ; M. Panas, 7 ; M. Desprès, 2. En conséquence, M. Léon Lefort est nommé membre titulaire de l'Académie de médecine.

M. MIALHE ne veut intervenir dans la discussion sur la colique sèche des pays chauds que pour réfuter une assertion de M. Rufz de Lavison. Cet orateur ne croit pas que la soudure en plomb des boites de conserves alimentaires, ni le métal des canaux destinés à distribuer l'eau, puissent altérer la santé au point de causer une intoxication saturnine. En cela

il a tort, car il faut de très-minimes quantités de plomb pour produire des accidents toxiques spéciaux, pourvu que l'usage en soit longtemps prolongé! Duchenne (de Boulogne) a eu l'occasion de traiter d'une paralysie des extenseurs un homme qui avait gagné sa maladie en maniant des feuilles de plomb destinées à enrober certaines substances. Le plomb est surtout toxique quand il est absorbé sous forme de chlorures : or, sur les navires et sur les bords de la mer, l'atmosphère maritime, imprégnée de chlorures salins, agit constamment sur les objets en plomb, d'où production incessante de chlorures plombiques. Cette action chimique explique pourquoi une faible quantité de métal peut causer de graves accidents d'intoxication puisqu'elle est une source constante de poison.

M. Leroy de Méricourt répond à M. Briquet qu'on ne peut pas faire le dignostic entre la colique nerveuse et la colique saturnine en se guidant uniquement sur le siége de la douleur parce que la douleur n'existe pas seulement dans les muscles superficiels, ainsi que le dit son honorable contradicteur, mais bien dans tout l'intestin lui-même. Cet état particulier du tube digestif se révèle par deux faits caractéristiques : l'existence de la constipation opiniâtre et la formation de tumeurs gazeuses sonores et isolables à travers la paroi abdominale, tumeurs qui sont produites par la distension d'une portion d'anse intestinale dont les deux extrémités sont pour ainsi dire étranglées par la contracture spasmodique de deux faisceaux musculaires.

Pour répondre à M. Rufz de Lavison, l'orateur reprend en partie ce qu'il a dit dans son précédent discours et ajoute les considérations suivantes. Plusieurs médecins et parmi eux surtout M. Bérenger-Féraud pensent qu'il n'est pas besoin pour différencier la colique saturnine des autres maladies avec lesquelles on pourrait la confondre que tous les symptômes habituels de cette entité morbide existent sans exception. Ils affirment la colique saturnine quand ils reconnaissent les douleurs musculaires, sans avoir besoin de constater les paralysies. Le quinquina dont l'action est si énergique sur la colique miasmatique, n'agit en aucune façon sur la colique sèche. La colique sèche a remarquablement diminué depuis l'adoption et la mise en vigueur des mesures hygéniques préconisées par M. Lefèvre. C'est à peine si maintenant les médecins de marine en constatent quelques cas isolés, tandis qu'autrefois les décès étaient fréquents.

Les hommes à terre sont tout aussi sujets à contracter la colique sèche que les hommes à bord. En 4 ans, sur 16,263 congés de convalescence, 48 seulement ont été délivrés portant la mention de colique, et sur ces 48 certificats il n'y en a eu que 16 destinés à des marins. — Si la colique sèche tire son origine d'une influence miasmatique, comment expliquer pourquoi ce sont toujours les mêmes catégories d'individus qui soient pris de la maladie. Sur mer en effet, les malades sont toujours les mécaniciens, les chauffeurs, les cuisiniers, les infirmiers et jamais ce ne sont les caustiers. Or, précisément, ceux-ci sont constamment soumis aux funestes effets du paludisme, tandis que ceux-là sont soumis aux influences toxiques des préparations de plomb. — Il est à remarquer encore que la marine française seule semble jouir du privilége d'avoir la colique sèche, puisque cette maladie est inconnue aux marines anglaise, allemande, portugaise, etc., qui ne se servent pas d'objets en plomb. — Si, à une certaine époque, on n'a pas pu trouver la cause réelle de certaines épidémies de colique sèche survenant dans des pays où elle était inconnue, on sait pertinemment aujourd'hui que les épidémies de Normandie, du Poitou, du Finistère, de Madrid, etc., ont toutes eu pour origine indiscutable un empoisonnement plombique généralisé.

Dans l'intoxication saturnine, il est parfois difficile de trouver le corps du délit ; mais plus la question progresse, plus les procédés d'investigation se perfectionnent et plus sûrement on arrive à découvrir le coupable. On sait qu'une très-minime quantité de plomb peut produire de graves accidents, pourvu que l'introduction dans l'économie en soit longtemps prolongée. — Cette discussion sur l'étiologie et la nature de la colique des pays chauds, a une très-grande importance au point de vue thérapeutique. Il est évident que si elle est d'origine miasmatique, elle devra être traitée d'une toute autre façon que serait traitée une intoxication saturnine et réciproquement. M. Leroy de Méricourt conclut en rappelant la fin de son discours et en disant que pour lui la colique sèche des pays chauds et la colique saturnine ne sont qu'une seule et même maladie.

L'Académie se forme en comité secret à 4 h. 3/4. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 4 février 1876. — Présidence de M. Charcot.

9. Fongus de la vessie; Calculs phosphatiques récidivants; Lithotrities multiples; Mort rapide; par M. Poisson, interne des hôpitaux.

G. L., 67 ans, sellier; fait remonter le début de son affection à quatre ans environ. A cette époque il commença à ressentir des douleurs exagérées par le mouvement, des démangeaisons à l'extrémité du gland, la miction devint plus fréquente, l'urine s'altéra et fut parfois sanglante. Alarmé par ces symptôme, il entra une première fois à Beaujon et fut lithotritié.

Au bout de trois mois il sort amélioré de l'hôpital pour y rentrer une seconde fois, deux mois après ; il est de nouveau lithotritié par M. Dolbeau, mais les calculs se reproduisent toujours et les accidents qu'ils provoquent appellent à quatre reprises le malade dans nos salles. Pendant ces différents séjours on lui pratiqua environ quarante lithotrities sans résultat définitif.

Outre les calculs M. Dolbeau avait diagnostiqué un fongus au niveau du col de la vessie, faisant saillie surtout du côté gauche; dans le cathétérisme, en effet, le bec de la sonde était dévié manifestement au moment où l'on entrait dans la vessie. Les douleurs sont vives et s'exaspèrent par le moindre mouvement, les urines profondément altérées révèlent un catarrhe intense. Le malade qui depuis la première lithotritie n'urine plus spontanément est obligé de se sonder d'heure en heure. Il se plaint d'une extrême faiblesse des jambes et les derniers temps est obligé de rester couché.

Les choses sont dans cet état depuis quelque temps, quand le 24 janvier, sans cause occasionnelle, sans qu'aucune manœuvre ait été pratiquée, le malade est pris dans la journée d'un frisson violent, avec claquement de dents.

Ce frisson dure une demi-heure environ et est remplacé par un coma dont on peut d'abord retirer le malade mais qui progressivement devient absolu. La température s'élève à 39° 2. Le pouls petit, filiforme est à 130. Le malade se recouvre d'une sueur abondante et succombe six heures environ après le début des accidents.

Autopsie. — Le rein droit est presque sain et n'offre rien à noter. — Le rein gauche de volume normal est rétracté par places, mamelonné. Le tissu rénal est jaunâtre, graisseux. Le bassinet très-dilaté forme une poche dans laquelle nous trouvons, engagés à l'orifice de l'uretère, trois calculs d'inégal volume ; l'un aplati, gros comme une amande, deux autres plus petits; ils baignent dans une urine louche, purulente et fétide. Dans l'uretère du même côté légèrement dilaté nous trouvons vers la partie moyenne un calcul gros comme un petit pois.

Au niveau du col de la vessie existe en effet une tumeur violacée, mollasse, faisant à gauche une saillie grosse comme un marron et, dans la rigole que forme le bas-fond de la vessie, en arrière de la saillie se trouvent un grand nombre de calculs ; le plus volumineux ne dépasse pas les dimensions d'une noisette, trois ou quatre ont à peine le volume d'un pois. A leur surface ils sont assez friables et d'aspect phosphatique, mais au centre leur consistance est beaucoup plus grande, ils sont baignés par une urine louche et fétide transformée en une véritable boue calculeuse.

La muqueuse violacée nous présente les lésions du catarrhe chronique.

10. Abcès périprostatique chez un tuberculeux; par F. Balzer, interne des hôpitaux.

Le nommé B.., entre le 3 janvier au n° 4 de la salle Saint-Michel, (service de M. Empis) à la Charité. Cet homme, âgé

de 41 ans, est faible, amaigri : il dit qu'il tousse depuis trois mois environ et qu'il a fréquemment des sueurs la nuit. Sa face est très-amaigrie, il est un peu sourd, et se plaint d'un écoulement purulent des deux oreilles, fétide, mais peu abondant, qui l'incommode depuis plusieurs années.

La poitrine est amaigrie, les omoplates saillantes; on trouve à la percussion de la matité dans aux sommets. A l'auscultation on entend des râles disséminés dans toute la poitrine, des craquements et de la respiration soufflante aux sommets. Il a craché plusieurs fois du sang dans le courant de l'année dernière. Pas de vomissements, ni de diarrhée.

Sa chemise est mouillée par une grande quantité de pus extrêmement fétide qui sort continuellement de l'urèthre, surtout pendant la nuit. Il éprouve des douleurs très-vives sur le trajet de l'urèthre, principalement lorsqu'il veut uriner. En pressant sur le canal, on en fait toujours sortir une assez grande quantité de pus. On pense d'abord à une blennorrhagie extrêmement intense ; le malade déclare qu'il en a eu déjà plusieurs antérieurement.

Le surlendemain de son entrée, on s'aperçoit à la visite du matin, que le côté gauche de la face est entièrement paralysé. Les rides du front sont effacées, la paupière couvre incomplétement le globe de l'œil, la narine gauche est aplatie, la commissure gauche des lèvres abaissée. Il ne peut siffler et s'exprime avec peine. Il raconte qu'il a souffert plus que d'habitude dans l'oreille gauche et qu'il y éprouve encore une douleur assez vive.

Les jours suivants, la paralysie faciale semble s'accentuer davantage. La surdité devient plus marquée : elle est à peu près complète à gauche. On est obligé de lui parler dans l'oreille droite. Le cubèbe parait rester sans action contre l'écoulement uréthral; celui-ci devient de plus en plus épais et fétide. Mélangée à cet écoulement, l'urine du malade parait extrêmement épaisse. Aussi M. Empis prescrit-il de faire des injections dans la vessie avec de l'eau de goudron.

Le soir même je pratique un premier essai. La sonde pénètre facilement et sans trop de douleurs dans l'urèthre. Mais, arrivée vers la portion membraneuse, elle se trouve arrêtée par un obstacle, et le malade indique une vive douleur. Je la retire aussitôt, sans avoir fait le moindre effort pour franchir l'obstacle, et un jet de pus, épais, noirâtre suit immédiatement la sortie de la sonde. Il est évident qu'un abcès péri-uréthral vient de s'ouvrir, sous la pression exercée par la sonde. Pas une goutte de sang n'a accompagné l'expulsion du pus.

Cette exploration est munie d'une légère douleur qui se calme assez promptement et le lendemain matin, le malade déclare qu'il a été soulagé et qu'il urine plus facilement.

Malgré cet insuccès, M. Empis, prescrivit de tenter encore de pénétrer dans la vessie, le malade indiquant de vives douleurs du côté de cet organe. Deux essais furent encore tentés, et n'amenèrent aucun résultat. La sonde s'arrêtait au même endroit, et ne parvenait pas dans la vessie. A la suite d'une de ces tentatives, le malade fut pris tout-à-coup d'une douleur extrêmement vive s'irradiant vers l'anus et le périnée. Celui-ci était extrêmement sensible à la palpation. Le malade raconta qu'il était fréquemment pris de semblables douleurs lorsqu'il faisait des efforts pour uriner. Le toucher rectal pratiqué aussitôt resta sans résultat. On ne trouva aucune tuméfaction bien nette du côté de la prostate.

Ces tentatives ne furent pas renouvelées, le malade continua à rendre du pus en] grande quantité, mais celui-ci prit d'autres caractères. Il devint plus épais, plus fétide, presque noirâtre, il renfermait évidemment des parcelles de matières fécales, le malade prétendit même y reconnaître plusieurs fois des morceaux d'aliments non digérés. Le passage de ces matières demi-solides était extrêmement douloureux.

M. Gosselin, appelé en consultation, pratiqua le cathétérisme sans pouvoir pénétrer dans la vessie. Il fit un second essai en faisant en même temps le toucher rectal, et sentit facilement le bec de la sonde dans le rectum. La prostate lui sembla petite et réduite à une espèce de coque.

Le même jour, le malade, en allant au bain, fut pris d'un frisson violent et dut remonter dans la salle aussitôt. Le soir il se plaignit d'un violent point de côté à gauche ; il avait de la fièvre, la peau chaude et humide, la langue sèche. La respiration était haletante. Pas de douleur du côté de la tête, ni de l'oreille gauche. Même état des voies urinaires.

Le lendemain on trouva dans son crachoir, quelques crachats peu abondants, d'une couleur jus de pruneaux, aérés, et peu adhérents. Matité à la base et à gauche. A l'auscultation souffle tubaire. Respiration soufflante avec craquements aux deux sommets. M. Empis prescrit un vécicatoire sur le côté gauche.

Le soir, le malade est beaucoup plus mal, la respiration devient bruyante, stertoreuse, il répond encore aux questions qu'on lui adresse, mais il a déjà du crocidisme; il arrache son vésicatoire, retire le cataplasme qu'on lui met sur le ventre, et s'agite sans cesse dans son lit. Pas de douleur du côté de la tête; depuis un ou deux jours, la joue gauche est un peu œdématiée, l'écoulement de l'oreille est aussi plus abondant. Crachats jus de pruneaux. Souffle tubaire à gauche et à la base. Il meurt à minuit, le 3 février.

Autopsie. — Les poumons sont le siége de lésions très-profondes. Le sommet droit présente en plusieurs points des îlots de pneumonie caséeuse et renferme une caverne assez grande; les petites bronches sont entourés d'une zone caséeuse. La base est à peu près saine. Le poumon gauche présente les mêmes altérations que le droit, à son sommet, mais avec une caverne moins étendue. Le lobe inférieur est hépatisé; dans sa plus grande étendue, la pneumonie est à la période d'hépatisation rouge, sur un point elle est déjà à la période d'hépatisation grise. — Les bronches sont très-congestionnées ; le larynx présente plusieurs ulcérations. Le cœur est sain, petit, et renferme une grande quantité de caillots post mortem.

L'estomac est sain. L'instestin grêle présente un grand nombre d'ulcérations tuberculeuses, à bords déchiquetés et anfractueux, et atteignant des dimensions très-variées. Le gros intestin est sain, dans toute la portion descendante du colon jusqu'au rectum. — La rate est petite, non ramollie ; le foie est gras, normal comme volume.

Le cerveau, le cervelet et le bulbe sont sains. — Le rocher parait présenter des granulations et de petits foyers caséeux sur sa coupe. Les osselets sont complétement détruits ; les cellules mastoïdiennes sont remplies de pus.

Les reins, les bassinets et les uretères sont sains ; la vessie renferme une urine trouble, elle est un peu congestionnée, principalement vers le col. La muqueuse de l'urèthre parait saine dans toute sa portion pénienne. Elle est enflammée dans sa portion prostatique et le verumontanum est très-développé. Au-dessous d'elle et au-dessous de la prostate, on trouve un cloaque très-étendu, qui a disséqué le rectum dans sa portion inférieure, et qui communique avec cette portion de l'intestin par deux ouvertures irrégulières, à bords indurés et déchiquetés, situées sur la face postérieure et séparées l'une de l'autre par une portion de muqueuse, large d'un centimètre. A sa partie supérieure, le cloaque ne remonte pas au-dessus de la prostate; à sa partie inférieure il descend jusqu'au sphincter de l'anus. Il est donc très-évasé à sa partie postérieure et supérieure, plus étroit à sa partie antérieure où il vient se terminer à 5 centimètres du col de la vessie, après avoir détruit l'urèthre à sa partie inférieure dans une étendue de trois centimètres environ. Les vésicules séminales paraissent saines, ainsi que les testicules. Les parois du cloaque sont irrégulières et anfractueuses. La face inférieure de la prostate est creusée d'une excavation qui admet facilement la pulpe du doigt. Elle ne présente pas de lésions sur sa coupe, et l'examen microscopique a prouvé ultérieurement qu'elle était parfaitement saine.

En résumé, la collection purulente a détruit la face inférieure de l'urèthre dans une partie de sa portion pénienne, et presque toute sa portion membraneuse, Passant au-dessous du verumontanum et de la prostate, elle a décollé le rectum jusque sur sa face postérieure, et s'est fait jour dans cette partie de l'intestin par deux ouvertures d'un centimètre de diamètre environ, et séparées l'une de l'autre par une bande d'intestin d'un centimètre de largeur.

Réflexions. L'excavation de la prostate n'avait pas été reconnue sur le vivant ; la prostate avait seulement paru peu

volumineuse. En présence de l'état parfaitement sain de la vessie, de la prostate, des testicules et des vésicules séminales il devient impossible d'affirmer que cette excavation puisse être d'origine tuberculeuse. D'un autre côté la lésion n'a pas pu progresser du rectum vers l'urèthre. L'intestin grêle est rempli d'ulcérations, il est vrai, mais le gros intestin est sain. De plus, les bords des perforations sont déchiquetés, mais en même temps amincis et ne présentent pas le boursoufflement et les indurations qui accompagnent les ulcérations tuberculeuses. Enfin, le début de la maladie par un écoulement purulent de l'urèthre auquel les matières fécales ne sont venues se mêler que plus tard, montre bien que l'inflammation a dû avoir primitivement son siége dans l'urèthre. Pourtant, l'excavation de la prostate n'est pas en faveur de cette assertion. M. Gosselin croit qu'elle ne peut se produire que très-rarement dans les abcès périprostatiques qui succèdent à l'inflammation blennorrhagique de la partie profonde de l'urèthre. Mais il en admet la possibilité, et ne serait pas éloigné de trouver dans cette suppuration, une certaine analogie avec celles qu'on observe dans les os et le périoste chez les tuberculeux.

11. Inversion splanchnique complète. — Démence sénile. — Hémiplégie ancienne ; par M. Ernest Chambard, interne des hôpitaux.

La femme André, entre le 15 mai 1874 à la Salpétrière (service de M. Moreau de Tours). Les certificats de MM Lasègue et Magnan, constatent qu'elle est atteinte de démence sénile, avec incohérence, sensiblerie, impossibilité de diriger ses actes, ancienne perte de mémoire et conscience imparfaite de sa situation. Le diagnostic porté par M. Moreau est, démence consécutive à des accidents cérébraux.

Cette malade présente, en outre, les traces d'une hémiplégie gauche avec contracture secondaire du membre supérieur de ce côté. Le bras est rapproché du tronc, l'avant-bras en flexion et en pronation, le poignet en flexion sur l'avant-bras et les doigts dans la main. La contracture du membre inférieur est beaucoup moins accusée.

Pendant son séjour à la Salpétrière, cette femme était calme; parlait avec assez de facilité, raisonnait avec assez de suite, était assez gaie sauf pendant les visites qu'elle recevait et au sujet desquelles elle pleurait quelquefois. Incontinence d'urine et de matières fécales. La mort survint le 28 janvier 1876, à l'âge de 74 ans.

Autopsie. D'une manière générale, la masse encéphalique est symétrique, mais on remarque très-facilement, du côté gauche du cerveau proprement dit, une atrophie de quelques circonvolutions. Celle-ci porte 1° sur la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante, comprise entre le pied de la seconde circonvolution frontale et la scissure interhémisphérique ;

2° Sur le pied des première et deuxième circonvolutions frontales. Ces plis sont diminués de hauteur et de largeur et les sillons qui les séparent sont agrandis comme si on eut pressé successivement avec les doigts leur sommet et leurs parties latérales.

B. Les artères de l'encéphale sont fortement athéromateuses. Un foyer de ramollissement dans l'hémisphère droit explique l'hémiplégie.

C. Après avoir ouvert les cavités splanchniques, on est frappé de la disposition anormale des organes qu'elles renferment : laissant de côté leurs altérations particulières, nous envisagerons ce fait au point de vue purement tératologique et nous décrirons la masse viscérale vue successivement par devant et par derrière.

Cavité thoracique. 1° *Cœur et vaisseaux de la base du cœur.* Le cœur se dirige en bas et à droite ; son volume, sa forme, son incidence sur le diaphragme sont d'ailleurs normaux. La direction seule est changée. L'artère pulmonaire se dirige à droite et en haut. L'aorte se dirige en haut et à gauche ; elle est embrassée à son origine par l'auricule. A gauche se trouve encore la veine cave supérieure avec la terminaison des veines jugulaire et brachio-céphalique. La crosse aortique donne naissance : à droite aux artères sous-clavière et carotide, à gauche, au tronc innominé.

2° *Appareil respiratoire.* Le poumon droit est bilobé et réduit considérablement de volume par la présence du cœur dont il ne recouvre qu'une très-petite partie. Le poumon gauche a ses dimensions normales et est pourvu de trois lobes.

Derrière la crosse aortique, se trouve la trachée, un peu sur la gauche et croisée par le tronc innominé. Le diaphragme est oblique de haut en bas et de gauche à droite.

Cavité abdominale. Le *foie* est transposé à gauche ; son gros lobe recouvert par la portion du diaphragme sur laquelle repose la base du poumon gauche, recouvre le rein gauche. Le lobe moyen est en rapport : en haut avec le bord inférieur et gauche du cœur; en bas avec le pylore et à droite avec la grosse tubérosité de l'estomac. Le petit lobe, éminence porte antérieure, repose sur le pancréas dont il est séparé par l'épiploon gastro-hépatique. De cette disposition il résulte que le sillon droit de la face inférieure du foie est occupé par le cordon de la veine ombilicale et le sillon gauche par la vésicule biliaire.

L'*estomac* présente aussi une inversion complète de la direction normale, mais encore une modification notable de sa forme. Si nous suivons son axe à partir du cardia qui se trouve à sa place habituelle, ou à peu près, nous le voyons se diriger d'abord transversalement à droite, jusque sous la pointe du cœur, puis verticalement en bas jusqu'au point où il croise l'axe du pancréas prolongé. Il s'infléchit ensuite à gauche, vers la région ombilicale, remonte un peu et se continue avec le duodénum au-dessous de la vésicule biliaire.

Il résulte de cette direction anormale de l'axe de l'estomac que ce viscère présente deux portions assez faciles à distinguer l'une de l'autre : 1° une portion supérieure, située à droite, plus large en haut qu'en bas et correspondant au grand cul-de-sac; 2° une portion inférieure, ayant la forme d'un cône courbe à concavité supérieure occupant la région ombilicale et se continuant insensiblement avec l'intestin. Ce n'est, en effet, qu'après avoir ouvert l'estomac, qu'on a pu constater un anneau musculaire et des différences d'aspect indiquent le lieu précis où finissait ce viscère et où commençait le duodénum.

Entre le bord inférieur du foie et le bord supérieur de l'estomac existait un espace semilunaire, occupé par le pancréas recouvert du petit épiploon. Ce viscère, étendu transversalement, avait sa tête à gauche, entourée par le duodenum, et sa queue à droite.

La rate qui n'abandonne jamais le grand cul-de-sac de l'estomac, lui était appliquée et se trouvait, par conséquent à droite. Sa forme était en tout comparable à celle d'un cône dont la base serait coupée obliquement par rapport à son axe A l'ouverture de l'abdomen, on pouvait voir son extrémité supérieure entre la pointe du cœur en haut, la grande courbure de l'estomac en bas, et le bord droit du foie en dedans.

Région sous-ombilicale. — La position des *reins* est symétrique. Le rein gauche paraît un peu plus bas que le rein droit.

Le *colon* transverse décrit dans la région sous-ombilicale une courbure très-accusée à concavité supérieure, et est séparé du bord inférieur de l'estomac par un intervalle de 0 m. 12 à 0 m. 15. L'S iliaque est à droite et le cœcum à gauche. Aucune anomalie des organes génito-urinaires.

Masse viscérale vue par derrière. — L'aorte est située à droite de l'œsophage, dans le thorax : elle lui devient ensuite postérieure. Le pneumogastrique gauche passe derrière la portion cardiaque de l'œsophage et se rend vers la face postérieure de l'estomac.

En se mettant dans l'axe de la colonne vertébrale, on remarque une légère courbure à concavité dirigée à droite, indiquant la position anormale de l'aorte contre cette face des corps vertébraux. — Outre cette courbure qui est très-faible, mais qui nous a paru exister, il existe un certain aplatissement de la partie droite de la colonne. Ce fait montre en tout cas, que cette courbure et cette dépression signalées depuis longtemps à gauche, tiennent bien à la présence de l'aorte comme l'admettent MM. *Thomas* et *Lappey* et non à la prééminence fonctionnelle du bras droit ainsi que le croyait *Bichat.*

Le cas dont nous venons de relater les principaux détails doit donc se rattacher aux anomalies congénitales décrites par *Cruveilhier* sous le nom d'inversions splanchniques générales. Ici, sauf l'estomac dont la forme est notablement modifiée, les viscères ont conservé leur forme normale et même leurs connexions normales avec les vaisseaux qui y affèrent ou qui en proviennent : leur sens seul est changé ainsi que leurs rapports avec les viscères voisins, en sorte que, selon l'ingénieuse comparaison de *Geoffroy Saint-Hilaire*, l'ensemble des organes transposés représente exactement la position de ces organes dans notre image réfléchie par un miroir.

La nature de cette anomalie de situation nous explique qu'aucun changement, aussi bien dans ce cas que dans ceux qui sont déjà connus, n'ait pu être observé dans la situation des organes parfaitement symétriques par rapport à l'axe du corps, tels que le larynx, le cerveau, les organes genito-urinaires ; elle nous permet encore de considérer sans étonnement la longévité de ce sujet : notre femme est morte à 74 ans, et un invalide, observé par *Morand* et par *Mery*, était âgé de 72 ans (1).

12. Perforation de l'appendice cæcal. Abcès périnéphrétique droit. — Pleurésie purulente consécutive à la perforation du Diaphragme par le pus; par M. Audouard, interne des hôpitaux.

C. A., âgé de 27 ans, maréchal ferrant, entre le 24 janvier 1876, service de M. Lécorché) à l'hôpital Beaujon. Cet homme, qui a toujours été bien portant, est pris le 22 janvier de frissons qui se sont répétés plusieurs fois, et qui ont été suivis, toute la journée, de violentes coliques. — La nuit du 22 au 23 a été assez calme. Le lendemain, dans l'après-midi, le malade a de nouveau un grand frisson qui dure environ une demi-heure. Il a de la fièvre mais pas de coliques. Il peut avoir quelque repos la nuit suivante.

24 janvier. A son entrée à l'hôpital, le malade accuse dans la fosse iliaque droite, de vives douleurs qui s'exaspèrent à la plus légère pression. Le ventre n'est pas ballonné. La fièvre est assez intense, la peau est chaude et la face légèrement grippée. Le malade va une seule fois à la selle en prenant un lavement, les gardes-robes étant supprimées depuis le 24 au matin.

25. Les douleurs persistent dans la fosse iliaque droite. Au palper on ne trouve pas de tumeur arrondie, mais un empâtement profond de la région iléo-cæcale. La fièvre persiste. Les urines sont peu abondantes, rouges et chargées d'urates. On ne trouve pas d'albumine. — Application de sangsues sur la fosse iliaque droite et purgatif.

26. La douleur dans la fosse iliaque est de beaucoup diminuée, mais elle paraît être remontée au niveau du foie. Le malade est allé en diarrhée à la garde-robe. La fièvre persiste toujours. Temp-axil. matin 39° 2, — soir 39° 2.

27. Le malade se plaint de douleurs à la région lombaire, et à l'épaule droite. Le foie est douloureux à la pression. Il ne paraît pas augmenté de volume, teinte subictérique. T. M. 38°,4 — soir 39°1.

28. Le point douloureux est encore déplacé; le malade accuse un point de côté en arrière et à droite de la poitrine, à l'examen de la cavité thoracique on trouve une pleurésie droite avec épanchement dans le tiers inférieur de la plèvre. T. M. 37°. 8. — Soir 39°, 2.

29. Œdème léger de la paroi thoracique même état du malade. T. M. 38°, 4. — Soir. 39°, 2. — 30. T. M. 39°, 6. — 31. L'état général du malade s'aggrave. La fièvre augmente. Il a eu peu de diarrhée. Dans l'après-midi le malade est pris de frisson ; la respiration commence à être gênée. T. M. 40°. — Soir 40°,4.

1 février. Dès le matin, le malade a de la dyspnée, la peau est couverte de sueurs. T. 40,2. — On fait la ponction, mais on ne retire que quelques grammes d'un liquide purulent, fétide et aussitôt on fait l'empyème. Il s'échappe environ trois litres de pus d'un fétidité stercorale. — Le malade meurt dans l'après-midi.

Autopsie, *Cavité abdominale*. — Péritonite partielle droite. Adhérences des dernières portions de l'intestin grêle autour du cæcum et de l'appendice vermiculaire. Ces adhérences sont faciles à rompre. — Une fois les anses intestinales enlevées, on découvre au niveau de l'extrémité libre de l'appendice iléo-cæcal une ulcération à bords gangréneux qui en a détruit tout le fond. Par suite des adhérences de l'appendice, la perforation, n'a pu se faire dans la cavité péritonéale, le péritoine de la fosse iliaque a été détruit au point où adhérait l'appendice et il y a eu communication avec le tissu cellulaire péri-cæcal.

En ouvrant, les dernières anses d'intestin grêle, on n'observe qu'une légère congestion de la muqueuse près de sa terminaison. — L'appendice cæcal a sa coloration normale excepté au niveau de la perforation. En ce point, on trouve une concrétion arrondie, grisâtre, peu résistante et du volume d'un noyau de cerise. Si on suit le trajet fistuleux, en partant l'appendice on trouve une vaste loge purulente qui occupe toute la région lombaire droite; en arrière du feuillet du péritoine. Le tissu cellulaire péri-rénal est complétement détruit et le rein baigne dans le pus.

Une concrétion analogue à la première par sa couleur et sa résistance, mais comparable à un noyau d'olive existe dans cette cavité où elle sera tombée sans doute après avoir déterminé la perforation de l'appendice. Le rein droit, par son extrémité supérieure, adhère la dépression correspondante du foie, et le pus remontant en arrière du bord postérieur du foie, entre la veine cave inférieure en dedans et la fossette rénale en dehors — arrivé au contact du diaphragme, dont il a détruit quelques fibres aponévrotiques au niveau de la foliole droite, et pénètre ainsi dans la plèvre droite.

Foie. Face supérieure lisse. Face inférieure coloration verdâtre ; elle est recouverte dans toute la moitié droite, de fausses membranes purulentes. — Bord postérieur adhérent en plusieurs points au diaphragme.

Les muscles psoas-iliaque et carré des lombes droits sont intacts, les fibres musculaires ont conservé une coloration rouge. Le diaphragme paraît sain, excepté au niveau de la foliole droite. — Vues par la face inférieure les fibres aponévrotiques de cette foliole sont éraillées, disséquées pour ainsi dire, et en un point on observe une perte de substance.

Plèvre droite. — Les feuillets de la plèvre droite sont absolument recouverts de fausses membranes. Il n'y a d'adhérences qu'au niveau de la plèvre diaphragmatique, dans une étendue d'une pièce de cinq francs, près du bord antérieur en avant de la perforation. Poumon droit, peu diminué de volume. Tissu pulmonaire congestionné. Plèvre gauche et poumon gauche, rien à noter. Péricarde : On trouve un peu de liquide citrin dans la cavité et quelques plaques pseudo-purulentes au niveau de l'origine des gros vaisseaux ; *cavité crânienne*, rien à noter.

Analyse du calcul; par M. Danlos, préparateur au laboratoire de chimie biologique de la Faculté. Le calcul desséché dans l'étuve à 100° pèse 302 milligrammes. Brisé après dessèchement, il se montre composé de feuillets concentriques superposés semblables d'aspect et sans noyau visible. Traité par l'éther, il donne une assez notable proportion de matière grasse sans trace de cholestérine; incinéré, il laisse un résidu blanc, formant 20 0[0 de la masse totale et composé exclusivement de phosphate de chaux sans trace de magnésie ni de silice. Pas d'acide sulfurique ni oxalique combinés à la chaux. La matière organique détruite par l'incinération ne présente pas, sauf la substance grasse, de caractère chimique définitif. Tout ce qu'il est possible d'affirmer c'est qu'elle est partiellement au moins formée de substances azotées.

29. Lésions osseuses dans le mal de Saint-Antoine; par Evaristo Garcia (1).

Dans l'une des conférences faites à la Salpêtrière par M. le professeur Charcot, on nous présenta un squelette avec lésions de résorption osseuse, consécutives à l'ataxie locomotrice progressive.

(1) Un croquis schématique représentant la masse viscérale vue par devant, la direction et les rapports anormaux des organes qui la constituent, se trouve dans l'album de la Société.

(1) Pièce déposée au Musée Dupuytren.

On observe une lésion très-semblable des os des mains et des pieds dans une maladie très-commune chez quelques populations de la Colombie (Amérique du Sud), et connue vulgairement sous le nom de « Mal de Saint-Antoine ». Cette affection a été considérée comme une forme de la lèpre ou de l'éléphantiasis; elle a une marche lente; elle se manifeste par l'anesthésie des extrémités, l'atrophie des muscles, la transformation graisseuse, la rétraction des tissus, la flexion des doigts de sorte que la main prend la forme d'une serre d'oiseau de proie; et elle amène une si complète résorption des os que les mains et les pieds ne sont bientôt représentés que par des masses molles et difformes semblables à un moignon. J'ai l'honneur de présenter le pied d'un individu dont j'ai eu l'occasion de faire l'autopsie à Bogota. La peau étaut enlevée, je trouvai les muscles transformés en une masse graisseuse diffluente : le métatarsien du gros orteil était représenté par les restes d'un tissu fibreux, les phalanges étaient complétement résorbées de même que la partie antérieure des métatarsiens. La petite phalange du petit orteil, qui supportait l'ongle, était soudée aux restes du métatarsien correspondant, les os intermédiaires ayant disparu. Une auréole rouge limitait les contours des cartilages dans les surfaces articulaires.

30. Lésions osseuses de l'ataxie locomotrice progressive ; par RAYMOND, interne.

Depuis que M. Charcot a appelé l'attention sur les arthropathies développées dans le cours de l'ataxie locomotrice, les faits se sont multipliés ; pour ma part, j'ai eu l'occasion, cette année, à la Salpétrière, d'en observer sept cas; quatre de ces malades sont mortes ; les os de deux d'entre elles vous ont été présentés par M. Charcot; j'apporte aujourd'hui ceux des deux autres malades.

La première, nommée *Laisiet*, était âgée de 52 ans; son observation, tout entière, est consignée dans la thèse d'agrégation de *M. Blum* (1); j'en rappellerai les points principaux.

Les premières douleurs fulgurantes, dans les membres inférieurs, sont apparues il y a vingt ans; l'incoordination motrice est survenue quelques années plus tard.

Il y a deux ans, arthropathie du genou gauche ; cette affection a présenté soit comme début, soit comme marche, les mêmes particularités que celles bien souvent signalées par M. Charcot ; indolence, absence de tuméfaction, de rougeur de la peau, etc. Deux mois après, arthropathie de l'épaule gauche, un jour, la malade, en faisant un mouvement dans son lit, se fit une luxation. Au mois d'août dernier, *Laisiet* rentre dans l'infirmerie avec des phénomènes inflammatoires très-accusés dans le genou et dans l'épaule, siége des arthropathies; en même temps l'état général devint mauvais; au bout de deux jours, elle mourut.

A l'autopsie, on coustata que les deux articulations, celles du genou et celle de l'épaule renfermaient du pus rouge lie de vin, abondant; la jambe et la cuisse étaient un peu œdématiées ; en un mot, il s'était développé une véritable arthrite purulente. On peut l'expliquer, en tenant compte de la particularité suivante: la malade était assez profondément anesthésique des membres inférieurs, et, de plus, elle avait une ataxie de mouvemeuts très-marquée; d'après son dire, elle s'est donné un coup très-violent sur le genou, en marchant.

Après macération, les os qui composent les deux articulations malades, se présentent avec les caractères suivants; d'une manière générale, on peut dire que le processus qui les atteint est un processus de destruction, un processus atrophique, sans tendance à la formation de produits nouveaux. Cette atrophie s'est effectuée suivaut le sens de la pression, comme il est facile de le comprendre; aussi il en résulte que les têtes des os longs ont complétement disparu, et que les cavités osseuses n'existeut plus qu'à l'état de vestiges; leur rebord circulaire, en particulier, est complétement détruit; ainsi pour la cavité glénoïde. L'humérus est effilé et, si l'on ne voyait que cette extrémité, il serait impossible de reconnaître à quel os on a affaire; il n'y a plus traces ni de la tête, ni des tubérosités.

Les os du genou présentent les mêmes particularités; point ou presque point de coudyles, et les facettes planes du tibia, surtout l'externe, sont aussi résorbées; la rotule a diminué de volume dans tous les sens, surtout de haut en bas.

Il importe de faire remarquer encore une fois qu'il n'y a point de productions nouvelles d'os, de stalactites osseuses comme dans l'arthrite sèche; d'ailleurs, dans cette dernière affection, jamais les os ne subissent de perte de substance aussi complète, aussi régulière ; de même, dans les luxations congénitales, et dans les fractures anciennes, on retrouve les têtes, les tubérosités, quelquefois un peu diminuées de volume, mais toujours reconnaissables.

Les ligaments articulaires ont disparu ; il persiste à leur place, du tissu cellulaire épaissi, formant membrane, et entamant irrégulièremeut l'articulation.

Les muscles périphériques sont atrophiés quelquefois un peu graisseux à leur face profonde; mais jamais ces altérations ne sont très-marquées ; la peau est toujours normale.

L'examen de la moelle épinière a confirmé le diagnostic porté pendant la vie; il s'agissait bien d'une sclérose complète des cordons postérieurs. Cette malade présentait encore une autre particularité intéressante ; elle avait une atrophie de la moitié droite de la langue; cette atrophie était survenue à la suite de douleurs fulgurantes dans la face, dans la langue. Je compléterai un jour cette description en apportant à la Société le résultat de l'examen du bulbe.

La deuxième malade s'appelait *Coteret*; c'était une des ataxiques les plus intéressantes de la Salpétrière, et M. Charcot l'a présentée bien des fois dans ses cours; son observation se trouve exposée avec beaucoup de développement, dans les *Archives de physiologie* et dans la thèse de M. Forestier. Elle est morte subitement à la suite de la rupture d'un anévrysme de l'aorte. Chez elle, il y avait des arthropathies et des fractures, mais c'est surtout par ses fractures qu'elle est intéressante.

Je rappellerai simplement que les os des articulations, siége des arthropathies, présenteut les mêmes caractères que ceux de la nommée *Laisiet*, et en général que les os de tous les autres ataxiques. Les deux fémurs présentent encore une particularité bien remarquable, outre la disparition de la tête, et la déformation spéciale de l'extrémité supérieure qui en résulte; c'est que le fémur droit à 0,30 centimètres de long, et le gauche 0,19, seulement. M. Charcot explique ce fait ainsi, et c'est certainemeut la seule explication plausible qu'on puisse en donuer : ce fémur a été fracturé; presque tout le fragment supérieur s'est détruit par atrophie, et ce qui en reste s'est soudé avec le fragment inférieur : on voit bien, quoiqu'il soit peu volumineux, le cal qui a servi à leur réunion.

Mais ce sont surtout les os atteints de fractures qui sont remarquables ; cette malheureuse malade ne pouvait pas faire un mouvement un peu violent dans son lit, sans se fracturer un os, et dans les derniers temps de sa vie, elle avait des craquements manifestes dans les vertèbres cervicales.

Toutes ces fractures ont, pour caractère général d'être consolidées; et toutes le sont par un cal volumineux, exubérant : ainsi les deux avant-bras; il y a même sur le droit, une jetée osseuse entre le radius et le cubitus; le cal est parfaitement définitif et très-solide.

Les fractures se font généralement au lieu d'élection; ainsi pour les deux scapulums, le trait de fracture passe dans la fosse sous-épineuse, parallèlement à l'épine de l'omoplate ; de même pour les deux avant-bras et les fémurs.

Je signalerai encore l'état pour ainsi dire ostéomalacique des extrémités inférieures des deux fémurs; il suffit d'imprimer le doigt un peu fortement sur les faces externe et interne des coudyles pour sentir une crépitation parcheminée et le tissu osseux cède facilement.

L'examen de la moelle épinière, après durcissement convenable, montre la lésion caractéristique de la sclérose des cordons postérieurs.

(1) Cette observation a été prise d'abord par M. Bourneville et publiée dans la thèse de M. Forestier. L'aspect des déformations pendant la vie est représenté dans une belle eau-forte de M. Richer.

M. Houel. Ces lésions sont réellement très-caractéristiques et ne ressemblent en rien à celles de l'arthrite sèche. Gerdy a décrit une lésion des os, consécutive à l'immobilité prolongée ; le tissu osseux devient plus mou, et s'atrophie, mais les extrémités épiphysaires ne disparaissent pas comme dans l'ataxie.

M. Verneuil. Je suis frappé de voir dans ces lésions deux processus pour ainsi dire contradictoires : dans les épiphyses un travail de raréfaction et de destruction sans aucune tendance à la réparation ; dans l'épiphyse au contraire, un travail de condensation et une réparation exubérante, comme l'indique cette hypérostose du fémur.

M. Houel. Je crois que ce que l'on observe sur ce fémur en particulier doit être attribué au périoste ; une section de l'os faite dans le sens longitudinal démontrerait sans doute dans toute l'étendue de la diaphyse une raréfaction et une atrophie du tissu osseux proprement dit.

M. J. Renaut. L'hypothèse émise par M. Verneuil pourrait être appuyée par cette considération que l'accroissement d'un os long se fait d'une façon différente aux extrémités et à la périphérie ; les épiphyses s'accroissent aux dépens du cartilage, la diaphyse aux dépens des fibres arciformes. Il y a pour ainsi dire deux parties dans le même os qui peuvent s'affecter suivant des processus différents.

M. Charcot fait ressortir les caractères particuliers de ces lésions osseuses qu'il a été le premier à décrire, et dont on ne trouve aucun spécimen dans les musées d'anatomie pathologique, bien qu'elles ne soient pas très-rares. Il se propose de compléter ses recherches par l'examen microscopique des os.

M. Liouville rappelle les lésions histologiques qu'il a trouvées dans un cas présenté par M. Heidenreich ; ces lésions consistaient en une ostéite raréfiante (*Bulletins*, 1874, p. 256).

31. Note sur quelques points de la topographie du cerveau ;
par Féré, interne provisoire.

Cette étude a surtout pour but de permettre quelques localisations de lésions chirurgicales du cerveau. Les résultats que je présente à la Société découlent de mensurations faites à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, sur 54 femmes dont le plus grand nombre avait dépassé 60 ans.

I. Sans décrire la configuration extérieure du cerveau et la situation relative de toutes les parties qui le constituent, j'appellerai l'attention sur quelques rapports spéciaux.

Le sillon de Rolando, surtout intéressant à étudier depuis qu'il s'agit de localisations de l'écorce grise, est loin de se rapprocher autant de l'extrémité antérieure du cerveau qu'on le croyait généralement avant les recherches de M. Broca (*Bull. Soc. anat.*, 2e série, t. VI, p. 340, 1861.) Pour déterminer sa situation exacte, il faut mesurer le cerveau en place, en maintenant la tête soulevée autant que possible et dans la direction qu'elle occupe dans la station ; il est préférable de laisser la dure-mère intacte et de ne l'inciser que juste assez pour découvrir les sillons, afin de conserver autant que possible la forme du cerveau ; mais ce résultat ne pourrait être obtenu rigoureusement que sur des têtes congelées.

En procédant ainsi, on peut voir que sur des cerveaux dont la longueur totale est en moyenne de 16 centimètres (43 fois sur 54, entre 0m,155 et 0m,165), l'extrémité interne ou postérieure du sillon de Rolando est située en moyenne à 0m,111 de l'extrémité antérieure ; les chiffres extrêmes, 0m,095 et 0m,125, sont tout-à-fait exceptionnels. Elle se rapproche beaucoup plus de l'extrémité postérieure du cerveau, dont elle est seulement éloignée de 0m,049 en moyenne (1).

L'extrémité externe ou antérieure du sillon de Rolando est à environ 0m,071 de l'extrémité antérieure du cerveau (au moins à 0m,064 ; au plus à 0m,082) ; elle s'éloigne de 0m,089 de l'extrémité postérieure (au moins 0m,072 ; au plus 0m,10).

Ces distances peuvent varier d'un côté à l'autre de quelques millimètres en dehors de tout état pathologique. Je n'ai pas remarqué que le sillon fût plus souvent reculé à gauche qu'à droite.

(1) Ces chiffres n'indiquent pas la longueur des courbes, mais celle de leurs projections.

En avant de l'extrémité inférieure du sillon de Rolando, on voit naître de la circonvolution pariétale ascendante antérieure, la troisième circonvolution frontale qui présente successivement deux anses à concavité inférieure ; l'anse postérieure est à cheval sur un pli oblique de bas en haut et d'avant en arrière, et qu'on a appelé branche antérieure de la scissure de Sylvius : l'anse antérieure forme un autre pli dirigé obliquement de bas en haut et d'arrière en avant. Ces deux plis plus ou moins réguliers sont presque toujours facilement reconnaissables.

Si on pratique une coupe transversale du cerveau suivant un plan vertical passant entre les origines assez rapprochées de ces deux plis sur la scissure de Sylvius (à 4 centimètres environ de l'extrémité antérieure du cerveau), on entame légèrement la partie antérieure du noyau intra-ventriculaire du corps strié.

Une autre coupe parallèle à la première et faite suivant un plan vertical passant par l'extrémité postérieure du sillon de Rolando, laisse en avant d'elle l'extrémité postérieure de la couche optique.

Toutes les parties grises centrales sont donc comprises en avant et en arrière entre ces deux coupes distantes d'environ 7 centimètres. Elles ne dépassent pas en haut un plan horizontal passant à 3 centimètres, et au-dessous de la convexité des hémisphères, car la scissure inter-hémisphérique a au moins cette profondeur.

II. Nous nous servirons de certaines de ces données pour déterminer les rapports de quelques points du cerveau avec la surface extérieure du crâne.

Si on pratique, comme l'a déjà fait M. Broca, des trous de vrille aux points d'intersection des sutures de la voûte, au niveau du bregma, au sommet du lambda, à l'extrémité externe de la suture coronale ; après avoir enfoncé par ces ouvertures dans la substance même du cerveau des pointes ou des chevilles dont le volume correspond aussi exactement que possible à la largeur des orifices, et enlevé la calotte osseuse le plus bas possible, on peut voir les rapports exacts des sutures avec les sillons du cerveau.

La scissure perpendiculaire ou sillon occipital transverse présente des rapports assez constants avec le sommet du lambda : 35 fois sur 54 elle lui correspond exactement ; 17 fois elle a été trouvée 1 à 4 millimètres en avant, et seulement 2 fois 2 ou 3 millimètres en arrière.

Le sillon de Rolando est loin d'être parallèle et sous-jacent à la suture coronale comme le croyait Gratiolet avant le travail de M. Broca.

L'extrémité postérieure de ce sillon est en moyenne à 45 millimètres en arrière du bregma ; jamais cette distance n'a dépassé 57 millimètres. Ce rapport peut varier de 2 ou 3 millimètres d'un côté à l'autre à l'état sain ; mais la différence s'exagère dans certains états pathologiques et peut aller jusqu'à 10, 15 et même 18 millimètres. Chez deux épileptiques idiotes, les deux sillons de Rolando n'étaient guère à plus de 3 centimètres en arrière du bregma.

Le sillon de Rolando beaucoup plus oblique que la suture coronale tend à s'en rapprocher à son extrémité inférieure où il n'en serait plus distant que de 15 centimètres environ d'après M. Broca (*Note sur la déformation Toulousaine du crâne, in Bull. Soc. anthrop.*, 1871) Mais le sillon s'arrête au moins un centimètre plus haut que la suture qui devient plus oblique dans sa partie inférieure ; de sorte qu'à son extrémité externe il reste de 2 et demi à 3 centimètres en arrière de l'extrémité externe de la suture coronale, qui correspond à l'intervalle des deux plis de la 3e circonvolution frontale.

L'extrémité externe du sillon de Rolando peut aussi avancer ou reculer de quelques millimètres de plus d'un côté que de l'autre en dehors de tout état pathologique.

Il résulte de ces mensurations que non-seulement le sillon de Rolando, mais aussi la circonvolution pariétale ascendante antérieure et la partie postérieure des circonvolutions frontales se trouvent en arrière de la suture coronale ; et que toutes les parties comprises entre le sillon de Rolando et la scissure perpendiculaire sont aussi recouvertes par le pariétal.

Figure demi-schématique du cerveau (longueur totale 0 m. 16).

Fig. 62 B. Point qui correspond au bregma.
C. — à l'extrémité externe de la suture coronale.
4. — à l'angle de la suture lambdoide.
SR. Sillon de Rolando.
ACD. La coupe qui entame la tête du noyau caudé.
RE. Celle qui passe sur la limite postérieure de la couche optique.
MN. Limite supérieure du corps calleux.

III. Etant connus les différents rapports des noyaux gris avec la surface du cerveau et ceux de quelques sillons avec les sutures du crâne, il est possible de les retrouver très-approximativement sur une tête recouverte de ses téguments.

On remarquera, en effet, que l'extrémité externe de la suture coronale est le plus ordinairement située à 1 ou 2 millimètres près en dessus ou en dessous, sur un plan horizontal passant par l'arcade sourcilière et à 15 on 20 millimètres, 18 en moyenne en arrière de l'apophyse orbitaire externe. Elle peut donc, à peu de chose près. être déterminée sur le vivant.

Or, nous avons vu qu'une cheville introduite en ce point, rasant la petite aile du sphénoïde, pénètre dans le cerveau entre les deux plis de la troisième circonvolution frontale; que c'est là que passe la coupe transversale qui entame la tête du noyau caudé ; et enfin, qu'à 3 centimètres en arrière se trouve l'extrémité externe du sillon de Rolando.

Pour déterminer la position de l'extrémité postérieure du sillon de Rolando qui se trouve à 45 millimètres en arrière du Bregma, il suffit de reconnaître la situation du bregma. Or, on voit que ce point se trouve à peu près exactement sur un plan parallèle à l'axe du corps et passant par le conduit auditif externe. On peut ajouter que ce plan passe 30 ou 35 millimètres en arrière de l'extrémité externe de la suture coronale et par conséquent au voisinage de l'extrémité antérieure du sillon de Rolando.

Etant connue la situation de l'extrémité postérieure du sillon de Rolando, un plan fictif parallèle à l'axe du corps et passant par ce point donnera la limite postérieure de la couche optique.

On remarquera, en outre, que ce plan passe ordinairement par le point où se réunissent le pariétal, le temporal et l'occipital, à environ un centimètre en arrière de l'apophyse mastoïde qui peut encore servir de point de repère.

On peut donc reconnaître la situation du sillon de Rolando et les limites antérieure et postérieure des noyaux gris centraux. Quant à leur limite supérieure, elle est donnée par un plan horizontal passant à environ 45 millimètres au-dessous de la courbe supérieure de la tête ; car nous avons vu que la scissure inter-hémisphérique a au moins 35 millimètres de profondeur, et avec Lélut et Parchappe on peut attribuer une épaisseur de 10 millimètres au crâne et aux téguments.

La situation de la scissure perpendiculaire qui, dans la plupart des cas correspond au sommet du lambda, peut souvent être reconnue directement, grâce à cette circonstance que sur beaucoup de crânes normaux on trouve en ce point une saillie triangulaire caractéristique.

Je noterai encore une particularité : le plus ordinairement, l'excavation sphénoïdale, qui loge la pointe du lobe moyen, ne s'avance que de 3 ou 4 millimètres en avant du bord libre ou postérieur de la petite aile du sphénoïde ; mais elle peut se prolonger beaucoup plus et présenter jusqu'à 1 centimètre et même 25 millimètres de profondeur. Cette disposition que j'ai rencontrée 8 fois sur 72 crânes, peut n'exister que d'un seul côté. Dans ces cas, un instrument qui pénètre dans la fosse temporale à 1 centimètre ou même moins en arrière de l'apophyse orbitaire externe et perfore le squelette, touche la pointe du lobe sphénoïdal avant de pénétrer dans l'orbite.

32. Mélanose généralisée ayant pour origine une tache mélanique congénitale de la joue gauche ; par M. Petel, interne des hôpitaux.

B... François, âgé de 21 ans, argenteur sur glaces, entre pour la seconde fois, le 27 octobre 1875, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le professeur Dolbeau. Ce malade portait à la joue gauche une tache noire, congénitale, située dans l'épaisseur de la peau ; les poils de la barbe étaient blancs autour de cette tache. Vers le mois de juin 1874, il écorcha cette petite tache et deux mois après apparaissait sur le côté correspondant du cou, une énorme tumeur ganglionnaire mélanique qui fut enlevée par M. Dolbeau et présentée à la Société anatomique, le 15 mars 1875, par mon collègue, M. Léger (*Bull.* 1875, p. 184). Pendant la cicatrisation de la plaie, de nouvelles tumeurs mélaniques se développèrent en différents points du corps, elles étaient situées dans le tissu cellulaire sous-cutané, leur volume variait depuis celui d'une noisette à celui d'une grosse noix. Quelques-unes de ces tumeurs affectaient une disposition symétrique ; ainsi il en existait à la région mammaire de chaque côté, à l'épigastre de chaque côté de la ligne blanche, enfin à la partie supérieure et externe des cuisses en un point symétriquement opposé. L'évolution de ces tumeurs fut différente : une d'elles s'ouvrit à l'extérieur et se termina à la manière d'un abcès; trois autres disparurent spontanément, elles se résorbèrent. Les autres continuèrent à s'accroître ; les deux plus volumineuses, situées l'une sur le côté droit du cou. l'autre au niveau de l'os malaire droit, s'étant ulcérées quelques jours avant la mort, s'affaissèrent en donnant issue à un peu de sang et à de la matière noire laissant sur le linge une tache sépia. Le malade qui était déjà, lors de son entrée dans un état de cachexie avancée, succomba dans le marasme, le 15 décembre 1875, c'est-à-dire dix-huit mois environ après le début des accidents.

Autopsie. — Toutes les tumeurs existant à la surface du corps furent incisées; elles étaient constituées par une matière noire, ramollie au centre, située dans le tissu cellulaire sous-cutané et présentant les caractères de la matière mélanique. Au niveau des tumeurs qui s'étaient ulcérées pendant les derniers jours, on trouvait la peau noirâtre, décollée, recouvrant une cavité remplie d'une bouillie sale, brune; sur les parois de cette cavité on retrouvait encore la matière mélanique adhérente.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouva entre la face inférieure du foie et le colon transverse, une cavité limitée par des fausses membranes péritonéales et renfermant une bouillie brune, analogue à celle qui existait au niveau des tumeurs sous-cutanées ulcérées et qui paraissait avoir eu pour point de départ un ganglion mésentérique dégénéré.

Il n'existait pas de tumeurs mélaniques dans les poumons, ni dans le foie. Dans les muscles de la région postérieure de l'avant-bras, existait un abcès renfermant du pus jaune, sans aucune trace de matière mélanique. Ce malade avait, il est vrai, à la région mammaire droite, une plaie qui n'avait pu arriver à la cicatrisation, mais il n'avait eu aucun frisson et il n'existait pas d'abcès métastatiques dans les viscères.

33. Ascite inflammatoire chez un fœtus de sept mois. Accouchement difficile. Manœuvres obstétricales nombreuses. Rupture de l'utérus, péritonite et mort de la mère ; par Porak, interne.

La nommée Lejeune Céline, âgée de 35 ans, est entrée le 23 décembre 1875, dans la salle Saint-Ferdinand, hôpital Saint-Louis ; elle a été couchée au n° 11.

Elle était enceinte de son huitième enfant. Son premier

accouchement a eu lieu il y a neuf ans, et ne se termina après trois jours de travail que par l'application du forceps. Ses quatrième et sixième grossesses se terminèrent au sixième mois pour la première, au deuxième mois pour la seconde par des fausses couches. Les cinq autres grossesses aboutirent toutes à des accouchements normaux et à terme. Des cinq enfants qu'elle a eus, trois seulement vivent, les deux autres moururent en bas âge. Madame L.. a toujours joui d'une excellente santé; elle n'a fait aucune maladie grave. Nous n'avons pu trouver dans ses antécédents aucun signe de syphilis ou d'alcoolisme. Les mêmes recherches du côté du mari restèrent négatives. Actuellement, elle est enceinte de 7 mois. En effet, elle accoucha le 19 avril 1875, d'une petite fille, qui est bien portante, elle eut son retour de couches au mois de mai suivant. A la fin de décembre, elle est donc enceinte de 7 à 7 mois 1/2. La grossesse ne présenta jusqu'au mois de décembre rien d'anormal. Mais, au commencement de ce mois, le ventre prit un développement exagéré, progressif et rapide. Tout le monde autour d'elle remarqua ce phénomène, et quelques personnes, notamment son mari, s'en inquiétèrent, sans oser toutefois faire part à madame L... de leurs craintes. En même temps ses urines étaient très-chargées, ses jambes s'œdématièrent; des douleurs abdominales, quelquefois vives, irradiaient du côté du thorax et de l'épaule gauche. Pâleur, fatigue, inaptitude à tout travail, marche difficile. Elle continua cependant à vaquer à ses occupations journalières, mais en se faisant aider. Elle ne garda pas le lit un seul jour.

Le travail commença le 22 décembre, à 7 heures du soir, par des douleurs expulsives qui ne tardèrent pas à être assez vives. On fit mander une sage-femme qui vint à 9 heures. Celle-ci ouvrit la poche des eaux, la tête de l'enfant s'engagea et parut à la vulve sans la dépasser. Ces premiers temps de l'accouchement se firent rapidement, puis il n'y eut plus de progression du fœtus. La sage-femme inquiète, ne put jusqu'à 4 heures du matin, malgré des tractions sur la tête, attirer le fœtus, ni se rendre compte de l'obstacle qui arrêtait ainsi l'accouchement. Aussi ne trouva-t-elle rien de mieux à faire pour pouvoir explorer le détroit supérieur que de tordre la tête de l'enfant et de l'arracher. Ceci fait, ses explorations ne lui permettant pas davantage de faire un diagnostic précis, elle dégagea alors l'un des bras et s'en servit comme d'un point d'appui pour tirer avec une si grande violence qu'elle l'arracha sans faire avancer le corps du fœtus. Elle dégagea alors l'autre bras, tira et l'arracha aussi sans le moindre succès. La sage-femme déclara alors qu'elle ne savait plus que faire et engagea le mari de faire appeler un médecin. Celui-ci fit la version sans difficultés, dégagea les deux membres inférieurs, mais sans obtenir l'engagement du tronc, il ne put à cette besogne, qu'arracher les deux membres. On alla alors chercher un second médecin. Ce fut M. Schweich, ancien interne des hôpitaux. Celui-ci eut les plus grandes peines à empêcher le médecin et la sage-femme de continuer leurs manœuvres, et spécialement de tirer sur le cordon dans cette trompeuse espérance que l'extraction du placenta donnerait plus de place à la main pour explorer les organes génitaux et tenter quelque nouvelle opération. M. Schweich s'y opposa, et malgré une grande résistance des parents, finit par les décider à conduire la malade à l'hôpital Saint-Louis où elle arriva à huit heures du matin. J'étais alors de garde et je la reçus.

Elle était dans un état de prostration extrême, d'indifférence; sa physionomie était abattue, sa face pâle et grippée, elle était sans force, sans volonté; sécheresse de la langue, fuliginosités des dents. L'utérus ne se contractait plus, il était volumineux; par la palpation, on sentait une tumeur saillante, mais aucune fluctuation ne permettait de faire le diagnostic; ventre un peu ballonné. Le placenta, détaché de son insertion utérine, tenant encore au cordon pendait entre les jambes de madame L...

Je fis placer la malade sur le bord du lit dans la position de la taille, je coupai le cordon et j'introduisis le doigt indicateur, puis la main gauche avec la plus grande lenteur, je trouvai à la partie antérieure le col contracté et formant une bride dure, mais il était déchiré à la partie postérieure. Dans l'orifice qu'il circonscrivait, se présentait le moignon d'une cuisse dépourvue de ses téguments. On ne pouvait introduire la main qu'en arrière, à moins d'exercer un effort que nous évitâmes avec soin de commettre; je constatai alors successivement l'anus puis l'autre moignon. Je pus alors me rendre compte de la position du tronc du fœtus. Son sacrum était en rapport avec la partie postérieure de la ligne innominée à droite. Je pus saisir à pleine main le bassin et c'est alors que je reconnus, mais assez confusément, l'existence d'une tumeur fluctuante dans la région abdominale du fœtus, j'introduisis le crochet pointu du forceps en le faisant glisser le long de mon avant-bras gauche, puis je le fixai sur le bassin de l'enfant, après avoir traversé la tumeur fluctuante. La position du crochet était telle que ma main gauche qui tenait fortement le bassin garantissait absolument les organes génitaux de la mère dans le cas où ce crochet aurait dérapé. Alors je fis des tractions très-modérées, d'une part sur le bassin fœtal et les membres avec ma main gauche, d'autre part en attirant avec la main droite le crochet. Je fus alors étonné de la facilité avec laquelle je pus extraire le tronc du fœtus. A peine l'abdomen s'engageait-il dans le vagin qu'un flot d'un liquide citrin, transparent, inodore, sortit par la vulve de la mère. Le corps fut extrait très-rapidement et sans difficulté. Dans le courant de la journée, peu d'amélioration dans l'état de Madame L..., prostration extrême, ventre ballonné et douloureux, sommeil agité, rêvasseries, pouls petit et filiforme, température peu élevée. Potion de Tood, 125 gr.; onction d'onguent mercuriel belladoné sur le ventre, cataplasme. Vers le soir, la respiration devient bruyante et stertoreuse; pendant la nuit, agitation, délire; la malade se découvre, enlève son cataplasme, veut se lever.

25 *décembre*. La respiration est moins bruyante et plus calme, elle n'est pas très-fréquente. Le ventre est très-ballonné et très-douloureux, les traits sont grippés, pouls très-précipité (132), petit, irrégulier. Vomissements fréquents, mais ne contenant pas de bile. Température, 38°,2.

Mort à 7 heures du soir.

Autopsie de l'enfant. C'est un enfant bien constitué. Sa mort n'a pas dû précéder de longtemps le travail, car il n'y a pas de macération de l'épiderme. La peau, sauf de nombreuses traces des contusions, a partout des caractères normaux. L'abdomen, considérablement distendu, a une circonférence de 45 centimètres. On conçoit donc qu'il ait constitué une cause de dystocie insurmontable, à moins de réduire ses dimensions. Le corps de l'enfant est horriblement mutilé ; il est inutile de donner le détail exact des lésions que présentaient les membres. En général la peau était arrachée jusqu'à l'origine des membres, tandis que leur segment inférieur seul était séparé ; la disjonction ayant lieu dans les genoux, dans les coudes, le plus généralement aux épiphyses humérales ou fémorales. Les muscles qui recouvraient le segment supérieur de ces membres étaient plus ou moins contus ou déchirés. Au cou, on ne trouvait plus que des fragments de muscles arrachés, la peau dilacérée en lambeaux irréguliers; la colonne vertébrale était disjointe au niveau des premières cervicales et la moelle arrachée du conduit médullaire pendant au-dessous de la tête. Enfin, sur l'abdomen et à droite, on trouvait la perforation causé par le crochet qui avait déchiré la peau et disjoint l'ilion du pubis. Nous fimes tout d'abord une incision sur la ligne blanche et nous ouvrîmes la cavité péritonéale. On y trouvait encore un peu d'un liquide transparent, citrin, absolument analogue à celui qui s'était écoulé, pendant que nous accouchions notre malade. Le péritoine est épaissi ; il a partout perdu sa transparence normale ; partout il a pris une coloration blanchâtre qui empêche de voir les organes sous-jacents. Mais il n'y a pas d'adhérences avec les anses intestinales ni entre ces anses intestinales. L'intestin est rempli de méconium, mais il n'a sa coloration verte que dans les parties les plus déclives de l'intestin grêle, dans son quart supérieur ; l'intestin, blanchâtre, trahit une coloration analogue de son contenu. C'est surtout du côté du foie que nous trouvons des lésions importantes qui méritent toute notre attention. Ce viscère est très-volumineux et remplit

complétement la partie supérieure de l'abdomen ; mais cette hypertrophie porte surtout sur le lobe gauche. Le lobe droit petit relativement est très-adhérent aux parties voisines. Il est uni au péritoine pariétal contigu par des adhérences très-épaisses et très-solides dans une étendue de 7 centimètres ainsi qu'à la capsule surrénale et au rein droit. Il faut même employer une certaine violence pour arriver à le détacher de ces organes, à rompre ses adhérences ; mais la partie supérieure du lobe droit sur une étendue de 5 centimètres n'est pas adhérente au péritoine, si ce n'est par des pseudo-membranes longues et lamelleuses. Tout le revêtement péritonéal est blanchâtre. Quoique sa teinte soit opaline aussi sur le lobe gauche, la perte de sa transparence n'est pas telle en ce point qu'on ne puisse distinguer la coloration rouge intense du foie sous-jacent. Les lésions du foie sont, en effet, très-différentes à gauche et à droite. A gauche, la coloration du foie est d'un rouge intense, presque brun olivâtre, qui nous paraît due à une rétention de la bile. Pour nous en assurer nous avons laissé tomber une goutte d'acide nitrique sur une coupe du foie, qui prit dans toutes les parties touchées une coloration vert pistache passant au bleu dans certains points de la périphérie. Une goutte d'iode donnait une coloration vert de bouteille plus intense, comme noirâtre, mais qui devenait beaucoup plus claire et plus évidente lorsqu'on essuyait ensuite avec une compresse et qu'on regardait la tache imprimée ainsi sur le linge. Le lobe de Spigel présente les mêmes caractères. L'éminence porte antérieure et le lobe droit sont, au contraire, ainsi que nous l'avons déjà dit, moins volumineux, ratatinés ; leur surface, au lieu d'être lisse présente de nombreux sillons irréguliers ; elle est comme ridée. Dans toute la partie antérieure et la partie adhérente, même aspect et l'on constate une tumeur fluctuante. En ce point même, le tissu hépatique a disparu en certains endroits pour être remplacé par du tissu fibreux qui fait partie de la paroi de cette tumeur.

Le kyste hépatique est plus volumineux qu'une mandarine; il contient une sérosité sanguinolente. Sa paroi est constituée par un tissu fibreux, très-dense, épaisse de un millimètre, blanchâtre, se laissant facilement séparer en deux ou trois lamelles en dehors, dans la partie adhérente au péritoine; en dehors, dans la partie contiguë au foie, on ne peut obtenir cette disjonction. En dedans, au milieu de la paroi on trouve un petit épanchement sanguin. Dans le kyste, il y a des amas de fibrine retenant des globules de sang qui le colorent en rouge et circonscrivent des cavités contenant le même liquide séro-sanguinolent que l'on trouve dans le kyste. Nulle part on ne trouve de vaisseaux de nouvelle formation, ni dans la paroi, ni dans les amas fibrineux qui recouvrent la face interne du kyste, soit qu'on examine de fines lamelles de ces tissus à l'œil nu, ou sous l'eau, soit qu'on les examine au microscope. Le liquide séro-sanguinolent ne contient pas non plus de crochets. — De la surface externe de la paroi du kyste partent des travées fibreuses qui interrompent le tissu hépatique et vont aboutir au fond du sillon, où elles rident la surface du foie. Ces travées très-abondantes dans le lobe droit, dans l'éminence porte antérieure deviennent moins apparentes à mesure qu'elles se dirigent vers le lobe gauche et finissent par disparaître complétement. Elles sont moins nettes dans la partie supérieure du lobe droit. — L'examen microscopique des cellules du foie fait reconnaître qu'elles sont légèrement granuleuses, leur noyau est nettement visible. — A la face inférieure du foie, nous ne trouvons aucune lésion ; la veine ombilicale n'est pas comprimée, la veine cave n'est pas altérée et les vaisseaux sus-hépatiques y aboutissent largement. Pas d'obstacle des gros conduits biliaires; cependant la bile n'y circule plus et la vésicule biliaire n'en contient pas ; elle est transparente ; lorsqu'on la coupe elle laisse échapper un liquide grisâtre, transparent, muqueux, filant, analogue à celui que l'on rencontre le plus souvent dans la cirrhose hépatique des adultes. Le tronc de la veine porte n'est pas comprimé et ses ramifications intestinales et mésentériques ne sont pas turgescentes. Il en est de même des veines qui abouchent dans la veine cave : elles ne sont pas le siége de stase sanguine. Reins volumineux, mamelonés. Capsules surrénales volumineuses. Le testicule gauche n'a pas accompli sa migration ; il est à deux centimètres de l'orifice inguinal interne. Le testicule droit, probablement arraché par le crochet, n'est pas retrouvé. Hypospadias. La vessie n'est pas distendue. Cinq petites rates supplémentaires dans le ligament gastro-splénique. Les poumons sont pâles, atélectasiés. Le cœur n'est pas déplacé.

Autopsie de la mère 38 heures après le décès.

Décomposition cadavérique avancée. Visage méconnaissable, peau marbrée et noirâtre. Ventre considérablement tuméfié, crépitation gazeuse à la pression de la peau. A l'ouverture du ventre, on trouve une distension gazeuse considérable des intestins ; une sérosité sanguinolente peu abondante se trouve dans la cavité péritonéale. Le péritoine lui-même est rouge dans toute son étendue. L'utérus, très-volumineux, dépasse de deux travers de mains la symphyse pubienne. La tunique péritonéale est rouge au même titre que les autres parties du péritoine. Nulle part de rupture établissant une communication avec la cavité péritonéale. Rien dans le ligament large droit. Epanchement sanguin considérable qui distend le ligament large gauche et décolle le péritoine dans une vaste étendue jusque vers la région lombaire. En enlevant l'utérus et le vagin nous augmentons une déchirure siégeant sur ces organes; nous pouvons par une incision verticale antérieure reconnaître en arrière et à gauche une rupture portant sur le col de l'utérus et sur les parties supérieures du vagin. Ces tissus sont noirâtres, ramollis, comme sphacélés ; on trouve une perte de substance plus large qu'une pièce de 5 francs, mais certainement elle a été augmentée lorsque nous enlevions les organes génitaux. Foie volumineux, très-congestionné. Sérosité sanguinolente dans le péricarde. Cœur et poumons sains. Rien dans la plèvre ni dans le péricarde. Reins très-congestionnés.

36. Albuminurie.— Gommes du foie et du poumon.— Néphrite parenchymateuse; par M. Maunoury, interne des hôpitaux.

Lheureux, Jeanne, 34 ans, blanchisseuse, entre le 14 novembre 1875, salle Sainte-Claire, n° 27, hôpital Beaujon, (service de M. Moutard-Martin).

Cette malade tousse un peu depuis quatorze ans, mais elle n'a jamais craché de sang; depuis six ans elle éprouve de temps en temps des douleurs rhumatismales dans les jointures. Elle n'a jamais uriné de sang, ni eu de troubles de la vue si ce n'est une conjonctivite légère il y a deux ans. Elle était habituellement bien réglée, mais il y a quatre mois à la suite d'une émotion, les règles s'arrêtèrent et elles n'ont pas reparu depuis. — Il y a quinze jours, apparaît un œdème de la main droite qui cesse au bout de deux à trois jours; puis œdème des deux pieds, puis des jambes et des cuisses, enfin depuis quelques jours seulement l'œdème s'est propagé aux parois de l'abdomen. Enfin, depuis cinq jours l'œdème est tellement prononcé que la marche est devenue complétement impossible ; en outre la malade a eu quelques vomissements aqueux avec un peu de diarrhée, mais sans céphalalgie ni œdème de la face. — Amaigrissement notable depuis deux ans.

Lors de l'entrée, on constate l'existence d'un œdème considérable des membres inférieurs et des parois abdominales. Dans tous ces points la peau est d'un blanc mat et la pression du doigt y laisse une empreinte profonde. L'abdomen est régulièrement dilaté, sonore à la partie la plus élevée, mat dans les points déclives, mais l'œdème des parois est tel qu'il est impossible de bien reconnaître s'il y a de l'ascite, bien que cela semble très-probable. Douleurs à la pression sur le rein gauche ; urines épaisses, peu abondantes, renfermant une quantité considérable d'albumine. — Pouls régulier, normal; rien au cœur, apyrexie complète. — Toux assez fréquente; depuis deux jours léger point de côté à gauche, sonorité normale des deux côtés, mais aux deux bases il existe des râles sous-crépitants assez fins surtout dans l'inspiration. — Langue humide; appétit. — Peu de céphalalgie ; la vision est intacte, cependant l'examen ophthalmoscopique montre que de chaque côté la papille a des bords très-diffus surtout à gauche, il n'y a pas d'hémorrhagie rétinienne. — Régime lacté.

24 novembre. Paroi abdominale rouge et tendue du côté droit avec élancements comme s'il y avait là de l'érysipèle. A la jambe droite il s'est fait une petite fissure qui laisse sortir chaque jour une quantité considérable de sérosité. Les jours suivants apparaît une diarrhée abondante contre laquelle tous les moyens échouent ; l'œdème augmente rapidement ; la macération de digitale administrée pendant quelques jours n'a aucune action sur la diminution de cet œdème ni sur l'augmentation de la quantité d'urine sécrétée qui est toujours très-faible; la cavité péritonéale est distendue par un épanchement abondant ; la malade réclame à grands cris la ponction, mais l'existence de rougeurs érysipélateuses en d'autres points du corps empêche de la pratiquer. — Le 21 décembre, les traits s'altèrent, vomissements, douleurs vives du ventre, langue sèche. Le 22 décembre la mort survient sans être précédée d'aucun trouble intellectuel.

Autopsie. Cavité abdominale renfermant de la sérosité louche, purulente; les anses intestinales sont recouvertes par des pseudo-membranes molles, blanc-jaunâtre, qui les fait adhérer les unes aux autres.

Le foie est un peu plus petit qu'à l'état normal. Sa surface est d'une irrégularité remarquable ; elle est couverte de dépressions et de sillons qui donnent à l'organe un aspect lobulé. Le fond de ces sillons est constitué soit par du tissu hépatique sain, soit par un épaississement fibreux blanchâtre de la capsule du foie, et si l'on vient à faire une incision à ce niveau on voit au-dessous une tracée de tissu fibreux qui s'enfonce dans le tissu hépatique. — Lorsque l'on vient à faire des sections du foie, on trouve le tissu hépatique sain traversé par des travées fibreuses épaisses accompagnant les vaisseaux; en outre, on trouve au milieu du tissu sain et en contact direct avec lui, deux petites masses arrondies, à limites parfaitement nettes, du volume d'un pois, de couleur blanc jaunâtre, de consistance un peu élastique.

Poumons adhérant en plusieurs points à la paroi thoracique; pas d'épanchement pleural. — Sur le bord postérieur du poumon gauche, on trouve quelques légères dépressions, mais les lésions sont beaucoup plus marquées sur le lobe inférieur du poumon droit à la surface duquel on voit des dépressions au fond desquelles la plèvre épaissie a un aspect fibroïde; on sent avec les doigts, dans l'intérieur même du poumon, des noyaux indurés qui adhèrent au fond de ces dépressions. Sur les surfaces de section, on voit que ce lobe est en grande partie constitué par un tissu blanc, grisâtre, fibreux, résistant, criant sous le scalpel, ressemblant beaucoup à du tissu de pneumonie chronique. Au milieu de ce tissu on trouve une douzaine de petits noyaux semblables à ceux du foie et dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un gros pois; ces petites masses sont bien limitées, la plupart sont en contact direct avec le tissu pulmonaire, les autres en sont séparées par une petite zone d'un rouge brun foncé.

Les deux reins sont à peu près de volume normal, ils se décortiquent très-bien. Leur surface offre une teinte jaune paille qui n'est pas d'ailleurs homogène ; le fond est formé par un tissu jaune grisâtre, d'aspect semi-transparent, et ce tissu est criblé d'une quantité innombrable de petits points blancs comme du lait coagulé, gros comme de fins grains de sable ; il en résulte un aspect granité très-singulier. En de nombreux points de la surface, on voit de légères dépressions formées par un tissu dur, d'aspect gélatineux, semi-transparent où l'on ne voit pas les petits points blancs dont nous venons de parler. — La coupe montre d'ailleurs que toute la substance corticale est constituée par un tissu semblable à celui de la surface du rein ; quant à la substance médullaire, elle semble parfaitement saine, et les pyramides de Malpighi rouges et foncées se dessinent très-bien sur le fond pâle de la substance corticale.

BIBLIOGRAPHIE

West Riding Lunatic Asylum Reports T. V^e^. (suite) (1).

Pathologie mentale. 4. Newcombe : *Attaques épileptiformes dans le cours de la paralysie générale*. — Dans le cours de la paralysie générale on peut observer tous les degrés de *mal épileptique*, survenant brusquement, sous forme d'accès : si l'on s'attache à leur étiologie on les désignera sous le nom d'accidents *congestifs*, dont quelques cas des phénomènes *apoplectiques* se dessinent nettement. De là, la division en deux classes suivie par l'auteur. Sur cent paralytiques généraux observés à West Riding, on note 60 malades ayant eu des accès épileptiformes, et ce chiffre est au-dessous de la vérité, car beaucoup d'attaques surviennent avant l'entrée dans un asile, souvent même des accidents nocturnes sont méconnus.

L'âge, le sexe des malades ne paraissent avoir aucune influence sur la production des attaques, mais on note que la durée totale de la maladie est en moyenne de 19 mois dans les cas où il n'y a pas d'accès, de 22 mois, lorsque les attaques sont épileptiformes, et de 27 mois quand il y a des accidents apoplectiformes, en outre les femmes seraient plus longtemps malades que les hommes. On n'a que bien rarement noté les phénomènes convulsifs avant le troisième mois de la maladie, ils surviennent le plus souvent entre le quatorzième et le quinzième mois.

Dans vingt-quatre cas, la mort est survenue un mois après les attaques, quelquefois celles-ci subintrantes ont amené la mort dans l'état de mal (vingt-trois fois les malades étaient du sexe masculin); enfin, si les accès ne sont pas plus fréquents chez les gens âgés, au moins sont-ils plus graves et plus rapidement suivis de mort. Newcombe rattache l'étiologie de ces accès aux conditions générales qui favorisent les attaques épileptiques, conditions étudiées récemment encore par H. Jackson, Brown-Séquard et Ferrier. Suivent une bonne description clinique du syndrôme, et un choix d'observations intéressantes, surtout au point de vue du siége des convulsions qui affectent le plus souvent la forme hémiplégique, et s'accompagnent ou non de paralysies persistantes.

La marche de la température a été notée pendant et après l'accès; la température s'abaisse avant l'attaque, remonte après les convulsions cloniques et reste très-élevée pendant plusieurs jours, ce qui, selon Westphal, serait dû à des complications pulmonaires constantes. Le pouls n'aurait ni l'ampleur ni le dicrotisme signalés par Voisin.

5. *Bevan Lewis. Histologie du grand nerf sciatique dans la paralysie générale des aliénés*. (2 planches). — L'auteur a étudié plus spécialement les formes *atrophiques* de la paralysie des aliénés.

Le sciatique malade est plus ovale, plus mou, il se laisse facilement déprimer. Un examen histologique fait voir un épaississement du névrilème surtout entre les faisceaux nerveux secondaires : les tubes nerveux sont atrophiés par places, cette atrophie se fait à la fois sur plusieurs points du nerf et procède par envahissement centrifuge. Le cylindre-axe ne disparaît pas, mais il s'amincit, se colore moins bien par le carmin. En outre, on trouve une hypertrophie conjonctive prononcée par places et une augmentation dans la vascularisation du nerf ; selon l'auteur de nouveaux vaisseaux se formeraient aux dépens des corpuscules étoilés du tissu conjonctif.

Ces lésions sont spéciales à la paralysie générale, car dans l'atrophie sénile, et dans celle qui succède à l'inaction d'un membre on a trouvé : une laxité du tissu conjonctif qui permet au nerf de se dissocier et de s'infiltrer de cellules adipeuses, les tubes nerveux sont atrophiés dans leur ensemble ; les vaisseaux ont subi une hypertrophie scléreuse de leurs tuniques ; l'ensemble de la lésion est une « désintégration graisseuse. »

La lésion de la paralysie générale serait une « congestion passive due probablement à une paralysie vaso-motrice. »

A cet état anatomique correspondent des symptômes dont les principaux sont : l'inexcitabilité électrique des muscles de la région antérieure de la jambe, tandis que la masse du mollet se contracte encore avec un courant faible. La sensibilité et les actions réflexes sont diminuées, enfin la démarche prend un caractère spécial qui la reproche de celle des ataxiques, aussi l'auteur fait-il jouer dans la paralysie générale un rôle important à des scléroses secondaires de la moelle.

(1) Voir le n° 19.

6. Lennox Browne. *Observations laryngoscopiques dans les cas de paralysie générale.* En France, M. Voisin s'est occupé des troubles de la phonation chez les paralytiques généraux, mais son travail était basé sur l'anatomie pathologique. *Lennox Browne* au contraire examine 50 malades vivants au même moment à West Riding. Les observations sont consignées sous forme de tableaux, et on peut en tirer les conclusions suivantes :

1° Le pouvoir d'émission de la voix se perd peu à peu, et est très-difficile dans le troisième degré de la paralysie générale; 2° La voix s'assombrit devient rude dès la première période; 3° La protusion de la langue ne se fait que difficilement; 4° La sensibilité réflexe du pharynx est très-diminuée, dès le début l'examen laryngoscopique est plus facile qu'à l'état normal; 5° Le voile du palais pend et est congestionné; 6° Les cordes vocales ne fonctionnent plus de concert, et sont inégalement tendues : en outre la muqueuse est anesthésiée (lésion du larynx supérieur); souvent aussi elle est congestionnée.

7. Lennox Brown : *Hematomes du pavillon de l'oreille* (1 planche). Sur 1424 malades de West-Riding on a trouvé 30 sujets porteurs d'hématomes de l'oreille, simples ou doubles : ce qui fait une proportion de 2,24 0[0 : se répartissant en 3,39 0[0 pour les hommes et 1, 11 0[0 pour les femmes. Ces malades étaient pour la plupart atteints d'affections convulsives ou violentes (épilepsie 5 cas, manie 17), l'oreille gauche est atteinte trois fois plus souvent que la droite.

La tumeur débute par des hémorrhagies sous le périchondre de l'hélix, elle devient plus ou moins volumineuse, recouvre la conque mais n'occupe jamais le lobule; arrivée au volume maximum d'un œuf, elle se rompt ou non, et laisse en tous cas une déformation spéciale de l'oreille qui se ride, se ramasse, devient flétrie et plus petite que celle du côté opposé.

Cette tumeur ne peut être due à des chutes, à des coups ; les boxeurs n'ont jamais d'hématome semblable, mais seulement des ecchymoses comparables à celles de l'œil. Selon L. Browne l'hématome de l'oreille accompagne un dérangement général de l'esprit, car on ne l'observe pas dans la monomanie; il paraît dû à un ramollissement du tissu de l'oreille qui se congestionne facilement au moment des accès et reste dans l'intervalle sous la dépendance directe des vaso-moteurs (ganglion cervical supérieur); il siégerait plutôt à gauche à cause de la plus grande tension du sang dans la carotide de ce côté.

8. Crichton Browne. *Note sur la manie chronique.* (photographies) — C. Browne insiste sur la fréquence de cette affection dans les asiles d'aliénés, lorsque l'accès de manie aiguë a cessé, l'intelligence à demi-naufragée subsiste assez pour permettre de rassembler quelques idées, mais elles se pressent en foule dans le cerveau du malade et se traduisent par une grande incohérence; chez quelques-uns de ces malades, il n'y a pas affaiblissement intellectuel, mais *dérangement* dans le sens rigoureux du terme; ils sont capables de lire, écrire, reconnaître leurs parents, mais ils ne peuvent longtemps suivre la même idée et leur intelligence s'égare à l'aventure sur un mot, une épithète qu'ils viennent de prononcer eux-mêmes A cette excitation mentale se joint une agitation physique des plus prononcées, ce sont ces malades qui se parlant sans cesse à eux-mêmes, gesticulant, battant des mains, ne goûtent de repos ni le jour ni la nuit (un des malades de Browne fut *six mois* sans sommeil.) Les fonctions physiques sont assez bien conservées, le poids du corps augmente, du reste les examens cadavériques ne montrent aucune lésion appréciable même des centres nerveux. Dans quelques cas la démence arrive et s'accompagne alors de décrépitude, souvent cependant, et c'est le cas des deux malades photographiées dans ce travail, l'état de manie chronique dure saus interruption pendant plusieurs années. Généralement ces malades sont d'un caractère souriant et sont assez faciles à conduire dans l'intervalle de leurs accès aigus.

9. J. M. Fothergill. *De l'Hypérémie cérébrale.* — L'Hypé» rémie cérébrale consiste en une augmentation de la quan» tité de sang artériel qui passe par l'Encéphale. » C'est ainsi que Fothergill distingue la congestion active, artérielle, de la congestion veineuse, par réplétion.

Normalement l'hypérémie se produit dans l'état de veille lors de l'étude principalement, c'est qu'en effet le cerveau, comme tout organe, a des activités variables et proportionnelles aux quantités différentes de sang rouge qui le traversent. Le sommeil s'accompagne d'anémie, c'est ce qu'en 1874 l'auteur a démontré dans un des volumes du même recueil. Deux facteurs concourent à produire la congestion artérielle: 1° l'augmentation de la tension intra-vasculaire : 2° une modification propre au tissu cérébral, soit qu'il exige plus de sang (comme l'estomac au moment de la digestion), soit qu'une cicatrisation ait à se faire, auquel cas une congestion de voisinage s'observe toujours :

a) Hypérémie d'origine vasculaire. C'est le cas des sujets entre deux âges, pléthoriques, enclins à la colère, ayant une céphalalgie persistante, des bruissements d'oreille, de la photophobie; quelquefois la langue s'embarrasse, ou bien des paralysies passagères surviennent; toujours le pouls sera dur, l'artère athéromateuse, les fonctions digestives paresseuses. Souvent le malade sera goutteux et aura les reins altérés. Le rein se sera sclérosé sous l'influence de congestions successives, l'obstacle au cours du sang élèvera la tension artérielle, secondairement le ventricule gauche augmentera de volume mais n'en chassera qu'avec plus de force le sang dans les capillaires cérébraux, on aura alors à craindre l'hémorrhagie cérébrale, ou l'apoplexie séreuse ; d'autant que la circulation lymphatique peri-vasculaire ne s'effectuera plus par suite de la distension énorme des capillaires du cerveau. Peut-être, dit Fothergill, faudrait-il dans ces cas recourir à la saignée trop délaissée aujourd'hui ; en tout cas l'aconit, les purgatifs abaisseront la tension vasculaire, et l'éréthisme cérébral sera calmé par l'emploi du chloral.

b) Hypérémie de cause cérébrale. Dans ces cas la tension artérielle est normale et quelquefois au-dessous de la moyenne à la périphérie, mais les centres nerveux sont congestionnés. C'est une forme qui accompagne souvent l'aliénation mentale, et contribue à donner des hallucinations, les sens acquièrent une exquise délicatesse de perceptions et les moindres vibrations extérieures se transforment en sensations réelles et péniblespour le malade. Les cellules cérébrales ont dans ces cas une activité exagérée, elles appellent, dit l'auteur, une quantité de sang anormal, donc plus de sommeil, une excitation maniaque nécessite dans quelques cas l'isolement du malade; cette congestion pourra quelquefois tenir à un travail cérébral exagéré. D'autrefois la congestion localisée au cerveau ne s'accompagnera d'aucun trouble de la circulation générale. Fothergill se garde d'employer les antiphlogistiques dans ces cas là. il s'agit au contraire de tonifier les vaisseaux dilatés par paralysie vaso-motrice, de calmer l'excitation des cellules nerveuses par le bromure de potassium.

c) Hypérémie d'origine toxique. Bien des congestions cérébrales sont dues à des intoxications.

Le délire furieux de la belladone, les hallucinations de l'alcool, les bourdonnements d'oreille du sulfate de quinine, dépendent de la congestion encéphalique, et reconnaissent comme cause mécanique la dilatation des capillaires du cerveau et même des grosses artères de la base.

(*A suivre.*) H. de Boyer.

VARIA

Le nouvel hôpital des cliniques de la Faculté de médecine.

Ainsi que nous le disions ces jours derniers, dit le *Bien public*, cet hôpital, situé actuellement en face de l'Ecole de médecine, va être reconstruit sur une partie des terrains distraits du jardin du Luxembourg par M. Haussmann. Il aura la forme d'un triangle et s'élèvera sur l'emplacement qui est longé par la rue d'Assas. La base du triangle répondra à peu près au niveau de la rue Carnot et son sommet au carrefour de l'Observatoire. Cet hôpital n'aura qu'un étage, consacré exclusivement aux services médicaux. Le service des accouchements recevra une disposition spéciale qui tend à combattre les épidémies. Cinq salles de huit lits chacune recevront les femmes en couches ; ces salles seront assez grandes pour qu'à chaque lit il soit attribué soixante-dix mètres cubes d'air. A côté se trouveront des crèches pour le renouvellement des langes des nouveau-nés; on évitera ainsi dans les

salles des mères, le dégagement d'odeurs fétides et de miasmes malsains. Les accouchements se feront dans un local spécial, situé entre cour et jardin, dans des conditions telles que les cris ne puissent ni être entendus du dehors, ni troubler le repos des malades. Il y aura aussi une vaste salle de dix lits pour les complications qui peuvent survenir à la suite des couches et nécessiter des soins spéciaux; des chambres isolées recevront les malheureuses atteintes de fièvre puerpérale, affection tellement contagieuse qu'elle est restée jusqu'à ce jour le fléau des maternités. Un amphithéâtre pour les cours, un cabinet pour le directeur et un musée d'anatomie existeront encore à cet étage. Les sages-femmes trouveront aussi leur logement dans le voisinage des salles où devra s'exercer leur ministère.

Au rez-de-chaussée, administration, chapelle, salles de femmes qui attendent, salles de nourrices, etc. Ce rez-de-chaussée sera élevé de plus d'un mètre cinquante centimètres au-dessous du sol. Eu sous-sol seront les pharmacies, réfectoires, cuisines, tisanneries, caves, etc. Des préaux couverts et découverts permettront aux convalescentes de respirer l'air pur du dehors par tous les temps. Tous les services communiqueront entre eux par de vastes galeries.

Potion contre la pneumonie des enfants (*Stierlin*).

Carbonate d'ammoniaque............	1 gramme.
Eau distillée....................	50 —
Sirop de gomme...................	10 —

F. s. a. une potion, qu'on administrera par cuillerées à café, toutes les heures d'abord, puis toutes les deux heures, à un enfant de huit mois environ, atteint de pneumonie. — Quand l'enfant est plus âgé, ou commence par un vomitif. — Plus tard, quand la fièvre a cédé, on favorise l'expectoration, à l'aide du soufre doré d'antimoine et de l'acide benzoïque.

NOUVELLES

Faculté de médecine de paris. — M. le Dr Ball, agrégé de la Faculté, commencera la deuxième partie de son cours sur les maladies mentales et nerveuses, lundi prochain, le 29 mai, huit heures du soir, dans l'amphithéâtre de l'École-de-Médecine, et le continuera les lundis et jeudis suivants à la même heure.

Herborisation. — M. Chatin, professeur, membre de l'Institut, fera sa prochaine herborisation le dimanche 28 mai, dans les environs de Mantes. Rendez-vous à la gare St-Lazare à 8 h.

Bulletin général de thérapeutique. — Nous apprenons que M. le professeur Potain est appelé à remplacer M le professeur Behier comme membre du comité de rédaction du *Bulletin général de Thérapeutique*. Nous ne pouvons que féliciter notre sympathique confrère, M. le Dr Dujardin-Beaumetz, de l'heureux choix qu'il a fait.

Le professeur Lister (d'Edimbourg), vient d'être nommé membre de « General medical Council » de la Grande-Bretagne. Il remplace le Dr Begbie dont nous avons annoncé la mort il y a peu de temps.

Nécrologie. — Le corps médical de Nancy vient de perdre son doyen d'âge. Le Dr de Schaken, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Charles, vient de s'éteindre le 21 avril dernier, après une longue maladie. *Revue médicale de l'Est.*)

—*Le Monde russe* annonce la mort de M. L. Hirschfeld, l'éminent anatomiste, qui est décédé le 28 avril à Varsovie. Né à Varsovie en 1814, M Hirschfeld fit ses études de médecine à Breslau, à Berlin et ensuite à Paris.

—*Magendie semper vivens.* Nous nous imaginions que Magendie était mort à Paris le 8 octobre 1855 et que Payen avait cessé de vivre il y a cinq ans. Il n'en est rien, dans un document des plus officiels, la Ministre de la Guerre vient de ressusciter ces deux savants. M. Grandeau, professeur à la Faculté des sciences de Nancy, ayant demandé au Ministre l'autorisation de faire quelques recherches ayant pour objet de constater la valeur de la ration règlementaire allouée aux chevaux de cavalerie, le Ministre vient de lui répondre que « la Commission d'hygiène hippique s'est occupée de toutes ces questions et qua MM. Boussingault, Payen, Magendie, etc., qui en font partie, les ont résolues. » Les expériences de Magendie datent de 1844. Il est vrai qu'il était immortel, et que, par conséquent, il vit encore et vivra toujours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

Tillaux (P.), Traité d'anatomie topographique avec application à la chirurgie, 2e fascicule : Colonne vertébrale, Cou, Membres supérieurs et thorax. Gr. in-8 de 306 pag. avec 73 fig. tirées en noir et en couleur, 7 fr. — Le 3e et dernier fascicule est sous presse.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

Bellencontre. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques comprimant la moelle épinière. in-8° de 66 p. et 2 planches. 3 fr.

Goudemant. Considérations sur l'étude des causes générales des déformations. In-4 de 68 pages. Imprimerie Parent.

De Guny. — Projet de nécropole pour la ville de Paris, in-4° de 24 p. avec cinq tableaux. Imprimerie de Moncharmont.

Librairie COCCOZ, rue de l'Ecole de Médecine, 30.

Talmy. De la diarrhée endémique chronique des pays chauds. Ses rapports avec le foie; son traitement par le sucre de lait. In-8 de 75 pag. avec table, 1 fr. 50.

Libraire J.-B AILLIÈRE, rue Hautefeuille.

Delefosse. Procédés pratiques pour l'analyse des urines, des dépôts urinaires et des calculs urinaires. In-8 de 75 pag. avec table et 68 fig. 2 fr. 50.

Bulletin de la Société de médecine légale de France. 1876, tome IV, 1er fascicule. In-8 de 239 pag.

Librairie GERMER BAILLIÈRE, 17, rue de l'Ecole de Médecine.

A. Nélaton. Eléments de pathologie chirurgicale. Deuxième édition très-augmentée. tome quatrième, première partie. Affections des appareils de l'ouïe et de la vision, publiée par M. le doct. Péan. 1 fort vol. grand in-8° avec de nombreuses figures dans le texte. Prix, 7 fr.

Librairie de MUZARD et Fils.

Gannal. — Inhumation et crémation. Mémoire adressé au Conseil municipal de Paris, in-8 de 31 pages.

Librairie de Victor PALMÉ.

De Marmiesse. L'enseignement scientifique et médical de l'Etat et l'organisation des Universités catholiques, in-8 de 142 pages.

Gripat. Contribution à l'étude de la thermométrie dans le choléra (épidémie observée à Paris en 1863). In-8 de 30 pag. et 31 tableaux. Imp. Barasse, à Angers.

Fr. Mendez Avaro. La conferencia sanitaria internacional celebrada en Viena ei auo de 1874. Madrid, 1876. Imp. de Rojas. In-8 de 292 pag. avec table.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Luys a repris ses leçons sur la structure et les maladies du cerveau dans leurs rapports avec la pathologie mentale, le dimanche 7 mai, à neuf heures et demie, et les continue tous les dimanches, à la même heure.

Hôpital Necker. Jours de cliniques. Mardi et samedi, M. Hardy; le jeudi, interrogation des malades par les élèves. Mercredi, M. Guyon, leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.

Hôpital Saint-Louis. — Semestre d'été 1876. — Cliniques dermatologiques et syphiligraphiques, consultations et jours d'opérations.

Cliniques dermatologiques. — *Lundi.* M. Guibout. Leçons cliniques sur les maladies des femmes, salle Henri IV. M. Besnier, Consultation externe, 8 h. 1/2.

Mardi. M. Vidal. Leçons sur les caractères extérieurs et l'anatomie pathologique des maladies de la peau, 9 h. 1/2. — M. Fournier, conférences cliniques de la peau, 8 h. 1/2. — M. Hillairet, consultation externe, 9 h.

Mercredi. M. Besnier, conférences cliniques et thérapeutiques, au lit des malades, salles St-Léon et St-Thomas. — M. Lailler, consultation externe, 8 h. 1/2.

Jeudi. M. Hillairet, conférences cliniques, salle Henri IV, 9 h. — M. Vidal, consultation externe, 9 h.

Vendredi. M. Lailler, conférences cliniques au lit des malades, salles Sainte-Foy et Saint-Mathieu, 8 h. 1/2. — M. Vidal, conférences cliniques et visite des nouveaux malades, salles Saint-Jean, 9 h. — M. Fournier. Cours complémentaire de la Faculté, maladies syphilitiques, amphithéâtre d'opérations, 9 h. 1/2. — M. Guibout. Consultation externe, 8 h. 1/2.

Samedi. M. Guibout. Leçons cliniques sur les maladies de la peau, salle Saint-Charles, 8 h. 1/2. — M. Fournier, consultation externe, 8 1/2.

Dimanche. M. Lailler. Leçons sur les teignes avec exercices pratiques et démonstrations. Pavillon St-Mathieu, 9 h. *précises.*

Hôpital Sainte-Eugénie. Service de M. Bergeron. Visite à 8 h. Salle Saint-Benjamin : 1, angine diphthéritique; 2, endo-péricardite, 8, fièvre typhoïde; 10, 13, pleurésie; 11, croup, broncho-pneumonie; 15, broncho-pneumonie; 15, pneumonie; 16, 27, pleuro-pneumonie; 17, stomatite ulcéreuse; 19, arthrite cervicale; 20, scarlatine; 29, fièvre continue. — Salle Sainte-Mathilde : 1, 21, chorée; 2, pleurésie; 5, 26, fièvre typhoïde; 7, ana[illegible]; 8, lucération de la langue de nature scrofuleuse; 12, pleurésie pur[illegible]; 13, 15, coqueluche; 14, broncho-pneumonie; 22, tænia; 23, endocardite, hémoptysies; 24, fièvre muqueuse

Service de M. Lannelongue. Visite à 8 h. 1/2. Opérations le mardi. Salle Sainte-Eugénie : 4, division congénitale du voile du palais et de la voûte palatine; 27, exostose de l'extrémité supérieure du péroné; 33, fracture de jambe. — Salle Napoléon : 6, décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure de l'humérus; 10, polypes du larynx? 14, paralysie radiale par l'usage des béquilles; 16, incontinence (nocturne d'urine; 32. brûlures des mains et de la face par de la cire; 18, 21, hypospadias; 35, plaie du globe oculaire par la pointe d'un couteau.

Le gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59 RUE DU PLESSIS.

4e ANNÉE. — N° 23 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 3 JUIN 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. S. DUPLAY.

Pied plat valgus douloureux (impotence fonctionnelle du long péronier latéral) de Duchenne. — Physiologie pathologique. — Diagnostic. — Traitement.

(Leçon recueillie par E. MAROT, interne des hôpitaux).

Messieurs,

Vous avez eu déjà l'occasion d'observer dans nos salles un certain nombre de malades atteints d'une affection qui, bien que fréquente est généralement assez peu connue. Je puis actuellement vous en présenter l'exemple sur deux malades, et je désire en profiter pour appeler votre attention sur les particularités interessantes de cette affection.

Nos malades sont des adolescents : l'un a 16 ans, l'autre 18 ; tous les deux exercent des professions fatigantes, puisque le premier est apprenti mécanicien, tandis que l'autre, en qualité de garçon marchand de vins, est exposé à des allées et venues continuelles. Ils font l'un et l'autre remonter au même accident les troubles fonctionnels dont ils ont à se plaindre aujourd'hui. L'un s'est donné une entorse du pied en descendant un escalier. L'autre s'est aperçu de même, au moment où il montait des marches, que son pied se tournait. L'origine des accidents paraît donc être de part et d'autre une entorse véritable, mais assez légère en somme, puisque les deux malades ont pu continuer leur travail, bien que souffrant toujours un peu. Je tiens à vous faire constater dès à présent, Messieurs, qu'il ne s'agissait nullement à cette époque d'un commencement d'arthrite, car il n'y a jamais eu ni rougeur ni gonflement.

Il nous est donné maintenant d'observer les conséquences d'un même accident initial : elles sont presque absolument identiques chez les deux malades. Tous deux, après le repos de la nuit ne ressentent au lever aucune douleur, et la marche est d'abord facile ; mais bientôt, sous l'influence de la station, de la marche et de la fatigue qui en résulte, la douleur survient d'une façon progressive, localisée constamment au-dessous des malléoles, autour de l'articulation tibio-tarsienne, et à sa partie externe surtout. L'affection siége d'un seul côté, au membre gauche, dans les deux cas.

En même temps que la douleur, il survient, pour entraver bientôt la marche, un élément de plus : le pied finit par subir vers la fin de la journée une modification très prononcée de sa forme et une déviation qui se fait constamment dans le même sens. Les malades marchent alors sur un seul côté du pied. Leurs chaussures devraient en porter des traces ; il ne faut jamais négliger de les examiner en pareil cas. L'un des malades, l'apprenti mécanicien, nous présente effectivement un soulier dont la semelle n'est usée pour ainsi dire que du côté interne. Il est bien manifeste que son pied est habituellement tourné en dehors pendant la marche, ainsi qu'il le dit lui-même. L'autre malade fait habituellement son service avec des chaussons, nous n'avons donc pu rien constater à cet égard.

Il nous est facile de reproduire devant vous cette sorte d'intermittence dans la douleur et la déviation du pied. Il suffit, en effet, de faire garder le lit à nos deux malades pendant assez longtemps, toute une nuit par exemple jusqu'à la visite, et nous leur trouvons à ce moment les deux pieds semblables ; il est impossible de saisir une différence d'un côté à l'autre. La douleur est nulle. Mais les faisons-nous lever et marcher pendant quelque temps, la déformation du pied et les douleurs reparaissent aussitôt.

Nous observons alors *un pied plat*. Je me réserve, Messieurs, de revenir dans un instant sur le mécanisme de cet affaissement de la courbure plantaire. En outre, le pied est renversé en dehors, c'est-à-dire qu'il repose sur le sol par son bord interne, ce qui se traduit chez un de nos malades par l'usure de la chaussure en dedans. C'est là, vous le savez, le caractère de la forme particulière de pied bot, que l'on nomme le *pied bot valgus* : nous avons donc sous les yeux un *pied plat valgus*, qui se prononce dès que le pied supporte depuis quelque temps le poids du corps.

Si nous joignons à cela l'élément *douleur* qui vient bientôt accompagner la déformation et la déviation du pied, nous pouvons dès lors caractériser l'affection du nom de *pied plat valgus douloureux*. Ce terme a l'avantage de rappeler les principaux caractères de l'affection, mais il n'indique rien sur sa nature. Je crois utile d'insister sur ce dernier point, parce qu'à ce sujet vous ne pourriez tirer de la lecture de vos livres classiques que des données fort incomplètes et surtout peu exactes. Deux théories pathogéniques sont en présence, entre lesquelles il importe beaucoup de faire un choix motivé, car elles entraînent, au point de vue thérapeutique, des conséquences absolument opposées.

La première de ces théories appartient à M. Gosselin. C'est en 1865 qu'ont été présentées par lui à l'Académie de médecine les premières observations à ce sujet. Dès cette époque, M. Gosselin proposait de donner le nom de *Tarsalgie des adolescents*, à cette affection dans laquelle il ne voyait qu'une arthrite primitive localisée surtout à l'articulation astragalo-calcanéenne. Dans sa pensée, il devait se produire là ce qu'on observe dans une foule d'autres articulations, à l'épaule, à la hanche par exemple. L'arthrite s'accompagnait d'une contracture musculaire réflexe ayant pour résultat le renversement du pied en dehors. Cette opinion repose sur une autopsie qui, je dois le dire, me paraît susceptible d'une interprétation moins probante pour la théorie. Cette autopsie, à laquelle j'ai assisté alors que j'avais l'honneur d'être l'interne de M. Gosselin, est celle d'une jeune fille atteinte de pied plat valgus douloureux, et qui fut rapidement emportée par le choléra. On trouva les cartilages de l'articulation astragalo-calcanéenne légèrement altérés. Ce fait unique a servi de point de départ à la théorie pathogénique proposée par M. Gosselin et par son élève M. Cabot. (Thèse inaugurale, Paris, 1865).

Cependant je pense qu'il est loin d'être péremptoire ; une foule de raisons opposées viennent, au contraire, démontrer qu'il ne suffit pas d'une arthrite pour déranger la statique du pied et produire le pied plat valgus douloureux. D'ailleurs rien de pareil s'observe-t-il dans les arthrites aux autres régions ? Partout, nous voyons bien qu'il peut se produire certaines déformations par contracture réflexe, mais les modifications d'attitudes sont d'un ordre bien différent. Ainsi que l'a démontré Bonnet (de Lyon), elles ont toutes pour effet commun de placer l'articulation malade dans la position qui favorise le plus son relâchement et diminue par suite le plus la douleur. Tout au contraire nous avons affaire ici à une déformation du pied dont le principal effet est d'amener des tiraillements et de faire naître la douleur au lieu de la calmer. Une arthrite qui se comporterait de la sorte serait bien différente de toutes les autres, et rien ne doit faire accepter cette anomalie pour réelle. D'ailleurs, la douleur n'est elle pas consécutive, ne disparait-elle pas en même temps que la déviation, dès que le malade se repose ? Pouvons-nous admettre une arthrite sans rougeur, gonflement ni douleur ? D'autre part vous savez, Messieurs, avec quelle facilité les arthrites, dans cette région tarsienne,

plus que partout ailleurs, dégénèrent en tumeurs blanches. Or, il n'existe pas un seul fait de valgus pied plat douloureux terminé de cette façon : ces exemples seraient certainement nombreux si l'affection primitive était bien une arthrite. Cet argument me paraît péremptoire. D'ailleurs, le développement de lésions intra-articulaires, à supposer qu'il s'observe, ne démontrerait encore rien en faveur de l'arthrite primitive, car nous pouvons admettre que la position vicieuse prolongée peut amener dans les os, les cartilages, la synoviale même, les modifications qui aboutissent ordinairement à l'arthrite chez des sujets prédisposés. Ces différentes raisons nous permettent d'affirmer que *la théorie de l'arthrite* est en contradiction avec les faits cliniques aussi bien qu'avec les lois générales de la pathologie articulaire.

Ces faits ont été plus rigoureusement analysés par M. Duchenne (de Boulogne) dont vous connaissez toutes les belles recherches sur la physiologie et la pathologie du système musculaire. Dans une série de communications à la Société de Chirurgie, dans son Traité de l'électrisation localisée, enfin, dans un mémoire (*Archives gén. de médecine*, 1872) cet auteur nous a fait connaître les résultats successifs de son investigation à ce sujet : il désigne l'affection sous le nom d'*Impotence fonctionnelle du long péronier latéral*. Bien que ce terme puisse, au premier abord, paraître singulier, il a le mérite de bien caractériser la nature du désordre fonctionnel en indiquant avant tout qu'il s'agit d'une faiblesse, d'une insuffisance musculaire. Le péronier manque à sa tâche au moment où son action devient nécessaire. Reportons-nous, si vous le voulez bien, aux conditions physiologiques de la statique du pied, ainsi qu'aux fonctions dévolues au long péronier latéral.

Le pied repose sur le sol par deux points d'appui ou piliers principaux : en arrière le calcanéum, en avant la tête du premier métatarsien constituent l'un le talon proprement dit ou talon postérieur, l'autre le talon antérieur. Le pied s'appuie aussi fortement assez sur la tête du 5e et même du 4e métatarsien.

Le talon antérieur est séparé du talon postérieur par la voûte plantaire dont la profondeur est variable selon les sujets, mais dont l'existence est constante à l'état normal. Chez un sujet sain, si l'on exerce avec la main une pression énergique sur la tête du premier métatarsien, on arrive à déprimer le talon antérieur, ou, en d'autres termes, à relever le premier métatarsien. sur le premier cunéiforme: puis la pression continuant, le 1er cunéiforme remonte sur le scaphoïde, et celui-ci sur l'astragale : on arrive ainsi à détruire la courbure plantaire, si le sujet ne résiste pas. Mais il est un muscle dont la contraction peut maintenir la courbure plantaire en attirant en bas la tête du métatarsien, ce muscle est le long péronier latéral : lorsque sa contraction n'est pas insuffisante, il résiste efficacement à la pression, même énergique, appliquée de bas en haut sur le talon antérieur.

Dans la station et dans la marche, le poids du corps, reporté sur le talon antérieur, n'agit pas autrement que cette pression expérimentale : examinons, en effet, ce qui se produit de ce côté pendant la marche. Au moment où le talon est soulevé par la contraction du triceps sural, le centre de gravité du corps se reporte en avant et vient en définitive passer par le centre du talon antérieur. Le poids du corps est donc à ce moment reporté sur la tête du premier métatarsien qui doit s'abaisser activement pour résister à la force qui tend à la relever et à redresser la courbure plantaire : le long péronier latéral entre alors en action. L'effet de sa contraction est de maintenir en ligne courbe la série osseuse depuis l'astragale jusqu'au métatarsien. Vous jugez dès lors, Messieurs de l'importance des fonctions dévolues au muscle long péronier latéral, puisqu'à lui seul il doit résister au poids du corps pendant la marche et soutenir la voûte plantaire ; et vous saisissez par suite quels troubles dans la statique du pied son insuffisance peut entraîner.

Dans ce cas, en effet, le long péronier latéral, manquant de force pour soutenir le métatarsien abaissé, celui-ci est repoussé en haut et la voûte plantaire s'effondre pour ainsi dire. Dans cette nouvelle condition le pied ne repose plus en avant sur la tête du premier métatarsien, mais vient alors prendre point d'appui sur les têtes des quatrième et cinquième métatarsiens, qui, n'étant pas soutenues par des puissances musculaires appropriées, se laissent repousser en haut d'une façon passive et mécanique. De là résulte l'élévation du bord externe du pied et l'abaissement de son bord interne, c'est à dire le valgus.

Le phénomène se produit d'abord momentanément, dès que le malade marche, pour disparaître complétement sous l'influence du repos. Mais à une période plus avancée, certains muscles, sollicités par cette déviation mécanique du pied à entrer en contraction, interviennent et se mettent en contraction habituelle ; ce sont le court péronier latéral et l'extenseur commun des orteils.

La déviation, qui d'abord est seule, s'accompagne donc presque fatalement plus tard d'un mouvement de torsion dont le siége est surtout l'articulation astragalo-calcanéenne ; il en résulte des pressions anormales au niveau des surfaces articulaires dont les ligaments sont tiraillés. De là résulte la douleur, qui n'apparaît qu'au moment du fonctionnement du pied, c'est-à-dire après la station prolongée ou la marche. Le repos au contraire la fait disparaître.

Il est possible que la maladie, après de nombreuses alternatives d'amélioration et de rechûtes, finisse par disparaître spontanément lorsque le sujet parvient à l'âge adulte, lorsque le système musculaire a acquis plus de force et d'énergie. Mais il n'en est pas toujours ainsi, soit que l'affection ait eu dès le début plus de gravité, soit qu'on l'ait trop longtemps abandonnée à elle-même. Chez certains sujets, on voit alors la persistance de la position vicieuse entraîner l'apparition d'un nouveau phénomène, je veux parler de la *contracture réflexe secondaire* dont M. Gosselin tire un si grand parti pour la défense de sa doctrine. Dans ces cas, la douleur s'accompagne bientôt de la contracture permanente d'un certain nombre de muscles qui maintiennent et exagèrent la position vicieuse du pied. Ces muscles sont principalement le court péronier latéral et le long extenseur commun des orteils; les contractures peuvent même aboutir à la longue à une rétraction réelle. Elles sont nettement accusées par la saillie des tendons au cou de pied.

La contracture, suivie de rétraction, des muscles court péronier et long extenseur commun, s'observe rarement. Vous rencontrerez plus souvent le pied plat valgus douloureux dans sa forme intermittente, avec contracture passagère, et que le repos fait disparaître assez rapidement. Vous en aviez un exemple ces jours passés dans nos salles sur un jeune malade atteint de pied plat valgus qui a quitté l'hôpital, momentanément guéri par le repos de la contracture qu'il présentait à son entrée.

Telle est, Messieurs, dans son ensemble, la théorie que je tenais à vous exposer au sujet de cette affection intéressante. Les conséquences thérapeutiques en sont faciles à saisir. La théorie opposée entraîne à une conduite bien différente. Conséquent avec lui-même, et voyant dans la tarsalgie une arthrite primitive, M. Gosselin est amené à traiter le mal par l'immobilité, moyen rationnel quand il s'agit d'une arthrite, fâcheux au contraire lorsqu'il s'agit d'une insuffisance musculaire. M. Gosselin agit aussi dans le pied plat valgus comme pour les affections articulaires accompagnées de positions vicieuses : il redresse la déviation, porte le pied en adduction forcée, le place dans un appareil inamovible, et l'y laisse 2 ou 3 mois. J'ai vu nombre de malades que ce traitement n'avait nullement modifiés. Le repos forcé avait eu pour seul effet d'affaiblir le membre, et l'impuissance fonctionnelle augmentée se traduisait après le traitement par le même ensemble de symptômes qu'auparavant. S'il paraît y avoir eu quelques succès, nous pouvons, je pense, les attribuer à l'âge des malades qui se trouvaient à cette époque de la vie où l'affection guérit souvent spontanément.

Examinons maintenant les résultats du traitement op-

posé : Si la doctrine de l'impuissance musculaire est bien fondée, tout moyen capable d'augmenter l'énergie et la force de contraction du muscle affaibli doit faire disparaître les accidents.

L'électrisation localisée constitue le moyen de traitement en quelque sorte spécifique,et c'est celui que nous vous conseillons d'employer.S'il existe des contractures secondaires, le repos ne tardera pas à les faire disparaître. Nous ferons donc garder le lit à nos deux malades et nous ferons électriser chaque jour, et pendant longtemps, leur long péronier latéral. Je puis dire, Messieurs, que ce mode de traitement m'a permis d'enregistrer de nombreux succès pendant mon séjour à l'hôpital Saint-Antoine. Mais je dois cependant à la vérité d'ajouter que l'affection s'est montrée dans quelques cas absolument rebelle : elle était sans doute trop ancienne et compliquée de rétraction avancée. Dans ce cas, on pourrait être conduit à pratiquer la section sous-cutanée des tendons contracturés, mais cette indication n'existe jamais dans des cas bénins, analogues à ceux dont je vous ai parlé aujourd'hui.

MALADIES DES OREILLES

De la myringodectomie;

Par le Dr **C. MIOT** (1).

CHAPITRE III.

Art. IV. Du lieu d'élection et du choix du procédé.

Les praticiens ont perforé le tympan sur différents points les uns au niveau de la moitié inférieure (Astley Cooper, Itard, Kramer, Philipeaux, Bonnafond), les autres dans sa partie moyenne (Toynbee) quelques-uns ont choisi le lieu d'élection suivant les cas de Trœltsch. Frank, Politzer, Voltolini, Weber, Gruber, S. Duplay, (2). Depuis que le plus grand nombre des indications de l'opération sont devenues précises et que les modes d'éclairage ont été perfectionnés, on pratique l'incision du tympan dans une étendue variable et sur des points différents, selon la nature des affections. Avant de dire comment il faut procéder dans chacune de ces affections,je vais faire l'examen critique des différentes méthodes opératoires et dire pourquoi, dans tous les cas, je donne la préférence à la myringodectomie.

Ponction. — On ne doit pas pratiquer la paracentèse du tympan avec un trocart, pour les raisons suivantes :

D'une manière générale, je dis, avec Itard, que pour suivre tous les temps de l'opération au fond d'un conduit étroit comme le conduit auditif, il ne faut pas se servir d'instruments qui arrêtent les rayons lumineux et rendent impossible ou très difficile la distinction à faire entre la partie de la membrane qu'il faut perforer et celle qu'on doit respecter. La canule complique inutilement le manuel opératoire, puisque n'ayant pas l'avantage d'agir comme emporte-pièce, elle a encore l'inconvénient de restreindre le passage destiné aux rayons lumineux. De plus, au moment où son extrémité touche le tympan, il y a un temps d'arrêt très-douloureux pendant lequel on maintient la canule pour faire pénétrer la pointe du trocart dans la membrane et la traverser.

Le trocart est rectiligne, a peu de longueur, de telle sorte que la main qui le tient est trop rapprochée du pavillon de l'oreille et gêne l'œil de l'opérateur. Faite avec cet instrument, l'opération cause une si vive souffrance dans les cas de myringite aiguë, d'oblitération de la trompe, qu'il n'est pas possible de pratiquer une large ouverture même dans les cas où elle est nécessaire. Par suite, la perforation est souvent insuffisante pour évacuer un liquide d'une certaine consistance renfermé dans la caisse et se cicatrise rapidement.

On devra encore moins faire usage de la tige à pointe peu acérée, employée par Itard.

(1) Voir les nos 13, 14, 15, 20 21, 22.
(2) *Traité de pathol. ext.*, par Follin et S. Duplay, Paris 1874.

Cautérisation. — On réussit parfaitement à perforer le tympan au moyen d'un crayon de nitrate d'argent pointu à son extrémité, seulement, comme cette pointe n'est pas très-acérée, on est obligé, pour obtenir ce résultat, d'exercer sur la membrane une pression très-douloureuse. De plus,l'inflammation consécutive détermine parfois une suppuration aiguë de la caisse.

Le caustique de Vienne, maintenu en place pendant quelques secondes sur un point de la surface du tympan, produit une escharre qui tombe au bout de deux ou trois jours et laisse voir une ouverture assez large dont la cicatrisation se fait lentement et peut n'être complète qu'au bout de plusieurs mois, mais les douleurs vives qu'il détermine pendant et après son application, l'inflammation suppurative aiguë de la caisse qu'il cause fréquemment,doivent faire renoncer à son emploi.

Emporte-pièces. — Ces instruments étant rectilignes et de peu de longueur présentent les mêmes inconvénients que les perforateurs et leur sont de plus inférieurs sous plusieurs rapports. Par exemple lorsque la tige enroulée en spirale perfore le tympan, il y a une douleur qui devient plus vive au moment où l'opérateur pousse la canule et lui fait exécuter le mouvement de rotation nécessaire pour enlever une rondelle de tympan. Il est bon d'ajouter que l'opération faite avec l'emporte-pièce est inutile dans les cas de myringite aiguë avec ou sans collection liquide dans la caisse. On se propose, en effet, d'obtenir soit un dégorgement rapide du tympan, soit l'évacuation d'un liquide ; par conséquent une perforation béante n'est pas nécessaire, et il est beaucoup plus facile d'inciser le tympan avec un des bistouris 2, 3, 4, fig. 30. Cette objection s'applique également à l'engouement chronique de la caisse.

L'emporte-pièce ne pourra pas non plus être employé dans la tension anormale du tympan parce que celle-ci exige une large incision soit que l'opérateur se borne à faire cette incision, soit qu'il fasse en même temps la section de la poche postérieure ou la ténotomie du muscle tenseur du tympan. Les seuls cas dans lesquels on pourrait être tenté de se servir de l'emporte-pièce sont ceux où il faudrait maintenir la perforation béante oblitération de la trompe, épaississement du tympan, sclérose de la caisse sans épaississement du tympan), mais comme les ouvertures obtenues par ce procédé se referment, il est inutile d'employer un instrument qui, outre l'inconvénient de causer des douleurs vives, a celui de couper la membrane automatiquement. De plus, pour enlever la prétendue rondelle de tympan, il est nécessaire de faire saillir la pointe de l'instrument dans l'intérieur de la caisse. Il faut donc que cette membrane ne soit pas trop rapprochée de la paroi interne de la caisse, d'où il résulte, si on se rapporte aux distances données (p. 385 et suiv.), qu'on peut opérer seulement sur certains points souvent plus ou moins éloignés du véritable lieu d'élection.

Le procédé par incision ou la myringodectomie peut être employé dans tous les cas et doit être préféré à tous les autres, parce qu'il est moins compliqué, cause moins de douleur et de réaction inflammatoire, a une efficacité plus grande et est d'une exécution plus facile et plus rapide. Ainsi, toutes les fois que le tympan très-tuméfié, très-rouge, présentera plusieurs parties proéminentes du côté du conduit et que la peau de la portion osseuse participera à l'inflammation, il sera nécessaire d'avoir recours aux incisions superficielles de ces parties si le traitement antiphlogistique précédemment prescrit n'a pas diminué leur hypérémie. Il ne faudra pas craindre de répéter ces petites opérations une fois ou deux par jour. Si, malgré la continuation du traitement indiqué, les douleurs persistent, il ne faut pas craindre d'inciser le tympan dans toute son épaisseur et dans une étendue de 3 à 4 millimètres, afin que la gangrène n'atteigne pas une partie plus ou moins considérable de cette membrane. C'est pour empêcher cette complication qu'on pratique aussi cette incision toutes les fois qu'il y a une inflammation aiguë de la caisse avec collection liquide. Si cette inflammation fait bomber

le tympan en dehors, il vaut mieux faire l'incision des parties les plus convexes, car la membrane peut être frappée de gangrène dans les points les plus distendus. Dans les cas où cette membrane épaissie par un processus chronique antérieur ne présente pas de convexité, on doit inciser les parties inférieures les plus accessibles à la vue afin de faciliter l'écoulement du liquide.

La myringodectomie, dans l'inflammation chronique de la caisse avec engouement, doit être faite, au niveau de la voussure, dans une étendue de deux à quatre millimètres et de préférence dans les parties inférieures ou inféro-postérieures du tympan, lorsque celui-ci, malgré la quantité notable de liquide accumulé dans l'oreille moyenne, ne présente pas de convexité du côté du conduit.

Pour faire évacuer le sang renfermé dans la caisse, on incise la membrane à sa partie inférieure.

S'il est nécessaire de maintenir la perforation béante, comme dans l'oblitération de la trompe, la sclérose sans épaississement de la membrane, on taille un lambeau dans le tympan, ou l'on y fait une ouverture qu'on dilate avec un stylet garni d'une mince couche de coton fortement tassé et trempé dans une solution de sous-acétate de plomb au 10e. Celui-ci se dépose sur les lèvres de la perforation et s'oppose à sa cicatrisation.

Dans les cas de tension exagérée du tympan et de bourdonnements, déterminés par la pression exercée sur le liquide de l'oreille interne par l'étrier, il faut pratiquer la myringodectomie, c'est-à-dire inciser largement toutes les parties distendues.

Si les bourdonnements et la surdité persistent après cette opération, on doit songer, lorsque la plaie tympanique est cicatrisée, à sectionner la poche postérieure ou à couper le tendon réfléchi du muscle tenseur du tympan.

On reconnaît aux signes suivants que la première opération est plutôt indiquée :

L'emploi du spéculum pneumatique permet de constater que la membrane du tympan est assez tendue et que le manche du marteau est à peu près immobile. La poche postérieure est visible sous la forme d'une ligne blanchâtre et la portion de tympan, située au-dessus de la ligne, n'a pas contracté d'adhérences avec les parties voisines car, s'il en existait, ce point de la membrane serait fortement déprimé et à peu près immobile.

On reconnaît l'indication formelle de la ténotomie du tendon réfléchi du muscle tenseur du tympan aux signes suivants : Le tympan parfois atrophié et presque transparent laisse voir très-distinctement la longue branche de l'enclume et la branche postéro-inférieure de l'étrier. Il a un aspect que j'ai indiqué (p. 367) et les parties situées au niveau de la poche postérieure n'ont pas contracté d'adhérences.

L'aspiration de l'air renfermé dans le conduit au moyen du spéculum pneumatique (fig. 28), diminue ou fait disparaître momentanément les bourdonnements et produit un sentiment de bien-être que le malade constate avec plaisir.

Pendant l'aspiration, on remarque que les parties antérieures, inféro-antérieures et centrales du tympan, ainsi que le manche du marteau, sont à peu près immobiles, tandis que les parties postéro-supérieures et postéro-moyennes exécutent des mouvements plus ou moins étendus.

L'auscultation, pendant l'insufflation d'air dans la caisse au moyen de la sonde, permet d'entendre un bruit de souffle et parfois le claquement faible produit par la membrane du tympan. (*La fin au prochain numéro.*)

Faculté de médecine de Nancy. — M. Chrétien, agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Nancy, est appelé à l'activité à dater du 1er avril 1876. M. Chrétien, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy, est chargé du cours complémentaire d'histiologie près ladite Faculté, à dater du 1er avril 1876. — M. Engel, agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Nancy, est appelé à l'activité à dater du 1er avril 1876. — M. Mangin (Jules-Paul-Albert), est nommé aide d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Nancy. — M. Berrurier (Joseph-Alexandre), est nommé aide bibliothécaire de la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Mabille, démissionnaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Faculté de médecine. — M. CHARCOT.

X Leçon. — Fonction désassimilatrice du foie. — Relation entre les altérations du foie et les modifications du taux de l'urée (suite). (1).

(Résumé de la leçon du 1er mai).

Messieurs,

Avant d'aller plus loin, je dois terminer l'inventaire des faits pathologiques propres à mettre en relief l'influence remarquable qu'exercent certaines lésions du foie sur la formation de l'urée. L'autre jour, au moment de nous séparer, je vous citais des exemples de destruction partielle, mais étendue du foie, dans lesquels on avait observé un abaissement remarquable du chiffre d'excrétion de l'urée des 24 heures. Il s'agissait de lésions à évolution essentiellement chronique (cancer, kystes hydatiques). Actuellement, je vais vous parler de faits constituant un groupe à part, une troisième catégorie, et dans lesquels la destruction du parenchyme est également partielle et étendue, mais s'opère suivant un mode aigu ou subaigu. Dans ce cas, l'abaissement du chiffre de l'urée nous paraîtra d'autant plus intéressant que l'affection hépatique qui est en jeu est généralement accompagnée d'un appareil fébrile plus ou moins intense. Or, une des conséquences habituelles de la fièvre, dans les conditions ordinaires, est, vous le savez, d'entraîner une augmentation du taux de l'urée.

Un médecin anglais très-autorisé en pareille matière, M. Parkes, avait, il y a une trentaine d'années déjà, observé dans l'Inde que l'hépatite propre à ces climats s'accompagne tantôt d'une exagération du chiffre de l'urée, tantôt, au contraire, d'une diminution considérable de ce chiffre (2).

La comparaison des faits avait amené M. Parkes à admettre que, dans les cas où l'urée était augmentée, l'hépatite était caractérisée seulement par une hypérémie inflammatoire, tandis que dans ceux où le chiffre de l'urée était diminué le parenchyme du foie avait été envahi par un volumineux abcès. L'auteur avait même formulé son opinion d'une façon très-accentuée en disant que l'abaissement du taux de l'urée était alors « proportionné à l'étendue de la destruction de l'élément sécréteur par l'abcès. »

Tout récemment, M. Parkes a eu l'occasion d'étudier en Angleterre, au même point de vue, un vaste abcès du foie, et il a reconnu que le chiffre de l'urée était très-bas, bien que le malade eut la fièvre et continuât à s'alimenter, deux causes qui, dans toute autre circonstance, eussent amené certainement un accroissement du chiffre de l'excrétion d'urée.

J'en viens, Messieurs, à une quatrième catégorie de cas. Je range sous ce chef les observations de lésions hépatiques diffuses, à évolution rapide ou même suraiguë.

a Je parlerai en premier lieu de la *colique de plomb*, à laquelle j'ai déjà fait allusion. Trois fois, durant la période des coliques, — alors que le foie, ainsi que l'a montré M. le professeur Potain, est rétréci dans toutes ses dimensions — M. Brouardel a vu l'urée descendre au chiffre de trois grammes, tandis que, dans les intervalles, ce chiffre s'élevait à 12 ou 13 grammes.

b Encore d'après M. Brouardel, l'altération du foie (dégénération granulo-graisseuse diffuse), déterminée dans les conditions expérimentales chez l'animal par des injections répétées d'huile phosphorée entraînerait un abaissement du chiffre de l'urée. Je dois vous faire remarquer que ces résultats sont en opposition avec ceux qui ont été obtenus par M. Bauer dans des circonstances analogues (3). C'est donc une question à reprendre; nous y reviendrons d'ailleurs en temps et lieu à propos de la stéatose phosphorée.

c) Mais un fait non douteux, c'est qu'il se produit un abaissement notable du chiffre de l'urée, *malgré la persistance de l'élévation du chiffre thermique*, dans certaines maladies fébriles graves, telles que la variole, la fièvre typhoïde et le typhus, lorsque surviennent les lésions hépatiques de la dégénération granulo-graisseuse diffuse, si souvent observées en pareil cas.

1° Ainsi, chez un malade atteint de variole hémorrhagique alors que la température se maintenait à 40° ou 40°, 5, M. Brou-

---

(1) Voir les nos [illegible] 14, 1[illegible], 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.

(2) *The Lancet*, t. 1, april 8, 1871.

(3) *Zeits. für Biologie*, VII, Bd. München, 1871.

(4) Deuxième édition, 1873.

ardel a constaté que le chiffre de l'urée était de 4 gr. 3, et de 2 gr., 8.

2° M. Murchison dans plusieurs endroits de son important traité : *On continued Fever of Great Britain* (1) a fait la même remarque au sujet de la fièvre typhoïde et du *typhus fever*. Et il attribue l'abaissement du taux de l'urée dans ces maladies à l'altération dégénérative diffuse du parenchyme hépatique (2). M. Murchison fait remarquer en outre que, dans ce cas, l'urée est suppléée en quelque sorte par la présence de la leucine et de la tyrosine.

d) Mais c'est surtout dans l'*atrophie jaune aiguë* du foie, comme j'ai eu l'occasion de le signaler précédemment, que la dimiuution de l'urée est frappante. On sait que la lésion propre à cette maladie consiste en une rapide altération destructive des cellules hépatiques dans toute l'éteudue du foie. C'est à Frerichs qu'on doit la counaissance de cette modification remarquable de la sécrétion urinaire, accompagnement nécessaire, suivant lui, de l'atrophie jaune aiguë du foie. Cette modification, d'après Frerichs, se traduit par une diminution très-accentuée de l'urée et de l'acide urique, par une diminution des sulfates et des phosphates, et par l'apparition, dans les urines coucentrées, de la leucine et de la tyrosiue en forte proportion.

Bien que l'affection dont il s'agit soit assez rare, les résultats annoncés par Frerichs ont été plusieurs fois confirmés. Je citerai entre autres, à ce propos, les observations de Schmeisser (3), de Bouchard (4), de Habershon (5), enfin uue observation intéressante relatée par M. Murchison (6) : Elle montre que dans l'atrophie jaune aiguë du foie, la leucine et la tyrosine peuvent faire défaut dans l'urine recueillie durant la vie et se retrouver cependant après la mort sous forme cristalline, non-seulement dans le foie mais encore daus l'épaisseur du parenchyme du rein.

M. Frerichs, ainsi que je viens de le relever, semble considérer l'état de l'urine qui vient d'être indiqué, comme particulièrement propre à l'atrophie jaune aiguë du foie. C'est évidemment une erreur. Il me suffira pour le prouver de vous renvoyer aux observations de M. Murchison sur la fièvre typhoïde et le typhus. Je vous rappellerai aussi les observations de M. Harley (*On Jaundice*, London, 1853, p. 80,) relatives à un cas de rétention biliaire chronique consécutive à un abcès de la tête du pancréas. Dans ce cas, le foie était de couleur olive et un peu atrophié. On avait remarqué pendant la vie que le chiffre de l'urée avait diminué en même temps que la leucine et la tyrosine apparaissaient dans les urines. On retrouva après la mort ces mêmes substances, dans le parenchyme du foie, sous forme de cristaux.

Nous allons étudier maintenant un cinquième groupe de cas d'affectious hépatiques dans lesquels l'urée diminue temporairement dans les urines en même temps que la leucine et la tyrosine y apparaissent; ces faits cependant n'appartiennent pas plus que les précédeuts à l'atrophie jaune aiguë du foie.

Il s'agit ici d'une forme partieulière de *fièvre intermittente symptomatique*. Vous savez qu'on indique quelquefois sous ce nom les fièvres composées d'accès, à retour plus ou moins régulier, séparés par des intervalles apyrexiques, lorsqu'elles ne relèvent pas de l'intoxication palustre.

On appelle assez communément aujourd'hui la fièvre en
564 question : *fièvre intermittente hépatique*. C'est qu'en effet elle se rattache aux lésions des voies biliaires, avec altérations concomitantes du parenchyme hépatique. Senac et Sœmering la connaissaient déjà. Mouneret l'avait parfaitement reconnue. J'ai eu à la Salpêtrière l'occasion fréquente de l'étudier et de recueillir à son sujet quelques observations nouvelles qui ont été consignées dans la thèse de M. Magnin (7). Je ne veux pas entrer actuellement dans le détail des faits qui doivent un jour nous arrêter longuement; je relèverai seulement, pour le moment, ce qui suit :

1° Dans la plupart de ces cas, il y a oblitération des voies biliaires, soit par un calcul, soit par toute autre cause (cancer de la tête du pancréas, etc.) et entre autre rétention de la bile. Les canaux hépatiques sont dilatés et en même temps présentent des signes d'irritation inflammatoire prononcée. (*Angiocholite*). Le parenchyme hépatique est, d'une façon concomitante, plus ou moins profondément altéré.

2° Les accès fébriles ne se reproduisent pas avec la régularité presque mathématique qui s'observe dans la *fièvre intermittente vulgaire* ; mais en outre que, comme dans la fièvre intermittente simple, les accès sont séparés par des intervalles apyrétiques, ils sont marqués encore par une élévation brusque et très-prononcée de la température centrale : (40, 41 degrés), avec algidité extérieure, et accompagnement fréquent de divers symptômes qui rappellent les accès pernicieux.

3° J'ai été amené à penser, et j'essayerai bientôt de justifier cette hypothèse, que cette fièvre intermittente hépatique a son point de départ dans une intoxication spéciale déterminée par le développement dans les voies biliaires remplies par la bile stagnante et profondément altérée d'une substance pyrétogène particulière.

Vous avez pu remarquer tout à l'heure les analogies qui existent cliniquement entre la fièvre intermittente simple et l'intermittente hépatique; je vais vous faire reconnaître maintenant qu'une différence radicale les sépare sur un point.

Je vous rappellerai en premier lieu que la fièvre intermittente vulgaire est, de toutes les maladies fébriles, celle dans laquelle la concordance des *courbes* de la température avec celles de l'excrétion d'*urée* est la plus facile à mettre en relief, en raison de la succession régulière des périodes fébriles et des périodes apyrétiques. Vous n'ignorez pas (1) que pendant toute la durée du paroxysme fébrile, l'urée se montre considérablement augmentée (de un tiers au plus), relativement à la période apyrétique, malgré que pendant celle-ci l'alimentation ait pu être reprise, tandis que la diète au contraire aura été observée pendant toute la durée de la fièvre.

Ce qui vient d'être dit de la fièvre intermittente simple, on peut le répéter de la fièvre intermittente des tuberculeux (d'après les obs. de Jochmann, Traube et quelques autres). Je ne saurais vous dire s'il en est de même également, relativement à la fièvre intermittente, qui accompagne quelques affections des voies urinaires (fièvre intermitteute cysto-uéphrétique) et qui forme en quelque sorte le pendant de la fièvre hépatique. Nous ne possédons pas malheureusement, quant à présent, que je sache du moins, d'observations *ad hoc*, je parle d'observations régulières.

Quoi qu'il en soit, recherchons maintenant en quoi la fièvre intermittente hépatique se distingue de toutes les autres.

J'iuvoquerai ici les détails d'une observation remarquable publiée par un interne distingué des hôpitaux, M. Régnard, dans les Mémoires de la *Société de Biologie* (1873). Vous pourrez suivre les principales péripéties de l'observation sur le tableau placé sous vos yeux, et où sont consignées les courbes de la température et celles de l'urée.

Il s'agit d'un homme de 68 ans, qui jamais n'avait éprouvé de coliques hépatiques, et qui souffrait depuis quelque temps d'ictère en même temps que le foie présentait une certaine augmentation de volume. Le trait clinique caractéristique consiste en une fièvre intermittente irrégulière, dont la durée a été de près de trois mois.

A l'autopsie, on a trouvé le foie volumineux, de couleur olive. Le canal cholédoque était obstrué par un gros calcul. La bile cependant avait continué de passer dans l'intestin.

Les accès, souvent très-violents et accompagnés d'une élévation très-marquée de la température 40, 41°, apparaissaient, comme vous le voyez, à peu près tous les cinq ou 6 jours ; on a compté une trentaine de ces accès. Ils étaient séparés par des intervalles où la température ne s'est jamais élevée beaucoup au-dessus de 37°.

Voici maintenant le point sur lequel je veux appeler spécialement votre attention. Examinez les oscillations de la courbe de l'urée, et comparez-les avec celles que dessine la courbe thermique. Vous remarquerez que la première s'abaisse, précisément les jours où la seconde s'élève ; c'est-à-dire que les jours où la température s'élève, le taux de l'urée diminue d'une façon correspondante. Or, c'est absolument le contraire de ce qui aurait lieu, s'il s'agissait soit de la fièvre intermittente simple, soit des diverses formes hépatiques de la fièvre intermittente symptomatique, étudiée sous ce rapport.

Ainsi, dans les périodes d'apyrexie, avec une température de 37°,4, vous voyez le chiffre de l'urée des 24 heures osciller entre 14 et 20 gr. Les jours de fièvre vous avez avec une température de 40°, — 7 gr. d'urée ; avec une température de

(1) London, 1868.
(2) *Fonctionnal diseases of the Liver*, p. 63.
(3) *Archiv. für pharmaceut.*, Bd. 100, p. 11.
(4) *Gazette hebdomadaire*, 1876, p. 85.
(5) *Pathologie and treatment of diseases of the Liver*.
(6) *Diseases of the Liver*, p. 231.
(7) Paris, 1869.

(1) Voir à ce sujet l'article *Chaleur* de M. Hirtz : *Dict. de méd. et de chir. pratiques*.

41°,8 gr. ; avec 40°,8 — 4 gr. Il importe de remarquer que ces jours-là, on a constaté, toutes les fois qu'on l'a cherchée, la présence de la leucine et de la tyrosine dans les urines.

Comment interpréter ce fait ? En me fondant sur tout ce qui précède, je proposerai l'explication suivante, sous toutes réserves, bien entendu. Le foie, source et foyer principal de la production d'urée, dans les conditions normales, exagère momentanément sa fonction dans les conditions de la fièvre, mais sans dévier du type normal, et ainsi se produit une augmentation du chiffre d'urée excrétée. Il en est ainsi toutes les fois que le parenchyme hépatique est anatomiquement sain. Mais s'il présente, au contraire, des altérations plus ou moins profondes, alors la scène change. Sous l'influence de l'excitation déterminée par l'action du poison pyrétogène, le processus de désassimilation azotée s'exalte comme dans le cas précédent, et, en fait, la température s'élève ; mais les produits de cette désassimilation opérée par un organe altéré sont imparfaits ; l'urée ne se produit qu'en proportion minime et, à sa place, il se forme des substances moins élevées dans la série, à savoir la leucine et la tyrosine, lesquelles passent en dernière analyse dans les urines.

Cette intéressante observation n'est pas isolée. Je trouve, en effet, dans la note qui m'a été remise par M. Brouardel, et à laquelle j'ai fait déjà de si larges emprunts, l'histoire d'un cas qui peut être résumé ainsi qu'il suit : Coliques hépatiques datant de loin, et suivies depuis cette époque d'ictère permanent. Il y a trois mois, les coliques qui revenaient de temps à autre ont été remplacées par une série d'accès fébriles intermittents, inaugurés par un frisson. En même temps, le foie a commencé à subir un certain degré d'atrophie. Or, voici ce qu'apprend l'étude de l'excrétion de l'urée. Le chiffre des 24 heures qui, habituellement, est de 11 à 12, décroît régulièrement aux approches des accès, et le jour même il descend à 6 gr. 5, — 4 gr. 50. Vous voyez qu'en somme les choses dans ce cas se passent exactement comme elles se sont passées dans l'observation de M. Régnard, en ce qui concerne du moins l'excrétion d'urée. Il n'est pas question de leucine ni de tyrosine dans l'observation de M. Brouardel, mais il est devenu tout-à-fait vraisemblable par tout ce qui précède, que ces produits eussent été rencontrés dans les urines si on les y eût cherchés.

Je termine ici, Messieurs, l'explication, malheureusement un peu longue, des faits pathologiques propres à mettre en lumière le rôle remarquable que jouent les altérations du foie, dans la production et l'élimination de l'urée. A ces faits on peut, ainsi que je vous l'ai laissé pressentir, en ajouter d'autres, recueillis dans les conditions expérimentales, c'est-à-dire chez les animaux, et qui plaident dans le même sens que les observations pathologiques. Ces faits sont peu nombreux encore, mais tels qu'ils sont, ils ont bien, vous allez le reconnaître, leur signification.

C'est à M. G. Meissner que sont dues les principales de ces observations. Nous les trouvons consignées dans ce travail publié en 1866 (1), que j'ai déjà cité.

M. Meissner a été conduit à rechercher si le foyer de formation de l'urée n'est pas dans les viscères et en particulier dans le foie ; contrairement à l'opinion vulgaire, il a été conduit à cette idée par des observations antérieures faites sur des oiseaux et qui lui avaient montré que l'acide urique qui, chez ces animaux, est le plus grand produit de désassimilation azotée, se trouve en forte proportion dans le foie.

On sait que chez les mammifères l'urée existe à l'état normal un peu partout, dans les liquides de l'organisme. On l'a trouvée dans le sang, dans la lymphe et le chyle (Wurtz), dans la sueur, la salive, le liquide cérébro-spinal, etc. Mais se forme-t-elle au sein de ces liquides, ou au contraire se produit-elle dans les organes solides, dans les tissus. Le fait est que, suivant les observations de M. Meissner, cette substance ne se trouve ni dans les muscles, ni dans les poumons. Mais on la trouve certainement dans le foie, ainsi que Heynsius et Stockvis l'avaient déjà annoncé, en se fondant, à la vérité, sur des preuves peu convaincantes. Les quantités d'urée trouvées dans le foie par M. Meissner peuvent être remarquables, si l'on tient compte de la grande solubilité de cette substance. Ainsi elle s'élevait à plusieurs centigrammes dans le foie d'un chien, et l'urée recueillie dans ces recherches provenait bien du parenchyme hépatique lui-même et non pas du sang qui l'imbibe, car les animaux mis en expérience avaient été tués par hémorrhagie, et, de plus, on avait eu soin de laver l'organe plusieurs fois à l'aide d'un courant d'eau passant dans les vaisseaux avant de le soumettre à l'analyse.

(1) *Henle's Zeitsch.*, Bd. 31, p. 144.

Le foie par cela même paraît donc être un foyer important, le principal peut-être, de la formation de l'urée chez les mammifères. Du foie l'urée passe dans le sang ; nous savons qu'on ne la rencontre pas dans la bile, du moins dans les conditions normales (1).

Les résultats obtenus par M. Meissner ont reçu l'appui d'expériences, instituées par M. Cyon. (*Centralblatt*, 1870, p. 580). Le foie d'un animal récemment tué est détaché du corps et rapidement placé, suivant la méthode de Ludwig, dans un milieu dont la température rappelle les conditions vitales. On fait passer par la veine porte le sang de l'animal qui a servi à l'expérience, et l'on recherche par l'analyse si en traversant le foie, il s'est chargé d'urée.

Voici le résultat de deux expériences :

1re *Expérience*.	— Sang qui n'a pas traversé le foie sur 100 cc.	0, 09 g.
	Sang qui a passé une fois	0, 14
2e *Expérience*.	— Avant de passer	0, 08
	Après avoir passé une fois	0, 14
	Après avoir passé quatre fois	0,176

L'auteur en conclut qu'il y a production réelle et rapide d'urée dans le passage du sang à travers le foie.

Tel est pour le moment, Messieurs, le contingent de l'expérimentation. Isolées, sans doute, ces données ne sauraient avoir une valeur absolue, définitive, mais elles acquièrent incontestablement une réelle importance, lorsqu'on les met en présence des données, très-significatives déjà par elles-mêmes, fournies par l'observation clinique et l'anatomie pathologique combinées. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Agrandissement de l'Ecole de médecine.

Toutes les questions relatives à l'enseignement supérieur et plus particulièrement celles qui concernent l'enseignement de la médecine intéressent aujourd'hui très-vivement l'opinion publique. Nous devons non seulement être heureux de ce mouvement, mais encore nous devons l'encourager de toutes nos forces. Nombreuses, en effet, sont les réformes qui devraient être réalisées à bref délai. Toutefois, dans des affaires d'une importance aussi considérable, il convient de ne pas agir avec trop de précipitation et de savoir exactement où l'on veut aller.

Ce ne sont pas, certes, les bonnes intentions qui manquent ; mais un plan général, mûrement réfléchi, fait peut-être défaut. La Faculté de médecine de Paris préoccupe les professeurs, les députés, le ministre, et c'est à juste titre, car elle est dans une situation vraiment déplorable. Nous devons donc enregistrer toutes les propositions qui surgissent. Afin d'éclairer la sous-commission du budget, chargée des comptes de l'instruction publique, notre ami, M. le docteur Liouville, a remis au président de cette sous-commission M. Bardoux, la note suivante qu'il nous semble à propos de reproduire :

Il ne s'agit pas d'une institution d'intérêt particulier. Il s'agit d'une question d'intérêt national. La plus nombreuse Faculté du monde étouffe dans ses constructions actuelles. Son installation est si insuffisante que le doyen a honte chaque fois qu'il faut la montrer, telle qu'elle est actuellement, aux étrangers qui viennent la visiter.

Pas une seule salle d'examen. (On interroge dans le musée, en dérangeant les travailleurs ; dans les chambres d'employés, qui en sont privés ; dans des cabinets mal appropriés).

La « bibliothèque la plus fréquentée de tout Paris » devient, de jour en jour, de plus en plus insuffisante. On ne peut admettre tous les étudiants qui se présentent (sept cents en moyenne par jour), et il est impossible de caser tous les livres, même les plus nécessaires. Il y a quatre dépôts dans les combles, où les livres subissent toutes sortes de dégâts.

(1) M. Münk (*Centralblatt*, 1876, p. 85, n° 5), a avancé récemment que le sang contient plus d'urée que le foie, et qu'il n'y a pas lieu, par conséquent, de considérer cet organe comme un foyer de formation de l'urée.

On n'a pas pas encore pu réaliser le plan depuis si longtemps demandé, d'avoir de petites salles pour les livres précieux à surveiller, pour les revues et journaux de médecine français et étrangers, indispensables à parcourir chaque jour si l'on veut suivre le mouvement scientifique et qui ne peuvent être achetés par chaque étudiant, chaque docteur, chaque professeur même.

Dans les *Musées*, depuis plus de dix ans, on ne peut plus admettre une pièce, faute de place. Aussi, la Faculté a-t-elle perdu de nombreuses occasions de legs, de dons et d'envois, soit pour la bibliothèque, soit pour ses collections — parce qu'on sait qu'il est impossible de rien ranger, actuellement avec ordre, — *faute de place !*

Un seul *amphithéâtre* (fort vaste, c'est possible), mais l'enseignement demande plus. Il en faudrait au moins cinq pour la répartition des cours officiels entre les professeurs. Aussi y a-t-il une grande difficulté matérielle à confier une partie de l'instruction aux professeurs agrégés, — force vive qu'on a laissée perdre depuis tant d'années, sans utilisation.

Cette amélioration, cependant, a été l'objet de fréquentes et unanimes réclamations. C'est sa mise en pratique que ce déplorable état de choses matériel retarde.

La Faculté de médecine de Paris compte 6,500 *étudiants*; de plus, elle sert à l'éducation médicale de tous les élèves du Val-de-Grâce. Tous ces étudiants, civils et militaires, payent l'Etat pour être instruits. (On sait que loin d'y perdre, l'Etat en tire profit)

Or, l'insuffisance actuelle des locaux, la pauvreté de l'outillage des laboratoires, — et dans cette note nous ne parlons pas de la rétribution insuffisante du personnel, — ne permettent pas de donner aux étudiants toute l'instruction à laquelle ils ont droit.

C'est à cet état de choses qu'il est urgent que l'on remédie de suite. Toute enquête sera favorable, tant la réalité des faits que nous avançons est malheureusement vraie. Elle n'a jamais du reste été contestée par personne. Il appartiendra à la nouvelle Assemblée de prendre résolûment en main la cause d'une Faculté qui rend tant de services, et de si grands à l'Etat et à la société.

Nous avons trop souvent signalé les défauts de l'organisation actuelle de l'Ecole de médecine pour contester la réalité du tableau tracé par M. Liouville. Tous les députés qui connaissent cette situation joindront assurément leurs efforts à ceux de M. Liouville, pour arriver à une solution honorable. Une première question se présente immédiatement à l'esprit: l'emplacement actuel de l'Ecole de médecine est-il convenable, est-il suffisant? Pour nous, nous ne le croyons pas. Aussi, nous semble-t-il nécessaire d'attirer l'attention de nos députés sur ce prémier point. Une fois résolu, les questions d'amélioration se poseront successivement.

A côté de la réorganisation de l'Ecole de médecine,—établissement de l'Etat, — qui regarde surtout la Chambre des députés, il est, selon nous, une autre question qui intéresse plus spécialement le Conseil municipal de Paris et l'administration de l'Assistance publique : c'est *l'enseignement clinique des hôpitaux.* Que l'on examine ce qui se fait dans quelques hôpitaux, à Saint-Louis, aux Enfants-Malades, où médecins et chirurgiens, rivalisant de zèle, font régulièrement des leçons auxquelles l'intérêt scientifique et l'importance pratique attirent de nombreux élèves, et l'on comprendra combien il est nécessaire que la municipalité parisienne procède sans retard à toutes les améliorations jugées indispensables pour seconder les hommes dévoués et désintéressés qui se consacrent à cet enseignement.

Parmi ces améliorations nous citerons l'aménagement ou la construction des salles nécessaires aux cliniques, aux démonstrations anatomo-pathologiques, la création ou le perfectionnement des musées, le développement des bibliothèques, etc.

C'est là, d'ailleurs, un sujet d'une importance capitale ; aussi nous proposons-nous d'examiner prochainement quel est l'état actuel de nos hôpitaux à cet égard et d'indiquer quelles sont les modifications que l'on doit réclamer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 mai 1876. — PRÉSIDENCE DE M. C. BERNARD.

M. CADIAT a étudié l'appareil musculaire qui sert à fermer l'orifice uréthral de la vessie, appareil décrit d'une manière assez confuse par les auteurs. Chez la femme, il est plus simple que chez l'homme. Les fibres circulaires de la vessie se continuent sur l'urèthre qu'elles accompagnent jusqu'au bulbe. Autour de ces fibres lisses, il existe sur l'urèthre un sphincter strié, en forme d'anneau, beaucoup plus développé à la partie supérieure. M. Cadiat n'a jamais trouvé de fibres allant du pubis à la vessie. Chez l'homme la disposition est la même, seulement la prostate s'interpose au milieu des fibres musculaires. Les animaux présentent un système analogue : chez le singe notamment, l'anneau musculaire strié est très-net.

M. LÉPINE rappelle ses expériences sur les effets de l'excitation du bout périphérique du sciatique, au point de vue de la température de la patte correspondante. Ses premières mensurations de la température avaient été faites avec le thermomètre : de nouvelles recherches, faites avec l'appareil de Mosso, ont donné les mêmes résultats.

M. GRANCHER donne le résultat des recherches sur le nombre physiologique des globules blancs du sang. Il s'est servi de l'appareil de M. Hayem, en comptant les globules dans un grand nombre de champs microscopiques, dix en moyenne. De tous les sérums, celui qu'il préfère est une solution de sulfate de soude au quarantième, qui se prépare facilement et se conserve assez longtemps. Elle n'altère pas les globules blancs, ne détruit pas les globules rouges, auxquels elle donne une forme sphérique avec contours très-nets. Voici les résultats auxquels est arrivé M. Grancher : Le nombre des globules rouges oscille entre 5 et 6 millions par millimètre cube. Les différences individuelles, en ce qui concerne les globules blancs, sont beaucoup plus grandes : leur chiffre varie en effet de 3,000 à 9,000. Il ne varie pas sensiblement pour le même individu dans toutes les périodes de la journée. Les repas ne paraissent pas avoir une influence très-marquée sur le nombre des globules blancs. Enfin le rapport des globules blancs aux globules rouges parait être de beaucoup inférieur au chiffre classique. Pour M. Grancher, il est de $\frac{1}{1000}$ à $\frac{1}{1800}$.

M. MALASSEZ se rallie aux conclusions de M. Grancher : toutefois, il croit que la proportion des globules blancs aux globules rouges peut s'élever physiologiquement à $\frac{1}{700}$.

M. P. BERT a étudié les phénomènes observés chez les animaux, chez qui on emmagasine le sucre dans le sang par la ligature des uretères. Lorsqu'on injecte dans le sang 20 gr. pour 1000 de glycose par doses de 3 pour 1000, l'animal survit pendant deux ou trois jours ; à 40 pour 1000 la mort est très-rapide. A la mort, il n'y a plus de sucre, ni dans le sang, ni dans le foie devenu même incapable d'en produire, ni dans les muscles; il en existe dans l'œil et cependant les milieux de l'œil et le cristallin ont conservé toute leur limpidité. Les muscles sont très-acides.

M. PONCET n'a pas non plus trouvé de sucre dans les milieux de l'œil, chez un homme atteint de cataracte double et mort d'accidents cérébraux diabétiques.

M. CL. BERNARD fait ressortir les difficultés que présentent les recherches de ce genre. Lorsque le sucre n'existe qu'en petite quantité au moment de la mort, il peut échapper aux investigations, d'abord parce qu'il se détruit avec une extrême rapidité, puis parce que certaines réactions classiques ne sont pas assez fidèles. Enfin, il faut tenir grand compte de l'état de santé de l'animal, qui a une influence considérable sur les phénomènes de glycogénie.

M. LABORDE fait remarquer que la ligature des uretères, par les accidents graves qu'elle entraine nécessairement, rend difficile l'interprétation des phénomènes observés. L. D.

Endo-péricardite chez un chien mort de syncope chloralique,
par M. BOCHEFONTAINE.

Ce cas a été présenté à la *Société de biologie* et nous en avons déjà fait mention aujourd'hui. Nous reproduisons la communi-

cation dont il a été l'objet, parce qu'il présente un certain intérêt au point de vue médical.

« Le cœur dont il s'agit appartient à un chien mort il n'y a qu'un instant, après avoir eu plusieurs syncopes dans les conditions que voici : Je chloralisais ce chien, dans le laboratoire de M. Vulpian par injection intra-veineuse d'une solution au cinquième de chloral hydraté qui sert journellement pour endormir les animaux en expérience. L'injection était faite lentement, avec toutes les précautions que l'on prend habituellement en pareil cas.

On n'avait pas injecté dans les veines un quart de gramme de chloral lorsque, tout d'un coup, l'animal a cessé de respirer. Le cœur était arrêté. On a fait aussitôt des mouvements respiratoires artificiels, en comprimant quatre ou cinq fois les côtés du thorax de l'animal avec les mains. Le cœur s'est remis à battre et la respiration spontanée s'est rétablie.

Une seconde injection d'une quantité moindre de la solution a déterminé une nouvelle syncope dont l'animal a été rappelé, sans plus de difficulté que la première fois, au moyen de la faradisation du tronc qui a promptement fait reparaître les mouvements respiratoires spontanés.

On a donné de nouveau du chloral à trois reprises successives, en redoublant de précautions. Cependant, trois autres syncopes sont survenues, la dernière mortelle, bien que l'on ait eu recours immédiatement à l'électrisation, de même qu'à la respiration artificielle, et que l'on ait prolongé ces tentatives pendant sept ou huit minutes. L'animal n'avait pas reçu, en tout, un gramme de chloral. C'était un chien de moyenne taille, barbet, très-matiné, qui paraissait robute et bien portant et n'était pas sensible, irritable, comme le sont quelques-uns de ces animaux.

Le chloral administré par injection intra-veineuse produit bien quelquefois la syncope ; mais, chez un animal de cette taille, il faut qu'il ait été injecté en plus grande quantité. C'est généralement au moment de la courte période d'excitation qui précède le sommeil ; c'est quand il y a un gramme et demi à deux grammes de chloral dans le sang, que cet accident arrive. Il ne persiste pas, du reste, et il n'est souvant que le précurseur du vomissement. Quelques mouvements respiratoires, ou quelques électrisations suffisent pour rappeler les mouvements respiratoires spontanés. Ordinairement, on peut injecter cinq à six grammes de chloral, et même davantage sans déterminer de syncope mortelle. Il y avait donc quelque chose d'insolite dans la conduite de cet animal vis-à-vis du chloral. M. Vulpian a pensé que l'on devait se trouver en présence d'une affection cardiaque et m'a recommandé d'examiner particulièrement le cœur en faisant la nécropsie de l'animal. Comme on le voit, le péricarde viscéral de chaque oreillette et de la partie correspondante du ventricule sont recouverts d'un exsudat fibrineux plus considérable sur le cœur gauche que sur le cœur droit.

Dans chaque cœur, l'endocarde auriculaire est extrêmement rouge. Dans le cœur gauche, cette rougeur s'étend à tout l'orifice mitral. Toute la valvule mitrale est épaissie et son bord libre est recouvert par de nombreuses végétations. Les deux valvules sigmoïdes les plus voisines de l'orifice mitrale sont également épaissies et œdématiées.

Les mêmes lésions se retrouvent dans le cœur droit. Seulement elles n'intéressent pas l'endocarde dans une aussi grande partie de son étendue. Elles sont limitées à la cloison interventriculaire, à la valvule tricuspide adhérente à cette cloison et à presque tout l'orifice tricuspide.

Ce fait m'a paru mériter d'être consigné parce qu'il est un exemple manifeste d'endo-péricardite chez le chien et parce qu'il trouve son application en médecine. Les injections intra-veineuses de chloral ont été plusieurs fois employée chez l'homme depuis que M. Oré en a préconisé l'usage. On voit qu'elles peuvent entrainer la mort dans le cas où le cœur est malade. Par conséquent le médecin devra toujours examiner le cœur avec le plus grand soin et s'assurer de l'état de cet organe avant de se décider à produire l'anesthésie au moyen des injections intra veineuses de chloral.

Médecins conseillers municipaux. — Les élections qui ont eu lieu dimanche dernier 28 mai, ont appelé au Conseil municipal de Paris, trois nouveaux médecins : MM. Bourneville, L. Levraud et Delpech.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 mai. — Présidence de M. Chatin.

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national. Après un premier tour de scrutin, M. Willemin est élu par 47 suffrages sur 65 votants. La commission présentait : en 1re ligne M. Willemin ; en 2e ligne, M. Berchon ; en 3e ligne *ex-æquo* MM. Dechaux, Laussedat, Mignot, Nivet.

M. Devilliers lit un rapport au nom de la Commission de l'hygiène de la première enfance.

M. Dechaux, lit une courte note sur les plaies des articulations. La séance est levée à 4 h. 3/4. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 11 février 1876. — Présidence de M. Charcot.

Empoisonnement par le chlorure de zinc. — Gastrite toxique ; par Lucien Dreyfus, interne des hôpitaux.

Devin..., J. 38 ans, marchande des quatre saisons, entre le 8 février 1876 à l'hôpital Temporaire (service de M. Hayem). Buveuse déterminée, elle avale le 8 février au matin par erreur (?) une solution de chlorure de zinc. — Elle ressentit immédiatement une vive douleur dans l'arrière-gorge. Dysphagie vive, peu de vomissements, grand malaise. Quelques douleurs à l'épigastre. Plaques blanches grisâtres sur une surface excoriée dans l'arrière-gorge.

9 février. Aggravation de l'état général : pouls filiforme, ventre douloureux, un peu ballonné, grand abattement. Le collapsus s'accentue pendant la journée et la malade succombe dans la nuit suivante.

Autopsie. *Poumons.* Congestion à la base. Au sommet gauche, noyaux indurés et cicatrices d'anciennes lésions tuberculeuses. *Cœur.* Rétrécissement mitral. Coloration jaunâtre du tissu musculaire cardiaque. *Foie* un peu diminué de volume : à la coupe, le tissu crie sous le scalpel, est décoloré, mais d'une manière irrégulière, de sorte qu'il subsiste des points de coloration normale, plus foncée. — *Rate*, petite, molle.

Œsophage. Renferme une matière grisâtre, terreuse, recouvrant la muqueuse de coloration rouge-vineux, aspect que l'on retrouve dans le pharynx et la partie sus-glottique du larynx. L'œsophage paraît épaissi, la paroi en est rouge dans toute son épaisseur. La muqueuse paraît ridée, cautérisée, se détache facilement de la couche épithéliale.

Estomac. Il renferme un contenu terreux, analogue à celui de l'œsophage. L'estomac a une coloration noirâtre, surtout à la partie moyenne et le long de la grande courbure. Les replis de la muqueuse sont très-gonflés : à leur surface et dans leurs intervalles, on voit des eschares blanchâtres. Ces eschares sont très-variables dans leur forme, tantôt en baudelettes, tantôt en plaques irrégulièrement circulaires, avec bords taillés à pic. A leur niveau la muqueuse paraît entièrement détruite. Les vaisseaux sont gorgés de sang noir ; injection très-fine des capillaires.

Duodénum. La muqueuse est amincie, érodée. Ces érosions avec desquamation épithéliale se poursuivent jusque dans la troisième portion. Au commencement de l'intestin grêle, congestion assez intense, et petites érosions, semblables à celles qu'on obtient en touchant une muqueuse avec de l'acide chlorhydique.

Reins. Surface pâle, grisâtre. A la coupe, tissu décoloré jaunâtre, graisseux. Légère congestion à la base des pyramides.

Péritoine sain. — *Examen chimique* fait par MM. Bovet et Gautrelet, internes en pharmacie. Présence d'une quantité considérable d'acide chlorhydrique dans les urines : présence d'acide chlorhydrique et de zinc dans les matières que renferme le tissu digestif.

Fractures du bassin ; par M. Féré, interne provisoire.

Cette pièce a été recueillie dans le service de M. Charcot sur une femme de 87 ans, salle Saint-Paul, n° 6. Cette femme, atteinte d'une débilité profonde, avait été admise pour un embarras gastrique.

Le 19 août 1875, on la plaça sur un lit neuf. Elle y était à peine depuis quelques instants, qu'un léger mouvement la fit rouler à terre. Ses voisines ont raconté qu'elle était tombée

sur la hanche gauche, et qu'elle était restée sur le côté, les pieds retenus en haut par les couvertures et la main droite accrochée aux rideaux jusqu'à ce qu'on vînt la relever.

Au moment de la chute, elle avait poussé de grands cris ; elle continua à gémir une fois replacée dans son lit où elle conserva une immobilité complète. Elle se plaignait de souffrir tout le long de la face interne de la cuisse gauche et elle portait souvent ses mains au bas-ventre du même côté.

Une demi-heure environ après l'accident, elle commença à avoir des vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux, qui se répétèrent une dizaine de fois dans les deux heures qui suivirent, puis cessèrent.

La malade tomba ensuite dans une espèce de stupeur qui donna le change et on ne s'occupa plus d'elle. Vers 1 heure du matin, on entendit de nouveau quelques gémissements, mais quand on accourut pour la secourir, elle était morte. Dix heures s'étaient écoulé depuis la chute.

Autopsie. — Au niveau de la partie antérieure de la crête iliaque gauche, la peau présente une ecchymose avec destruction de l'épiderme de 5 centimètre environ de long sur 15 centimètres de large, suivant la direction de la crête osseuse. On trouve une autre ecchymose moins étendue sur la partie externe du coude du même côté; et une troisième large comme une pièce de 2 francs au niveau du condyle fémoral gauche.

Dans l'encéphale et dans les organes thoraciques, il n'existe aucune lésion capable d'amener une mort aussi prompte ; les poumons sont seulement un peu engoués.

Le foie, les reins, la rate ne présentent non plus rien de particulier. L'intestin est distendu par des gaz dans toute son étendue, sauf dans la partie inférieure à partir de l'angle gauche du côlon jusqu'au rectum où il est rétracté. Le péritoine est fortement injecté, surtout dans sa portion sous-ombilicale. Dans le cul-de-sac utéro-rectal, on trouve environ 100 grammes de liquide roussâtre.

Au niveau de la vessie, qui est à peu près vide, on voit une plaque qui s'étend vers la gauche au-dessus du pubis, d'une coloration rouge noire, dépolie, mais sans solution de continuité apparente. Une incision, faite en ce point, sur le péritoine, montre que cette plaque forme la limite d'un épanchement sanguin d'un centimètre d'épaisseur, qui s'étend depuis le bord interne du psoas gauche et dépasse à droite la symphyse pubienne. La vessie et le tissu cellulaire sont refoulés en arrière de la collection qui recouvre directement le périoste. Quand on a enlevé ce sang caillebotté, on sent une petite saillie rugueuse en dehors et à gauche de la symphyse. Il y a une fracture de la branche horizontale du pubis.

En essayant de rapprocher les deux épines iliaques, on peut produire un chevauchement de deux ou trois millimètres. C'est le fragment externe qui glisse en arrière de l'autre et tend à se rapprocher de la ligne médiane ; l'interne fait saillie en avant et en dehors. Comme on peut le constater encore sur la pièce sèche, les deux fragments sont taillés en biseau, l'interne aux dépens de sa face postérieure, l'externe aux dépens de sa face antérieure.

Le bassin ne présente aucune solution de continuité en arrière. L'articulation sacro-iliaque est seulement un peu relâchée ; et c'est ce relâchement qui explique le peu de mobilité qui existe.

Le bassin ayant été enlevé avec les parties molles, j'ai disséqué avec soin la fosse obturatrice et j'ai pu examiner la fracture du pubis portant sur les deux branches : La fracture de la branche descendante est située à 27 millimètres de la symphyse et est à peu près transversale. La fracture de la branche horizontale oblique de dedans en dehors et d'arrière en avant est située à 1 centimètre seulement de la symphyse en arrière, tandis qu'en avant, elle s'en écarte de 2 centimètres et 1/2 et entame la gouttière sous-pubienne dans sa partie interne. A ce niveau, on pouvait voir une des veines accompagnant l'artère obturatrice rompue dans la moitié supérieure de son calibre. Le nerf et l'artère ne présentent aucune altération apparente. La vessie qui ne contient que quelque gouttes d'urine normale est intacte ; il en est de même de l'urèthre qui n'offre aucune déchirure.

Cette observation est remarquable à plusieurs titres :

1° D'abord par le siége de la douleur prédominant le long de la face interne de la cuisse et due vraisemblablement à une irritation du nerf obturateur au niveau de la fracture.

2° Par les symptômes abdominaux qui ont amené rapidement la mort et dus à un épanchement sous-péritonéal produit par la rupture d'une veine obturatrice par un des fragments (probablement l'externe qui faisait saillie en dehors).

3° Et enfin par le mode de production. La manière dont s'est opérée la chute et le siége des ecchymoses indiquent que c'est un choc sur la crête iliaque qui a produit cette fracture indirecte du pubis, qu'on ne trouve guère décrite à l'état d'isolement.

J'ai eu recours à l'expérimentation pour m'assurer si en se plaçant dans les mêmes conditions on pourrait reproduire la même lésion. Je ne donnerai ici que le résumé de 38 expériences que j'ai faites à la Salpêtrière, avec les quelques conclusions que j'ai cru pouvoir en tirer.

I. Si on se contente de laisser tomber le cadavre sur un sol uni, on ne produit pas de fracture parce que le choc porte en même temps sur d'autres parties que sur la crête iliaque. Mais si on a soin de diriger cette crête sur un billot placé à terre, une chûte de 50 à 60 centimètres de hauteur suffit pour produire une fracture du bassin *si le sujet est âgé*.

Dans tous les cas où il y a fracture, le pubis est brisé, tantôt et plus souvent dans son corps, tantôt dans ses deux branches, à des distances variables de la symphyse ; très-rarement on observe une diduction de la symphyse. La fracture du pubis porte ordinairement du côté qui a subi le choc.

Le trait de la fracture du corps ou de la branche horizontale a toujours la même direction oblique de dedans en dehors et d'arrière en avant.

Si la fracture du pubis est seule, ce qui arrive assez rarement, il y a peu ou point de déplacement, et comme dans l'observation qui précède on peut à peine produire un chevauchement de quelques millimètres en cherchant à rapprocher les deux épines iliaques. Ce mouvement se passe dans la symphyse sacro-iliaque ébranlée.

En raison de la direction toujours la même du trait de la fracture, le chevauchement se fait toujours de la même manière : le fragment externe glisse en arrière et en dedans, tandis que l'interne fait saillie en avant. Si la violence a surpassé de beaucoup la résistance de la ceinture pelvienne, on trouve en même temps que la fracture du pubis, soit une véritable luxation sacro-iliaque, soit et plus souvent une fracture de la partie postérieure de l'os iliaque ou plutôt du sacrum sur la ligne des trous sacrés. On a alors une fracture double verticale du bassin semblable à celle qui se produit dans l'écrasement latéral comme l'a indiqué M. Voillemier. Dans ces cas, l'étendue du déplacement est variable, mais la mobilité est toujours considérable. Les résultats de ce groupe d'expériences, qui ont porté sur 12 sujets, montrent que la fracture double verticale du bassin se fait en deux temps :

1° Dans le premier, la violence agit sur un cercle osseux qui cède dans le point le plus faible, le pubis. L'effet du choc, s'il est assez faible, peut s'arrêter là, et la fracture du pubis rester isolée.

2° Le deuxième temps se produit, si la violence continue ; elle agit sur l'os iliaque comme sur un levier et finit par faire rompre le sacrum ou la partie postérieure de l'os iliaque.

II. La fracture indirecte du pubis isolée, ou accompagnée d'une autre fracture sur la partie postérieure du bassin se produit facilement par simple chute sur la crête iliaque quand le sujet est âgé de plus de 70 ans ; mais si on répète ces expériences sur des sujets plus jeunes, au dessous de 50 ans par exemple, quoique le choc soit plus violent à cause du poids généralement plus considérable des cadavres, on n'obtient aucun résultat. En essayant d'augmenter la hauteur de chute, on ne réussit pas davantage ; car alors la partie la plus pesante ayant le temps de prendre l'avance, le cadavre ne tombe plus sur la crête iliaque, mais sur l'épaule ou la tête.

Ces insuccès sur des sujets relativement jeunes, m'ont conduit à penser que la résistance du bassin pouvait varier avec l'âge.

Pour apprécier ces différences, j'ai eu recours au procédé suivant :

Le sujet est placé de champ, une crête iliaque reposant sur un billot, tandis que l'autre regarde directement en haut.

Une poulie étant fixée à une poutre au faite de l'amphithéâtre, j'ai suspendu une pierre à peu près régulièrement cubique d'un poids connu (23 kilogr. 15) et attachée de façon que sa face inférieure reste sensiblement parallèle au sol. Cette masse est mue à l'aide de la poulie le long d'une pièce de bois graduée en centimètres. Avec cet appareil très-simple, on peut calculer la *puissance vive* employée pour produire la fracture, puisqu'on connaît le poids de la masse qui tombe et la hauteur de chute.

Voici les résultats que j'ai obtenus après quelques tâtonnements. Sur 10 sujets (femmes) de 38 à 52 ans, le pubis n'a cédé que quand la hauteur de chute a été de 70 centimètres en moyenne. — Sur 10 sujets (femmes) de 70 à 87 ans, la fracture s'est produite avec une chute de 45 centimètres environ.

Je n'ai eu à ma disposition qu'un seul sujet du sexe masculin, âgé de 52 ans ; une chute de 1 mètre 10 a produit une fracture des deux branches du pubis sans déplacement, la partie postérieure du bassin était indemne. Dans ces expériences comme dans les premières, la fracture s'est faite ordinairement du côté du choc.

Si l'on veut calculer la force vive (F. PH) dans les 3 cas, on aura : 1° Chez l'homme 23,5 + 1,10 = 25, kilogrammètres 85.

2° Chez la femme vers 45 ans 23.5 + 0,70 = 16, — 45.

3° Chez la femme au-dessus de 70 ans 23,4 + 0,45 = 10, — 575.

On pourrait rechercher la force totale employée pour la production de la fracture, mais le résultat définitif serait nécessairement erroné puisque l'élasticité du bassin a été négligée. Les chiffres 25, 16, 10 suffisent d'ailleurs pour indiquer la différence de résistance du bassin chez l'homme et chez la femme adulte et chez la vieille femme.

L'excessive fragilité du bassin chez les sujets âgés peut encore être démontrée par l'expérience suivante : J'ai pris le cadavre d'une femme de 84 ans et ayant placé sa crête iliaque gauche contre le bord d'une table de pierre, tandis que je pressais contre la droite, un effort peu considérable m'a suffi pour produire une fracture double verticale du bassin.

Dans ces diverses expériences, la fracture de la crête iliaque qui paraît devoir résulter d'un choc sur cette partie, n'a jamais coïncidé avec la fracture du pubis. L'une de ces fractures en effet exclut l'autre à moins d'écrasement complet du bassin. Une crête iliaque fracturée ne pourrait transmettre un choc ou une pression quelconque à la ceinture pelvienne dont elle serait détachée.

Si on ne produit pas indifféremment l'une ou l'autre de ces fractures, c'est qu'elles ne résultent pas de traumatismes absolument identiques. Un choc appliqué sur la crête iliaque produit des effets divers suivant la direction de la force.

Quand nous avons produit une fracture du pubis ou une fracture double verticale du bassin, la direction de la force était à peu près rigoureusement transversale. Si on dirige le choc obliquement de bas en haut et de dehors en dedans par rapport à l'âge du sujet, de sorte que son point d'application soit plutôt sur la face externe de l'os iliaque que sur sa crête, on produit une fracture en travers de l'os des îles dont on détache un fragment plus ou moins considérable et plus ou moins mobile.

Sur une petite fille de 6 ans, j'ai produit une fracture de la fosse iliaque, en agissant transversalement par écrasement latéral ; mais dans ce cas, j'ai remarqué que sous l'effort de la pression, les deux épines iliaques se sont rapprochées de près de trois centimètres avant que l'os ne se brise. La direction de la fosse iliaque était donc changée ; de sorte que la force n'agissait plus sur la crête, mais bien sur la face externe de l'os ; et cette exception n'en est pas une en réalité.

Si, au contraire, le choc au lieu d'être dirigé transversalement ou de bas en haut, et dehors en dedans, est dirigé de haut en bas et de dehors en dedans par rapport à l'axe du sujet, il agit sur la crête iliaque suivant la direction de l'os et s'il est assez violent pour qu'il y ait fracture, on voit, comme sur ces deux pièces, que la partie amincie de l'os iliaque a pénétré sur une étendue plus ou moins grande dans l'épaisseur de la crête qu'elle supporte. Quelquefois il y a pénétration réciproque des deux fragments. L'enfoncement est variable, mais ordinairement suffisant pour empêcher la mobilité.

M. Després. Il est exceptionnel dans les fractures verticales du bassin de ne pas observer le pissement de sang, conséquence d'une rupture du col vésical ou de l'urèthre ; c'est là une complication presque constante qui fait le danger principal de ces fractures.

Laryngite hypertrophique. Tuberculose et sclérose partielle du poumon ; par M. Doléris, interne provisoire.

D...m..., 63 ans, est depuis fort longtemps atteint d'une affection chronique de l'appareil pulmonaire, qui entretient chez lui une toux habituelle, une expectoration abondante et un état d'oppression assez intense. Il y a deux ans, il fut sujet à quelques hémoptysies pendant une courte période, et depuis cette époque, les phénomènes ont acquis un caractère de gravité inusitée ; l'état général est devenu mauvais : anorexie, amaigrissement rapide, mouvement fébrile le soir, perte des forces. Dès lors, la santé a été notablement compromise, et le malade arrive à l'infirmerie de l'hospice de Bicêtre, dans le service de M. Bouchard, dans un état de dépérissement des plus marqués.

Maigreur excessive, toux pénible et continuelle, expectoration purulente, nummulaire, anhélation extrême, fièvre le soir. Pas d'œdème, ni de sueurs nocturnes. Le faciès est pâle, avec une teinte légèrement cyanique sur les pommettes. La percussion et l'auscultation décèlent chez cet homme des lésions tuberculeuses déjà fort avancées, et des altérations récentes.

Nous trouvons tous les signes physiques d'une caverne dans le sommet droit, et d'une infiltration tuberculeuse dans tout le parenchyme. De plus, il existe dans le poumon gauche des zones de matité au niveau desquelles le murmure vésiculaire a presque complétement disparu, et où le timbre normal est remplacé par un souffle modéré. — Le cœur ne présente aucune particularité. — L'urine est normale. — Le malade est, de plus, complétement aphone. Cette aphonie est absolue et date seulement de six mois ; elle a apparu graduellement, précédée d'une raucité persistante de la voix, sans douleur aucune à la région laryngienne. Il n'existe aucun trouble de la déglutition, et le malade ne se plaint pas autrement de cette impossibilité d'émettre les sons.

Il est mort avec tous les signes d'une asphyxie rapide le 13 janvier au matin, après trois jours seulement de séjour dans le service.

Autopsie, le 15 janvier 1876. — Cœur petit, adhérences des deux feuillets du péricarde. Les plèvres sont également adhérentes.

Les poumons sont par places infiltrés de granulations à diverses périodes de développement. Cette infiltration est surtout marquée dans les zones du parenchyme qui présentent, du reste, le moins de modifications de date ancienne, tandis qu'elle est beaucoup moins confluente en certains points, où le poumon a subi une sclérose totale, telle que le tissu normal est remplacé par des masses *fibreuses*, dures, résistantes à la coupe, striées de bandes colorées en noir qui lui donnent un aspect marbré.

C'est là, la dégénérescence scléreuse typique arrivée à son degré extrême. Les zones dégénérées procèdent d'une part de la plèvre épaissie, d'autre part, des tissus qui entourent les bronches et les vaisseaux, formant autour des faisceaux broncho-vasculaires des bandes concentriques de plusieurs millimètres d'épaisseur. — Le sommet droit présente une caverne du volume d'une petite orange.

Le larynx porte des altérations fort intéressantes. Elles sont en quelque sorte le reflet de la lésion pulmonaire. C'est une hypertrophie totale de la muqueuse qui a pour le moins quatre fois son épaisseur normale et dont les reliefs et les dépressions ont disparu, au point que la cavité laryngienne est réduite au quart de ce qu'elle est à l'état normal. Les cordes vocales sont effacées, et se confondent avec la surface voisine.

L'épiglotte représente une languette charnue énormément épaissie ; les replis arythéno-épiglottiques simulent des membranes épaisses et rigides. Ce qui constitue la rareté du fait, c'est que l'hypertrophie occupe également la portion sous-glottique, et s'étend par conséquent à tout le tissu depuis le bord libre de l'épiglotte jusqu'à l'origine de la trachée. La couleur de la muqueuse est pâle ; la surface est comme mamelonnée, et on y voit çà et là, des saillies glandulaires. Il y existe une petite ulcération peu profonde au niveau du ventricule droit. A la coupe : le derme est blanc, criant, dur et comme lardacé.

Les cas de laryngite hypertrophique ne sont pas rares ; ils le paraîtraient même moins si on recherchait cette lésion avec plus de soin. Mais cette hypertrophie est le plus souvent partielle, occupant exclusivement soit les cordes vocales, soit l'épiglotte, soit la portion sus-glottique seulement ou la portion sous-glottique. L'intérêt que présente le cas actuel est tout entier dans la *généralisation* de l'hypertrophie à toute la muqueuse laryngienne, qui n'a pas dû être fréquemment rencontrée puisque la plupart des auteurs de traités spéciaux ne mentionnent que l'hypertrophie partielle.

Considérée à un autre point de vue, cette observation montre, d'une part, une lésion chronique ancienne, corrélative dans deux organes différents : le poumon et le larynx. C'est une hypertrophie fibreuse, une sclérose des tissus ; d'autre part, une lésion plus récente, c'est l'évolution tuberculeuse à différents degrés, incomparablement plus marquée dans le poumon, il est vrai, mais n'en ayant pas moins évolué dans des tissus semblablement dégénérés.

M. Renaut. Dans certains cas de tuberculose ancienne, avec sclérose pulmonaire, la mort survient par une sorte d'asystolie ; les malades qui succombent ainsi sont le plus souvent albuminuriques, il paraît n'en avoir pas été ainsi dans le fait actuel.

Carcinome du testicule, chez un syphilitique ; par M. Herpin, interne des hôpitaux.

Ch. B. 36 ans, employé de commerce. Ce malade est syphilitique depuis 2 ans. Il y a 5 ou 6 mois, il constata sur le testicule gauche une petite tumeur arrondie et dure, bientôt il se forma un épanchement dans la tunique vaginale et lorsque le malade se présenta à la consultation le 8 janvier 1876, il portait une hydrocèle volumineuse qui masquait absolument le testicule — La ponction laissa écouler une assez grande quantité de liquide citrin, le liquide normal de l'hydrocèle. En palpant le testicule, on constate alors que celui-ci a subi des modifications dans sa consistance et son volume.

Le testicule est induré dans sa totalité ; par places, on rencontre des noyaux plus durs mais nulle part on ne trouve l'*induration en plaques*.

L'épididyme est considérablement développé et forme une sorte de bourrelet saillant nettement isolable qui surmonte le testicule. D'une dureté ligneuse il présente çà et là des inégalités et des bosselures. Le cordon offre un volume double de celui du côté opposé mais a conservé sa souplesse. Dans la fosse iliaque, on perçoit un empâtement profond qui peut être dû soit à un engorgement ganglionnaire, soit au gonflement prolongé des éléments du cordon.

Le malade accuse des douleurs, non pas dans le testicule lui-même qui peut être impunément serré entre les doigts, mais des douleurs irradiées dans l'abdomen et le membre inférieur gauche jusque dans le pied.

Le testicule du côté opposé est parfaitement sain. — Rien à la prostate ni aux vésicules séminales. Bien que la quantité du liquide de l'hydrocèle, le volume du cordon et les douleurs, ne permissent guère de penser au testicule syphilitique, on soumet cependant le malade au traitement spécifique.

Le liquide s'étant reproduit une nouvelle ponction est pratiquée le 23 janvier. Le testicule est trouvé un peu plus volumineux et plus dur.

A partir de ce moment, les douleurs augmentent au point d'empêcher le sommeil, l'appétit se perd. L'état général s'altère, le malade demande avec insistance a être débarrassé de son testicule. En présence de cet état et le traitement anti-syphilitique n'ayant amené aucun résultat, M. Horteloup se décida à pratiquer l'ablation du testicule.

10 *février*. Opération. La tunique vaginale ayant été trouvée épaisse et indurée est enlevée avec le testicule.

Examen de la tumeur. — On peut voir ce que l'on avait constaté par la palpation, le volume anormal, la dureté du testicule et surtout de l'épididyme.

La tunique vaginale est épaissie et infiltrée de sang. Et cependant le liquide qu'elle contenait, aux 3 ponctions, a toujours été trouvé simplement citrin. Le tissu de la tumeur est résistant et criant sous le scalpel. A la coupe, on remarque que la structure normale du testicule a presque complétement disparu ; on la retrouve seulement dans un point très-restreint au niveau de l'extrémité inférieure. Tout le reste de l'organe est envahi par un tissu de nouvelle formation.

L'examen histologique fait par M. Malassez démontre que la tumeur est un carcinome. On note de plus un développement anormal du tissu fibreux. (Cet état pourrait peut-être être attribué à l'influence de la syphilis ?)

Depuis l'opération l'état local est très-satisfaisant la plaie a bon aspect, bourgeonne et diminue rapidement. Mais l'état général est mauvais. Perte absolue de l'appétit, teint jaune. Affaiblissement général Huit jours après l'opération apparition d'une phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche.

M. Desprès. — L'existence du testicule syphilitique n'est pas, à mon sens, démontrée par des observations probantes. On considère, en effet, comme syphilitiques tantôt des affections testiculaires observées chez des sujets qui n'ont pas eu manifestement la vérole, tantôt chez des sujets bien et dûment atteints de syphilis, des engorgements qui n'ont rien de spécial. Je rappellerai comme exemple ce fait qui nous fut présenté en 1873 comme un type de testicule syphilitique et qui se trouva, après examen microscopique, être un lymphadénome.

M. Charcot. — Il n'est pas moins vrai qu'il existe, en clinique, une affection spéciale qui constitue le testicule syphilitique et, en anatomie pathologique, il y a aussi une lésion distincte correspondante.

Avortement au 4e mois d'une grossesse jusque là normale. Double phlegmatia alba dolens des membres inférieurs. Suppuration intra-vasculaire du vaste externe. Communication de la bile avec un kyste hydatique, du foie, mort des hydatides ; par M. Porak, interne des hôpitaux.

G. M. 28 ans, cuisinière, entre le 9 janvier 1876, dans le service de M. Moutard Martin, à Beaujon. Elle n'avait pas eu ses règles depuis le 7 juillet 1875, lorsque le 23 novembre, sans cause appréciable, elle fut prise subitement dans le cours de la journée de douleurs très vives, à tel point qu'elle fut obligé de prendre et de garder le lit. A partir de ce moment, elle présenta des métrorrhagies très-abondantes et continuelles, qui ne cessèrent qu'après quinze jours. Cet état s'améliorant un peu, elle veut se lever, mais elle ressent presque aussitôt des douleurs expulsives violentes et elle accouche pendant la nuit d'un enfant mort, mais cependant bien constitué. La sage-femme qui avait été appelée pour l'aider pendant le travail, brise le cordon ombilical et assure à la malade qu'elle est à peu près complétement délivrée, qu'il ne reste plus qu'un fragment du placenta qui ne tardera pas à être expulsé. Il n'en fut cependant rien ; les trois jours qui suivirent la malade n'eut pas de métrorrhagies, resta dans un malaise continuel, et finalement éprouva des douleurs violentes qui rendirent nécessaire l'intervention d'un médecin. Celui-ci constata que le placenta était resté dans l'utérus et parvint à l'extraire par l'introduction de toute la main dans les organes génitaux. On fit donc la délivrance dans la première semaine de décembre.

Les jours suivants la malade était dans un état d'anémie très-prononcé ; elle était très faible : elle ne pouvait s'asseoir sur son lit ; si on la changeait de place et si on la transportait d'un lit sur un autre, elle était immédiatement prise de lipothymies et de syncopes ; le ventre était ballonné, mais peu douloureux ; pas de fièvre. *Traitement* ; injections vaginales

de décoction de camomille, boissons alcooliques, deux cuillerées de sirop d'iodure de fer. Bouillons américains.

Huit jours après, dit-elle, ses seins devinrent gonflés et tendus, mais peu douloureux ; pas de lait ; pas d'abcès. C'est alors qu'elle fut atteinte de fièvres types, avec les trois stades de frissons, d'accès de chaleur et de sueur, durant 2 h. 1/2 et 3 h. revenant tous les jours de 11 heures à 1 heure. On lui ordonna alors du sulfate de quinine à prendre dans du café et ces accidents disparurent en une huitaine de jours.

Dès les premiers jours de la seconde quinzaine de décembre, elle ressentit des douleurs excessivement vives dans la cuisse droite; plus tard, elles s'étendirent sur tout le membre inférieur de ce côté et ce n'est qu'ultérieurement, que les jointures devinrent douloureuses.

Quelques jours après elle eut des douleurs dans le membre inférieur gauche.

Les deux membres devinrent le siége d'un gonflement considérable. En effet, lorsque nous l'examinâmes à son entrée dans le service, nous avons constaté un œdème considérable des deux membres supérieurs; les articulations sont très-douloureuses, on ne peut imprimer le plus léger mouvement à l'une ou l'autre des jambes sans provoquer les douleurs les plus vives. La malade reste donc immobile dans le décubitus dorsal; les genoux, tuméfiés, sont distendus par un épanchement abondant. La palpation de l'aine n'est pas très-douloureuse, nous ne parvenons pas à constater une induration sur le trajet de l'une ou de l'autre des veines fémorales, mais ce signe négatif n'a pas d'importance, car l'œdème considérable des membres ne permet pas de faire un examen très-exact de la région.

Bruit de souffle anémique cardiaque et vasculaire violent. Pas de douleurs du ventre, ni météorisme, constipation. Pouls 100. Soif vive, langue humide, non saburrale. Rougeur dans la région sacrée. Traitement : Laudanum et ouate sur les membres ; boissons alcooliques.

13 *janvier*, escarre profonde au sacrum T. 40°,3 ; P. 102.

15 *janvier*, matin T. 38°,7. — Soir : T. 39° ; P. 108 frisson, chaleur, sueurs, fièvre d'accès type. Sulfate de quinine 0,75.

Du 16 au 23 janvier, les accès fébriles se répètent sans régularité parfaite; la température ne dépasse pas 39°,8.

24 *janvier*. Matin : T. 40°; P. 105. Soir : T. 40°; P. 105.

Pas d'accès, mais grande susceptibilité au refroidissement, on la recouvre d'alèzes chaudes ; mais si on la découvre pour l'examiner, elle commence à trembler, à claquer des dents, et l'on peut conjurer ce début d'accès en cessant l'examen et en la faisant aussitôt recouvrir de linges chauffés.

Du 25 au 28, accès fébriles irréguliers.

28 *janvier*. Le soir elle est prise d'une syncope brusque, sans cause appréciable; elle pâlit, elle perd connaissance, elle ne respire plus. On croyait qu'elle venait de mourir subitement. Au bout d'un certain temps, elle revient à elle et reprend connaissance. Témoin de cet accident, je craignais tout d'abord qu'une embolie ne fût la cause de cette suppression si brusque des battements de cœur et des mouvements respiratoires.

Du 29 *janvier* au 3 *février*, la fièvre persiste, la température variant de 39° à 40°, le pouls oscillant entre 104 et 128. — Mort, le 3 février.

AUTOPSIE, le 4 février. Toutes les veines des deux membres inférieurs sont remplies de caillots, mais les parois veineuses sont beaucoup plus distendues à gauche qu'à droite. En disséquant la fémorale gauche, on reconnait facilement que la veine grande musculaire était le siége de caillots plus abondants, ce qui nous engagea tout d'abord à poursuivre nos investigations le long de son trajet. C'est en faisant cette dissection que nous rencontrons d'abord dans le droit antérieur une collection purulente peu volumineuse, puis en abordant le muscle vaste externe nous trouvons son tissu absolument détruit, transformé en une espèce de bouillie grisâtre ; toutes les veines qui pénétraient dans ce vaste foyer étaient remplis de pus, ce qu'on reconnaissait facilement lorsqu'on les coupait. Les muscles de la partie postérieure de la cuisse, les muscles fessiers ne présentaient aucune altération, la suppuration se faisait dans les interstices musculaires, limitée seulement aux limites du vaste externe. L'articulation du genou était enflammée ; elle était le siége d'un épanchement liquide séreux, sa membrane synoviale était rouge; les cartilages paraissaient sains. Pas de suppuration à droite ; épanchement dans le genou sans vascularisation de la membrane synoviale ; articulations coxo-fémorales saines.

Les caillots qui existaient dans les veines fémorales se continuaient dans les veines iliaques externes et enfin dans la veine cave inférieure, où on pouvait les suivre jusqu'au diaphragme. Dans le cœur, on ne trouvait aucun caillot ancien ; cet organe n'était le siége d'aucune altération digne d'être notée. — Pas de circulation complémentaire exagérée.

On trouvait à la partie inférieure du lobe supérieur gauche un infarctus, reconnaissable à sa forme pyramidale et superficielle; et dans lequel la dégénérescence nécrobiotique était assez avancée. On n'a pas recherché l'existence d'un caillot obturateur dans les artères pulmonaires. Cette lésion présente un intérêt digne d'être signalé. Nous avons signalé que cinq jours avant sa mort, cette malade avait été surprise brusquement par une angoisse indéfinissable et une tendance aux syncopes répétées, qui inspira les craintes les plus vives à toutes les personnes qui l'entouraient. Il n'est pas douteux pour nous que ces symptômes si brusques et si graves étaient dus à la présence d'un caillot détaché de la veine cave inférieure et engagée dans le cœur. Elle doit nous expliquer aussi le développement de l'infarctus pulmonaire que nous venons de signaler. — Les poumons d'ailleurs étaient emphysémateux et œdémateux. — Reins gros ; un peu de dégénérescence graisseuse.

Le foie présentait des lésions dignes d'être notées. Il était très-volumineux et graisseux. A la partie supérieure et antérieure de lobe droit on trouvait un kyste du volume d'une grosse noix, circonscrit par le tissu hépatique condensé et devenu fibreux, constituant une membrane épaisse de 2 millimètres et qu'on n'aurait pas pu énucléer : dans son intérieur, on trouvait une hydatide, sans échinocoques, dont la membrane blanche était résistant.

A la base et à gauche on trouvait un autre kyste circonscrit aussi par une sclérose hépatique de même nature que celle que nous venons de décrire ; la cavité du kyste est beaucoup plus volumineuse, et peut bien être évaluée au volume du poing. Elle contenait un liquide verdâtre, foncé, qui est bien évidemment de la bile altérée. On y trouve une membrane hydatique altérée, imbibée par le liquide biliaire dont elle présente la couleur. Elle a perdu toute solidité, lorsqu'on cherche à l'enlever elle se déchire, elle a presque la consistance de la gélatine. Enfin, on y trouvait une quantité innombrable d'échinocoques vertes et flétries aussi. Cette circonstance est intéressante à signaler car elle justifie cette opinion que la bile est un poison pour les hydatides.

Lipômes intra-musculaires symétriques ; par M. Charles REMY, interne des hôpitaux.

Le 11 janvier 1876, un homme de soixante ans, palfrenier, entre dans le service de M. LABBÉ, à la Pitié, pour y être soigné des suites d'une chute.

Il présente diverses affections : 1° arthrite sèche de l'articulation scapulo-humérale droite; — 2° un épanchement sanguin dans la bourse séreuse iléo-crânienne gauche qui est enflammée; — 3° les signes d'une bronchite chronique; — 4° Une affection des muscles sur laquelle je veux surtout insister.

Ce malade, très-amaigri, n'a presque pas conservé de tissu cellulaire sous-cutané, sa peau se moule nettement sur les muscles sous-jacents.

Lorsque le biceps brachial *droit* est en contraction, on est frappé de sa configuration extraordinaire. Au niveau de l'union de la longue portion du biceps avec les fibres musculaires, se forme une saillie conique, haute de deux centimètres, et large comme une pièce de 2 francs. Cette tumeur n'est pas adhérente à la peau qui glisse sur elle, mais elle paraît faire corps avec le muscle lui-même dont on ne peut la détacher. Néanmoins elle n'offre pas la même consistance que le corps du muscle et elle donne la sensation pseudo-fluctuante et mollasse du lipôme tout en présentant plus de dureté. La saillie de cette tumeur disparaît presque complétement dans l'état de repos

mais on peut encore constater sa présence dans l'épaisseur du muscle au niveau du biceps brachial *gauche* dans un point presque exactement symétrique avec la lésion du côté droit. Vers le milieu des fibres charnues de la longue portion du muscle, se remarque une seconde tumeur qui présente des caractères à peu près identiques. Cette tumeur fait saillie pendant la contraction musculaire; plus petite, elle a la forme et le volume d'une amande et donne tout-à-fait la sensation du lipôme. Elle est libre d'adhérences avec la peau et paraît renfermée dans l'aponévrose d'enveloppe du muscle, pendant le repos duquel ses caractères ne changent pas. Ces deux tumeurs, symétriques, parfaitement indolores, avaient passé inaperçues du malade jusqu'à cette heure et l'époque de leur apparition ne peut être fixée. Aucune autre tumeur musculaire ne fut découverte après un examen attentif.

Ces tumeurs furent l'objet de plusieurs diagnostic : parasites des muscles, gomme syphilitique, hernie musculaire, lipômes intra-musclaires. mais la discussion ne peut porter que sur les deux dernières hypothèses. Or la hernie musculaire produite pendant la contraction, se réduit spontanément à l'état de repos du muscle, mais ici, au contraire il s'agissait d'une tumeur qui persistait même pendant la flaccidité du muscle.

La contusion du coude de ce malade devint compliquée. La bourse séreuse suppura, fut ouverte et la place se couvrit de pourriture d'hôpital. Le 1er février 1876 survint un frisson, une fièvre vive avec température très-élevée (40°,1) un point de côté à droite, de la toux et les jours suivants parurent les signes certains d'une pneumonie fibrineuse droite; submatité de la base du poumon, souffle vide, râles crépitants, crachats visqueux, langue sèche; délire. Le malade mourut le au matin du 9 février 1876.

Autopsie. Les muscles biceps du sujet contiennent des petites tumeurs situés aux points déjà signalés pendant la vie. *A gauche,* sous l'aponévrose d'enveloppe du muscle, apparaît une petite tumeur nettement limitée, en forme d'amande et de couleur jaune, qui écarte les fibres musculaires superficielles et se prolonge dans l'épaisseur, comme on peut s'en assurer en ouvrant le muscle par sa face postérieure. Après l'incision de la tumeur il est évident qu'il s'agit d'un lipôme développé dans le tissu cellulaire interstitiel des fibres musculaires. La tumeur du biceps *droit* était plus dure, de couleur blanchâtre, fibreuse, elle adhérait intimement aux fibres musculaires et à l'aponévrose; sur une incision, elle ne présentait pas de traces de graisse, néanmoins cette tumeur nous paraît résulter de la transformation fibreuse d'un lipôme, comme cela s'observe souvent. La plupart des traités classiques passent sous silence l'existence de lipômes intra-musculaires. Il en existe cependant un certain nombre de cas.

Cruveilhier (Traité d'anat. path. III. p. 306) a eu l'occasion d'observer *un* lipôme intra-musculaire. Paget (Lectures II, p. 98) rapporte que M. Wormald enleva un lipôme dont les lobes distincts ou propagations passaient entre les faisceaux du muscle trapèze et se répandaient, sous lui, étranglés par ses fibres musculaires. Virchow (Traité des Tumeurs, 1, 369) écrit à ce sujet une phrase à double sens : « Il est, dit-il, une autre » catégorie de tissus prédisposés à la formation de la graisse; » le tissu connectif interstitiel des muscles, qui chez les » hommes et les animaux engraissés se transforme en tissu » adipeux en beaucoup d'endroits. » Et plus loin, il ajoute à certains muscles y sont prédisposés, la langue et le cœur, et il cite à ce propos (Bastien, Bulletin de la Soc. anat. de Paris 1854) lipômes sous-muqueux de la langues. Klob qui a trouvé des lipômes entre les fibres musculaires du cœur, Hébert (Atlas d'anat. path. pl. XVI, t. 1, p. 128.)

Forster cite des lipômes du tissu musculaire du cœur. Tripier (Dict. Encyclop. art. Lipômes) connait deux faits de lipômes intra-musculaires, observés par Laroyenne et Longier, et enfin, dans ces derniers temps, il en a été présenté un beau cas devant les yeux de la Société.

M. Renaut. Avant d'admettre le diagnostic du lipôme en avait discuté l'hypothèse d'un kyste hydatique ; mais il faut se rappeler que, dans les muscles, ce n'est pas l'hydatide du tænia échinocoque, mais bien le cysticerque ladrique que l'on observe et dans ce cas, il existe sur la langue une petite tumeur caractéristique.

M. Desprès. Dans ma thèse sur les tumeurs des muscles, j'ai réuni un certain nombre d'exemples de tumeurs tout-à-fait semblables aux kystes hydatiques du foie.

Large enfoncement du crâne à la région frontale. — Contusion directe des lobes cérébraux antérieurs et enfoncement d'une pointe osseuse dans la pulpe cérébrale. — Absence complète de troubles cérébraux; par Eugène Marot, interne des hôpitaux.

Le 1er janvier, on apporte à Saint-Louis (service de M. Duplay) un homme de 50 ans, vigoureux qui vient de subir un large enfoncement de toute la région antérieure du crâne.

Cet homme travaillait devant son étau, ayant derrière lui une grue servant à l'élévation de pesantes pièces de fonte : la chaine s'étant subitement déroulée, une masse du poids de 300 à 400 kilogrammes est venue le frapper un peu en arrière du vertex : le cou a naturellement fléchi et la tête a été appliquée sur l'étau garni de plomb. Le cuir chevelu ne présente en arrière qu'une déchirure insignifiante en regard du fracas considérable que l'on constate à la région frontale. Par une large plaie qui intéresse toute la peau du front, décollée et renversée, on voit le frontal entier éclaté en fragments multipliés, triangulaires pour la plupart, dont le sommet plonge du côté de la cavité crânienne et déprime la dure-mère. La différence de niveau de l'excavation peut être évaluée à 1/2 centimètre. Au-dessus de la racine du nez un ilot osseux, irrégulièrement arrondi, d'environ 4 centimètres carrés de surface, a gardé sa direction parallèle à celle du front, mais il est enfoncé et comprime le cerveau. La plupart des fragments sont extraits ainsi que des fragments de la lame de plomb dont était garni l'étau, mais la plaque osseuse principale ne peut être soulevée : derrière elle sont maintenus également des fragments anguleux de la table interne de l'os qui ont traversé la dure-mère : en un point limité, on aperçoit nettement une petite quantité de substance cérébrale qui s'est fait jour par une déchirure de l'enveloppe fibreuse : elle est à l'état de bouillie et a été pour ainsi dire exprimée. La cause de compression et d'irritation cérébrale par les esquilles qui ont perforé la dure-mère subsiste en dépit des efforts tentés pour la faire disparaître. Sur les bords de la perte de substance osseuse, des fragments de plomb restent également incrustés.

Le malade n'a perdu connaissance pour ainsi dire à aucun moment ; à son entrée, une heure après l'accident il est sous l'influence de la commotion traumatique, mais il n'a *aucune paralysie* et répond nettement, bien qu'avec lenteur, à toutes les questions. Il suit avec intérêt tous les détails du pansement et se plaint de leur longueur. On voit nettement les mouvements d'expansion de la masse encéphalique et lorsque le blessé tousse, le sang qui s'est insinué entre la dure-mère et la voûte osseuse est projeté au dehors ; il y a à ce moment une sorte de turgescence autour de la plaque osseuse enfoncée qui reste absolument immobile. Compresse d'eau froide. Emétique en lavage. Lavement purgatif. Le lendemain matin l'état du blessé est le même, il a toute sa connaissance.

2 *février*. Température normale. Pouls 80.

Le soir du 2 février, 24 heures après l'accident, température 38°, 6, pouls un peu plus fréquent : le malade répond aux questions, ne souffre nulle part : il paraît seulement avoir un peu d'agitation, il demande à changer de position, à se lever.

3 février, matin. Il n'a pu dormir et paraît abattu, mais il n'a aucun trouble nerveux proprement dit ; langue sèche. T. 39°, 4 ; pouls 96.

Le soir le même état persiste sans modification : le malade reste abattu, le pouls est fréquent, mais la température n'a pas monté. Le malade cherche à se lever, mais il n'a pas une grande agitation, c'est plutôt un délire presque tranquille. T. 39°, 2.

4 février, matin. Le malade présente de l'abattement, mais ses facultés sont intactes. Il est faible mais n'a *aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité*. Il urine bien. Les réponses sont un peu lentes. 38°,8. 120 pulsations.

Dans la journée le malade a un petit frisson, mais les renseignements qu'il fournit à cet égard sont peu précis ; on ne peut savoir notamment s'il en a eu d'autres. Les gens de service n'ont rien observé.

Le soir, le malade se plaint de courbature générale et de céphalalgie, la langue est très sèche et fuligineuse, toux fréquente et douloureuse au côté droit de la poitrine, sans point de côté bien net, cependant. T. 39° 4.

Le 5 février, l'état est resté le même, le malade se plaint de céphalalgie, de bruits dans les oreilles et de battements aux tempes. Douleur hypogastrique: il urine bien; 39° 2. Le soir l'abattement est très-prononcé, la dyspnée considérable. Crachats rouillés; presque matité à droite, râles crépitants : le malade est certainement agonisant, mais cependant il répond aux questions, se plaint de céphalalgie et de douleur à l'hypogastre. Il est très-affaibli, mais ne présente aucun symptôme encephalique, bien que le chef de service en fasse avec soin la recherche. 39°,4.

Il succombe le lendemain matin sous l'influence d'une dyspnée progressive; on n'a rien noté de particulier pendant la nuit, bien que le malade fût en observation. La plaie frontale n'a pas eu le temps de suppurer.

Autopsie. — Congestion et splénisation de la base des deux poumons. Dans quelques points irrégulièrement disséminés, le poumon droit ne crépite plus et à leur niveau existent de rares et peu volumineux abcès métastatiques. Rien au foie.

L'examen des pièces en ce qui concerne le crâne et le cerveau a été soigneusement pratiqué.

Du côté droit, il existe un enfoncement du coronal à sa partie moyenne : un des fragments fait saillie du côté de la cavité crânienne et laboure la pulpe cérébrale. Il est enclavé fortement dans cette position, ce qui explique les tentatives infructueuses faites pendant la vie pour l'extraire.

La partie du cerveau dilacérée par cette esquille osseuse est surtout la deuxième circonvolution frontale, *à l'union de son tiers antérieur et de ses deux tiers postérieurs*. La première circonvolution frontale est aussi un peu atteinte au même niveau. Il y a perte de substance cérébrale au niveau de l'esquille; on y observe une cavité anfractueuse, du volume d'une noix, remplie de détritus et de sang coagulé. Au voisinage, sous la pie-mère, il existe quelques ecchymoses. Du côté gauche et dans la même région, légères effusions sanguines. Chose remarquable, *on n'observe nulle part de traces de méningite*... il n'y a même pas de suppuration appréciable à l'œil au niveau de la partie contuse.

En communiquant cette observation à la Société anatomique, notre intention est d'attirer son attention sur ce fait intéressant, surtout au moment où la question des localisations cérébrales est l'objet d'études nouvelles; l'existence d'une lésion assez étendue de la substance corticale du cerveau ne s'annonçant par aucun trouble ni dans la sensibilité, ni dans le mouvement,

M. Duret. J'ai communiqué à M. Lépine pour sa thèse d'agrégation un fait analogue, en apparence, à celui-ci (c'était une fracture des parties antérieures de la voûte par un coup de pied de cheval); la différence symptomatique tient à ce que, dans le cas de M. Marot, les circonvolutions frontales dans leur partie antérieure seulement sont intéressées, tandis que dans mon observation les lésions s'étendaient au voisinage immédiat de la scissure de Rolando.

M. Renaut. Il me souvient avoir eu pendant la guerre, auprès de Vendôme, un blessé qui avait une large perte de substance de la région frontale avec hernie de la matière cérébrale; il n'avait aucun trouble autour et répondait avec une lucidité parfaite aux questions que je lui ai faites.

M. Duret. Lorsqu'on recherche la nature des lésions cérébrales qui ne sont accompagnées d'aucun trouble fonctionnel grave, on trouve qu'elles occupaient toujours soit les lobes frontaux, soit les lobes occipitaux ; les lésions du cerveau moyen s'accompagnent, on le sait, de phénomènes paralytiques.

M. Petit. J'ai observé deux faits assez semblables au cas de M. Marot. Dans l'un d'eux, il s'agit d'un homme atteint de fracture du frontal avec enfoncement qui pendant quinze jours resta sans aucun trouble fonctionnel. Au quinzième jour survinrent des phénomènes d'encéphalite: on trouva un abcès du lobe frontal.

Dans le second, un homme qui avait fait une chute d'un omnibus et s'était fracturé le crâne, on n'observa, après les premiers phénomènes passagers de commotion, aucun trouble fonctionnel. Il est vrai d'ajouter qu'on ne trouva pas de lésion cérébrale.

M. Desprès. M. Marot nous a dit que le malade avait succombé à l'infection purulente, cinq jours après le traumatisme; jamais on n'observe d'abcès métastatiques à une période si rapprochée du début ; la nature des petits abcès signalés dans le poumon paraît donc douteuse.

M. Renaut. N'est-il pas possible d'admettre que dans les plaies intéressant le diploé et les sinus, la pyémie peut avoir une évolution plus rapide que dans le cas d'autres plaies ?

Élection.

A la suite d'un rapport de M. Renaut, M. Motta Maia, professeur agrégé à Rio de Janeiro, est élu membre correspondant.

Ostéite et nécrose du pubis. — Suppuration prolongée. — Névralgie et éruptions herpétiques. — Erysypèle cachectique à poussées successives. — Mort. — Étude histologique de la stéatose du foie et des reins ; ses caractères spéciaux ; par H. Duret, interne des hôpitaux.

Floch Clara, 48 ans, ménagère, entrée le 16 décembre 1874, salle Saint-Augustin, n° 10, à l'hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Verneuil.

A la face interne de la racine de la cuisse gauche, elle porte une collection liquide du volume du poing, présentant tous les caractères cliniques d'un abcès froid formé très-lentement. Le début de cette affection remonte à cinq ans environ, car c'est à cette époque que la malade a ressenti des douleurs sourdes dans la région pour la première fois : mais depuis quelques mois, elles sont devenues plus vives.

Quelle était l'origine de cet abcès ? Pouvait-on songer à un abcès par congestion venant du rachis?

La tumeur liquide occupait la partie interne et supérieure du triangle de Scarpa : elle faisait saillie en avant des bords des adducteurs. Elle était sous-cutanée et facilement dépressible, mais lorsqu'on faisait contracter les muscles, elle augmentait de volume, et sa paroi se tendait fortement.

Il n'est pas rare de voir les abcès d'origine rachidienne descendre dans le même lieu, jusqu'au niveau du petit trochanter. Mais le plus souvent, dans ce dernier cas, la collection s'étend jusqu'à l'arcade de Fallope : elle est un peu plus externe, et souvent elle communique avec une collection semblable située dans la fosse iliaque. Nous disons souvent, car, quelquefois, cette communication n'existe pas, ou se fait si difficilement qu'il est impossible de la constater par le procédé classique, en renvoyant ce liquide d'une poche dans l'autre. Quelques jours auparavant, nous avions observé dans ce même service, une jeune malade, ayant un abcès de même volume, situé dans la même région, et de cause inconnue. On l'évacua par la ponction. Trois jours après, une tuberculose pulmonaire suraiguë, provoquée sans doute par ce simple traumatisme, emporta la malade. A l'autopsie, outre les lésions pulmonaires, on constata qu'un canal du volume d'une plume d'oie, faisait communiquer l'abcès crural avec une collection de même nature sous-périostique, due à la carie des deux dernières vertèbres lombaires. L'abcès lombaire avait échappé à l'observation clinique en raison de son petit volume, et le calibre du canal de communication était trop étroit pour qu'on pût percevoir facilement ce reflux.

Malgré cette coïncidence de deux faits presque semblables, comme la malade était d'une constitution robuste, qu'elle n'avait jamais eu de maladies antérieures, graves, et que tous les signes d'une lésion rachidienne faisaient défaut, M. Verneuil porta le diagnostic d'abcès froid, suite de carie de la branche horizontale du pubis.... Pourquoi cet abcès du pubis ? Y avait-il carie ou nécrose de l'os ? Était-ce plutôt une arthrite suppurée de la symphyse pubienne ? Il fut d'abord impossible de mieux préciser l'origine de cette collection. La malade ne signalait aucun traumatisme antérieur : la douleur à la pres-

sion ne pouvait être localisée ni dans la symphyse, ni sur la branche horizontale. La symphyse, examinée par le vagin, ne présentait ni déformation spéciale, ni mobilité anormale. Une cause diathésique ne pouvait être invoquée ; pas d'antécédents rhumatismaux, scrofuleux ou syphilitiques. Un diagnostic plus précis était impossible.

Le 20 janvier, on pratiqua la ponction de l'abcès à l'aide d'un gros trocart : quatre cents grammes environ d'un pus mal lié s'écoulèrent au dehors. Un gros tube à drainage fut placé de manière à traverser de part en part la cavité de l'abcès.

Le 16 avril, la suppuration n'offrant aucune tendance à s'arrêter, M. Verneuil, après avoir agrandi les ouvertures de l'abcès, introduisit son doigt dans la cavité pour rechercher quelques points d'ostéite, ou quelques fragments osseux nécrosés. Le tissu était très-dense et permettait difficilement l'introduction du doigt; il fut impossible de reconnaître distinctement le point osseux malade : l'exploration avec la sonde resta aussi infructueuse. De nouveaux tubes de drainage furent fixés dans tous les sens.

L'opération n'amena que peu d'amélioration. La suppuration n'en continua pas moins abondante et de nombreuses fistules se formèrent successivement à la fesse, dans la grande lèvre, dans la paroi correspondante du vagin. — L'état général devint de moins en moins satisfaisant; épuisée par une diarrhée continuelle et une suppuration d'aussi longue durée, la malade maigrit et se cachectisa : peu à peu l'appétit se perdit ; la peau devint sèche et terreuse et, de temps en temps, le soir, apparut un petit mouvement fébrile.

Le 30 juillet débute un nouvel épisode. — La malade éprouve un sentiment de malaise plus marqué que les jours précédents ; cependant elle ne ressent ni fièvre, ni frisson. Elle se plaint d'élancements, de picotements dans la cuisse gauche surtout, à la face antérieure et interne. On voit apparaître un jour après, de petites taches rouges, puis, bientôt des vésicules transparentes.

Le 5 août, on constate à la face antérieure de la cuisse de nombreuses bulles réunies par groupe de 5 à 6 ou isolées. D'une façon précise, elles occupent les faces antérieure, externe et interne de la cuisse, quelques-unes s'étendent jusqu'à la fesse et sur la grande lèvre. Cette éruption siége donc sur le territoire nerveux des branches suivantes du plexus lombaire : nerf crural, nerf génito-crural et branche fémoro-cutanée. Ces *vésicules d'herpès* se desquammèrent vers le 20 août ; le 30, tout était disparu. Cette éruption d'herpès était sous l'influence d'une péri-névrite. (Plus tard, on constata, en effet, à l'autopsie, que le nerf crural et plusieurs autres branches du plexus lombaire traversaient des collections purulentes situées dans le psoas). D'ailleurs l'état général, l'absence d'élévation de température, la localisation des vésicules ne pouvaient laisser soupçonner une éruption septicémique.

C'est vers le commencement de septembre que survint un second épisode non moins intéressant : une *phlegmatia alba dolens* des deux membres, mais accusée surtout à gauche. Elle persista jusqu'à la mort.

Depuis cette époque l'état général continua à s'aggraver : l'amaigrissement et la cachexie augmentèrent.

Dans les premiers jours de décembre elle fut prise d'un érisypèle de mauvaise nature, qui eut son point de départ dans les fistules, mais dont la gravité était empruntée surtout à l'état général. L'inflammation de la peau d'une teinte pâle, cuivrée, se présenta d'abord sous la forme d'îlots séparés : mais ceux-ci ne tardèrent pas à se réunir et tout le membre fut atteint. La fièvre hectique augmenta dès lors tous les soirs ; les poumons se remplirent de râles humides, et le 19 décembre, la malade succomba.

Autopsie. — Réflexions. — Les ouvertures fistuleuses sont au nombre de deux dans le pli génito-crural, de trois à la face interne de la cuisse, et de quatre à différentes hauteurs dans la vulve et dans le vagin. Les insertions au bassin des muscles adducteurs de la cuisse sont rendues adhérentes entre elles par l'infiltration plastique; il est très-difficile de les séparer. Par une des fistules, la sonde cannelée rencontre l'os dénudé En fendant la symphyse pubienne sur la ligne médiane, on constate que les ligaments interosseux n'existent plus qu'à la périphérie. Au centre de l'articulation on trouve un séquestre osseux du volume d'une grosse noix, formé par la portion articulaire du pubis ; la branche horizontale et la branche descendante, sont à peine atteintes par la carie. Le peu d'étendue de cette lésion osseuse semble démontrer que si on était intervenu *radicalement*, c'est-à-dire, en s'ouvrant une voie large à travers les tissus et en extirpant le séquestre, la malade aurait pu guérir.

L'articulation coxo-fémorale ouverte ne présente qu'un peu de sérosité purulente.

Dans le psoas-iliaque, en différents points, on trouve de petits abcès du volume d'une noix, sans communication avec le foyer osseux ; ce sont des abcès circonvoisins. Plusieurs nerfs du plexus lombaire traversent ces petits abcès. Ces rapports des abcès et des nerfs cruraux expliquent l'éruption d'herpès survenue sur le territoire de ces troncs nerveux.

Dans les veines honteuses externes, dans la crosse et dans le tronc de la saphène, dans beaucoup des veines du bassin et des muscles de la cuisse, et dans la veine fémorale, on trouve des caillots anciens qui oblitèrent le calibre de ces vaisseaux. C'est là sans aucun doute l'origine de la *phlegmatia alba dolens* observée pendant la vie.

Des deux côtés, les ganglions inguinaux sont très engorgés, très hypertrophiés. fibroïdes ; ils forment une masse très résistante se continuant avec les ganglions iliaques et lombaires, qui sont aussi le siége d'une semblable altération. Ces sortes d'adénites chroniques accompagnent fréquemment les suppurations osseuses du bassin et quand celles-ci sont profondes en constituent un signe important.

Les lésions viscérales offraient chez cette malade un intérêt tout particulier en raison de la longue suppuration qu'elle avait subie.

Les poumons, outre d'anciennes adhérences et quelques noyaux de tubercules crétacés au sommet, offraient les lésions de la pneumonie hypostatique, observée dans les derniers jours de sa vie.

D'une teinte générale jaunâtre, le foie était granité très-régulièrement. A l'examen histologique, nous avons constaté que chaque grain n'était autre qu'un lobule du foie dont le centre, rougeâtre, irrégulier, simulant à l'œil nu une étoile à trois branches où une fente irrégulière était constitué par les vaisseaux centraux et quelques cellules hépatiques encore saines, tandis que la périphérie de ce même lobule était le siege de la dégénérescence graisseuse. C'est là, croyons-nous, une variété spéciale de dégénérescence graisseuse du foie. Nulle part on ne trouvait traces d'inflammation aiguë ou chronique.

Les causes les plus fréquentes de la dégénérescence graisseuse du foie sont la phthisie, les maladies cardiaques, l'alcoolisme aigu ou chronique, les cachexies et les suppurations prolongées. Dans la phthisie, la teinte du foie est souvent jaune pâle et parfaitement uniforme : l'altération porte aussi bien sur les cellules du centre du lobule que sur celles de la périphérie. Dans les maladies cardiaques, sans autre complication, le foie est granité; mais sa teinte générale est rougeâtre, et cette teinte est surtout produite par la congestion vasculaire centrale ou périphérique ; peu ou point d'altérations cellulaires en dehors des pigmentations. — Etant interne à l'hôpital Saint-Antoine, nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre de foies d'alcooliques, que nous avait confiés pour l'étude M. Cadet de Gassicourt. D'après nos recherches on distingue surtout trois variétés de dégénérescence *graisseuse* du foie par le fait de l'alcoolisme. L'une, fréquente chez les jeunes gens, a une marche aiguë. Elle se manifeste par plaques à la surface, par îlots dans les profondeurs du foie. Ces plaques et ces îlots sont d'une teinte jaune uniforme et tranchent très-nettement par leur coloration sur l'aspect rougeâtre, vasculaire, du reste du parenchyme : il nous a semblé que ces plaques ou les îlots étaient en rapport avec la distribution d'une branche vasculaire. 2° L'autre a une marche chronique et est caractérisée par l'absence de sclérose; on trouve un peu d'irritation et de prolifération cellulaire : la dégénérescence des cellules hépatiques est diffuse. 3° Dans la troisième

variété de dégénérescence alcoolique, il y a sclérose autour des ramifications de la veine porte, sclérose péri-lobulaire. Chaque lobule du foie, saillant à la coupe, est entouré d'un cercle de tissu fibreux. Dans ces cas, on observe que les cellules les plus *excentriques* de chaque lobule hépatique sont devenues vésiculeuses et sont transformées en cellules adipeuses. Une figure de Rindfleisch représente admirablement cette altération. — (Rindfleisch, *Traité d'Hist. path.*, p. 474.) — Dans les suppurations prolongées, la dégénérescence graisseuse des cellules du foie suit une marche spéciale sur laquelle il nous a paru important d'insister, et c'est pour la mieux caractériser, pour comparer, que nous avons indiqué rapidement les différentes formes les plus voisines de dégénérescence *graisseuse* du foie. L'altératiou commence par les cellules les plus excentriques de chaque lobule. Il en résulte une différence de coloration entre le centre et la périphérie des lobules ; le centre est vascularisé, la périphérie est anémiée et dégénérée : de là cet aspect *granité* du foie. Les grains diffèrent de ceux de la cirrhose alcoolique avec dégénérescence *graisseuse* par leur teinte mate plutôt que jaunâtre, et parce qu'ils ne font pas saillie à la coupe. Dans le foie que nous avons examiné, deux tiers au moins de la surface de chaque lobule étaient altérés à la périphérie. Il résulte de ce fait anatomique, que chez notre malade, c'est à peine si un tiers du foie fonctionnait. On comprend quels troubles de la nntrition doivent résulter de ces lésions chez les cachectiques.

Les reins étaient le siége d'une dégénération semblable à celle du foie. A l'œil nu, la substance corticale, légèrement augmentée d'épaisseur, paraissait comme marbrée : des îlots, des taches, des tractus d'un blanc grisâtre très-irréguliers tranchaient sur sa teinte générale brun pâle. Dans la substance pyramidale, on voyait çà et là quelques lignes blanc jaunâtres, interrompues, mais parallèles à la direction générale des gros tubes collecteurs. Au microscope, on reconnaissait : 1° Que les glomérules de Malpighi étaient sains ; 2° Les *tubuli contorti* et la branche ascendante de l'anse de Henle étaient le siége des altérations observées à l'œil nu. Des séries de cellules épithéliales étaient devenues granuleuses ou vésiculeuses, avaient perdu leur noyau. On en trouvait ainsi dix à vingt altérées, puis dans une certaine longueur des tubes, elles redevenaient saines ; après quoi, une nouvelle série était de nouveau altérée. De cette dégénérescence, il résultait que dans certaines parties de leur longueur les tubes du rein avaient probablement perdu leurs fonctions. Le reste de ce viscère était à peu près sain. On trouvait cependant çà et là quelques tubes épithéliaux détachés. Ce catarrhe rénal rend compte aussi de la petite quantité d'albumine qu'à plusieurs reprises nous avons constaté dans les urines de la malade pendant sa vie.

Résumons en terminant les points principaux de cette observation 1° Difficulté du diagnostic ; mais possibilité d'obteuir la guérison par uue opération radicale ; 2° Eruptions herpétiques avec névralgies dues à des collections purulentes au voisinage des nerfs ; 3° Phlegmatia alba dolens par phlébite ayant son origine dans le foyer de suppuration ; 4° Induration ganglionnaire chronique ; 5° Erysypèle cachectique à poussées successives : son pronostic. 6° Caractères spéciaux de la dégénérescence *graisseuse* du foie et du rein, après les suppurations prolongées.

M. Verneuil. J'appellerai l'attention sur ce fait que les malades atteints d'affections osseuses, chroniques, suppurantes (ostéite, carie, fractures comminutives), succombent presque toujours, si la maladie est abandonnée à elle-même, soit à un érysipèle, soit à une lymphangite ; et dans ces cas, on trouve toujours une altération du foie et des reins, que je n'hésite pas à mettre sur le compte de la suppuration prolongée.

Je suis convaincu, d'autre part, que la gravité de l'érysipèle est en raison directe de l'état de ces viscères, et que les récidives deviennent progressivement graves au fur et à mesure que les reins et le foie s'altèrent. Je rappellerai l'observation d'un de mes malades, communiquée à la Société par M. Pozzi ; il s'agissait d'une fracture comminutive de la jambe, chez un homme vigoureux, qui résista aux suites immédiates de l'accident. Un premier érysipèle ne fut d'aucune gravité ; survint un second qui s'accompagna de phénomènes généraux plus intenses, enfin un troisième l'emporta ; à l'autopsie, nous avons trouvé une stéatose très-prononcée des reius et du foie.

Je signalerai en dernier lieu, dans le cas actuel, l'éruption d'herpès que l'on peut rapporter à l'irritation du nerf crural, affection tout-à-fait locale, qu'il ne faut confondre ni avec les éruptions septicémiques, ni avec les rappels de diathèses, dont j'ai parlé dans une des dernières séances.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 *mai* 1876.— Présidence de M. Houel.

M. Lucas Championnière fait hommage à la Société d'un *Manuel de la Chirurgie antiseptique*, où se trouve exposée la théorie du professeur Lister.

M. Després demande à revenir sur les faits communiqués par M. Guyon, dans la séance précédente, relativement au procédé de pansement de Lister. L'argumentation de M. Després repose sur deux des cas rapportés par M. Guyon. Le premier cas concerne un amputé chez lequel on avait cherché à obtenir la réunion par première intention ; la réunion se fit bien, mais, pendant quelques jours, la plaie continua pourtant à fournir une certaine quantité de liquide par les intervalles des points de suture. Les cas de ce genre ne sont pas rares. M. Després rappelle des exemples de réunion par première intention consécutifs à l'application de pansements variés, tels que le pansement simple, le pansement à l'alcool ; ce dernier pansement a même été employé dans un cas où la plaie d'amputation intéressait largement les gaines des tendons extenseurs des orteils et du jambier postérieur, et la réunion néanmoins était complète au treizième jour. Lorsque de tels faits se présentent, avec des procédés si différents, on est autorisé à dire : ce n'est pas à l'application de pièces de pansement spéciales qu'est due la réunion, mais simplement aux conditions favorables dans lesquelles se trouve le sujet. D'ailleurs, les réunions par première intention, signalées par M. Guyon, ne méritent pas absolument ce nom. Ce sont des réunions par à peu près.

Le deuxième cas sur lequel revient M. Després est relatif à une opération de hernie étranglée à la suite de laquelle on cherche encore à obtenir la réunion par première intention. Le huitième jour la réunion était complète dans la plus grande partie de l'étendue de la plaie, sauf en un point par lequel s'écoulait encore un peu de liquide. La *nature prévoyante* s'est donc opposée ici à une réunion trop rapide. A l'observation de M. Guyon, M. Després répond par une observation personnelle concernant également une opération de hernie étranglée dans laquelle la simple position fut suffisante pour déterminer au bout de 24 heures la réunion, abstraction faite bien entendu d'un léger écoulement qui persista quelques jours.

En résumé, M. Després conclut que le pansement de Lister est un pansement comme tous les autres, qu'on peut choisir par goût, mais auquel on ne doit pas attribuer spécialement les résultats heureux qui ont suivi son application.

M. Guyon fait remarquer que dans le pansement de Lister, on ne tient pas toujours à obtenir la réunion par première intention. On va même au devant de la *nature prévoyante* en plaçant un drain dans la plaie toutes les fois qu'on le juge utile. Mais ce qu'il y a de particulier au pansement de Lister, c'est que la réunion par première intention a lieu aussi souvent qu'on cherche à l'obtenir, et toujours sans accidents, tandis que les autres procédés employés dans le même but peuvent donner lieu à des complications.

M. Lucas Championnière répond aussi à M. Després, que l'opération de hernie étranglée dont il vient d'être question a été pratiquée par lui-même dans le service de M. Guyon, et que si la plaie a continué quelque temps à suppurer, la cause en a été qu'une ligature avait dû être placée sur une portion d'épiploon qui s'élimina par la suite.

D'ailleurs le professeur Lister n'a jamais dit qu'il fallût chercher toujours la réunion par première intention. Il con-

seine au contraire d'agir de manière à la retarder, par le drainage par exemple. M. Lucas Championnière a fait aussi des opérations à la suite desquelles il a employé le pansement de Lister. Il cite un certain nombre de cas où les conditions étaient fort défavorables, et dans lesquelles pourtant la guérison fut complète.

En somme, le pansement dont il s'agit est caractérisé par deux faits principaux : 1° L'absence de toute réaction inflammatoire ; 2° le mode de réparation qui est identique pour toutes les parties intéressées, muscles, articulations, os.

M. Panas dépose sur le bureau une observation d'ectropion rédigée par M. Brière (du Havre). La réunion procède ensuite à l'élection d'un nouveau membre. Sur 31 votants, M. Gillette a obtenu 19 voix ; M. Delens 11, M. Farabeuf 1. M. Gillette est élu membre de la Société.

M. Verneuil demande au president de mettre aux voix la clôture de la discussion sur la méthode de pansement de Lister. M. Després demande la parole contre la clôture. — La clôture mise aux voix est adoptée.

M. Guéniot continue sa communication relative à l'influence du traumatisme sur la grossesse, et de la grossesse sur le traumatisme. 240 faits sont réunis aujourd'hui, mais quand on jette un coup d'œil sur cet ensemble, on en conclut forcément que ces faits sont dépourvus de signification, ou qu'il n'ont que des significations contradictoires. Aussi faut-il décomposer la question, qui, dans son ensemble, est trop complexe.

M. Guéniot n'envisage d'abord que l'influence du traumatisme sur la grossesse, et il insiste sur deux particularités essentielles : l'irritabilité de la matrice, et les conditions spéciales de l'œuf au moment du traumatisme.

Ce point de vue est capital, attendu que les effets du traumatisme considérés indépendamment de l'irritabilité de la matrice, pourraient dans bien des cas paraître absolument contradictoires. M. Guéniot s'étend longuement sur l'irritabilité de la matrice, qu'il définit : une propriété spéciale au tissu utérin de pouvoir répondre aux excitations venues du dehors ou du dedans. Or, cette propriété peut être *surexcitée* par un état morbide de l'œuf, ou par un état morbide de l'utérus lui-même, ou enfin par un état morbide général de la mère. Quand ces trois conditions manquent à la fois, la grossesse est normale. C'est le seul cas que M. Guéniot veuille étudier aujourd'hui ; et après un exposé détaillé d'observations intéressantes, il conclut que les traumatismes les plus graves au point de vue local, tels que les amputations, les ablations du sein, l'ovariotomie elle-même, n'ont eu dans un grand nombre de circonstances aucune influence sur la marche de la grossesse.

Seuls les traumatismes qui intéressent la *sphère génitale* peuvent avoir des résultats fâcheux, et leur conséquence ordinaire est l'avortement. Les effets produits par ces traumatismes permettent même d'assigner des limites à la sphère génitale si mal déterminée jusqu'à ce jour. Cette région serait bornée au canal vulvo-utérin, au conduit recto-anal et au plancher périnéal.

E. Brissaud.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

Atlas d'ophthalmologie médicale et de Cérébroscopie, par S. Bouchut. In-4°, avec 14 planches en chromo-lithographies, donnant 137 figures et 19 figures intercalées dans le texte. Paris, 1875. — J.-B. Baillière.

Cet ouvrage peut être considéré comme la synthèse de toutes les idées que M. Bouchut a soutenues, depuis une dizaine d'années, sur les conséquences à tirer de l'examen du fond de l'œil, dans les maladies nerveuses. Il en est la confirmation, l'explication illustrée aussi brillante que les projections au magnésium si familières à l'auteur. M. Bouchut fait dès le début et très-nettement sa profession de foi : « Je ne veux pas dire que toutes les affections nerveuses aient leurs signes écrits au fond de l'œil, mais lorsqu'une affection nerveuse, quelle qu'elle soit, s'accompagne de lésions intra-oculaires, ce qui arrive 99 0/0, on peut affirmer qu'elle est d'origine matérielle organique, et souvent, d'après le caractère de la lésion, quelle est sa nature dans les centres nerveux. » Le fond de l'œil présente-t-il réellement une lésion 99 fois sur 100 dans les maladies nerveuses? Voilà une première et grande question que M. Bouchut résout par l'affirmative, puisqu'il a lui-même dessiné ses papilles, ce qui donne à son œuvre un cachet tout spécial de véracité.

Cet atlas comprend un texte et des figures. Les 80 pages de texte sont consacrées à « l'étiologie, à la description anatomique et histologique des altérations du fond de l'œil dans les maladies cérébro-spinales. »

Depuis la découverte de l'ophthalmoscope, jamais plus beau programme n'a été placé en tête d'un ouvrage : il effraierait assurément encore plus d'un ophthalmologiste ; mais n'oublions pas que M. Bouchut s'occupe de médecine générale et non, dit-il, d'ophthalmologie ; il persiste aussi dans la pensée qui lui faisait communiquer à Bruxelles, en 1875 une partie de ces mêmes résultats, non pas à la section d'ophthalmologie présidée par Donders, mais à celle de médecine, qui ne les a point discutés. Examinons si le but proposé a été atteint.

Après une courte revendication sur la priorité de cérébroscopie, après avoir loyalement cité la belle observation de Graef en 1860, sur l'examen de la papille dans les tumeurs cérébrales, M. Bouchut, dont les recherches de cérébroscopie pure remontent à 1862, expose les grandes divisions de son travail et ce sont déjà celles que nous découvrons à leur origine dans les premières communications. Pour le médecin des enfants, les altérations du fond de l'œil peuvent se ranger dans la classification suivante :

Névrites, névro-rétinites et choroïdites : Par lésion du crâne et des méninges ou du cerveau ; — Par lésions de la moelle épinière et des nerfs ; — Par maladie générale, diathèse ; — Par lésions oculaires primitives ; — Par trouble ou arrêt de la circulation : mort.

Notons en passant ce qu'il y a de singulier à considérer l'état de la rétine, à la mort, comme une névrite ou névro-rétinite !

La base anatomique de ce travail est donc la connaissance exacte de la névrite optique et de la névro-rétinite : sujet assurément plein d'intérêt pour les histologistes ; car, depuis quelques années, il a donné lieu aux recherches les plus assidues, les plus multipliés, sans trop de résultats, même dans l'histologie normale du nerf. Voici la définition de la névrite par M. Bouchut (p. 23). « L'hypérémie prolongée produit dans les tubes nerveux du nerf optique dans le tissu conjonctif interposé et sur la papille des désordres graves; cela s'appelle la névrite optique. » Définition large, contenant le présent et l'avenir, mais tout esprit anatomique quelque peu positif ne saurait s'en contenter. Peut-être trouverons-nous dans les figures adjointes des renseignements plus démonstratifs. Hélas non ! Quelques dessins de coupes perpendiculaires et longitudinales de nerfs optiques sains et malades, nous laissent dans la plus complète incertitude pour reconnaître, même avec le texte explicatif, quel est le côté malade, quels sont les tubes atrophiés. Nous ne retrouvons dans toute cette partie aucune mention de ces petites cellules nommées *névroglie*, dont le rôle assurément bien connu de l'auteur, a trop été négligé dans la description de la névrite.

En somme, d'après ce qu'en dit M. Bouchut, et avec un peu d'effort, le lecteur pourra se figurer ce que pourrait être la névrite : mais quant à ce qu'elle est réellement, nous doutons que la conviction puisse se faire.

La deuxième partie de cet ouvrage renferme 117 figures du fond de l'œil avec observations explicatives.

Disons de suite que le fait important dans cette portion, c'est l'étude de la diathèse tuberculeuse. Sur 117 figures, nous en relevons, en effet, plus de 40 appartenant à cette maladie ; tubercules du cerveau, tubercules de la choroïde, méningite tuberculeuse. Ce point de prédilection a été magistralement développé par l'auteur qui a suivi pas à pas, du commencement à la fin, l'évolution de la granulie, avec ses symptômes oculaires de congestion (?), de névrite, d'atrophie, de productions anormales. C'est assurément le véritable titre de gloire de M. Bouchut, auréole limitée néanmoins par l'auteur lui-même, car encore pour le tubercule, il faut laisser de côté l'histologie, sous peine d'obscurité.

De plus, à côté de la tuberculose figurent bien des papilles

dont la siguification sera longtemps une hypothèse pour des observateurs aussi attentifs, aussi habiles et consciencieux, aussi désireux de voir que M. Bouchut. Certains dessins relatifs au début des scléroses spinales, à la choroïdite, à la méningite typhoïde, à l'encéphalite cardiaque, au carreau et à la péritonite, à l'épilepsie par abus de sulfate de quinine, à la paralysie de la sixième paire, à la paralysie diphthéritique, ne nous out nullement convaincu de l'existence d'une lésion oculaire correspondant à ces maladies.

D'autres figures, au contraire, renferment évidemment des lésions papillaires concomittantes, et tout-à-fait indépendantes de l'affection nerveuse jointe à l'observation, comme des staphylomes de myopie, des plaques choroïdiennes, voire même un décollement inscrit comme plaque d'atrophie.

Mais la plus grande objection, qu'ait encourue l'auteur, est motivée par la brièveté inexplicable de ses observations cliuiques ! Quelques mots à peine sur la maladie principale. Quant à l'état antérieur ou actuel de la vision, moins que quelques mots : rien, ni acuité exprimée en chiffre, ni portée de la vision, ni champ visuel : absolument rien, de ce qu'on est en droit d'exiger dans toute observation sérieuse d'ophthalmologie.

Bien qu'ayant eu l'occasion de nous rencontrer avec M. Bouchet, sur plusieurs sujets traités dans ses ouvrages et qu'il nous ait fait l'honneur de discuter quelques-unes de uos opinions, nous nous abstiendrons ici de toute remarque personnelle. Nous aurons mieux toute liberté pour offrir au lecteur notre appréciation.

Le but qu'a poursuivi M. Bouchut existe à n'en pas douter ; assurément certaines maladies du système nerveux central s'accompagnent des phénomènes de congestion, d'altération, d'atrophie de la papille et de la rétine. Mais le tout est de savoir exactement *quand* et *comment* elles se produisent, daus chaque maladie, afin d'arriver à leur saine interprétation.

C'est le but que se sont proposé tous les physiologistes modernes dans les recherches de ce genre ; c'est ce but que poursuivaient naguère, mais avec plus de prudence, MM. Panas et Giraud-Teulon. Toutes les causes classiques signalées par les auteurs ont été, il est vrai, énumérées en masse par M. Bouchut, dans un chapitre général d'introduction ; mais dans aucune de ses observations, il ne nous a été permis de retrouver une autopsie détaillée, complète, bien conduite, remontant de l'effet à la cause. Du reste, la majorité de ses faits cliniques datent de 1866 et, en somme, M. Bouchut nous a présenté avec des planches nouvelles ses anciennes observations. Sur 117 cas, 40 à peine sont postérieurs à 1870 ; plusieurs sont dépourvus d'acte de naissance.

Malgré toutes ces défectuosités, ce livre est cependant remarquable à plus d'un titre : Comme exécution typographique d'abord, et ensuite parce qu'il représente en réalité une idée juste, neuve, originale, que M. Bouchut a rendue presque sienne par ses revendications vives et nombreuses, idée qui restera malgré toutes les exagérations et les imperfections dont nous la voyons entourée à son berceau même par celui qui pense lui avoir donné le jour.

F. PONCET (de Cluny).

BIBLIOGRAPHIE

West Riding Lunatic Asylum Reports; T. V^e^. (suite) (1).

10. R. Lawson. — *Action physiologique de l'Hyoscyamine.* — Dans ce travail bien conduit au point de vue physiologique, l'auteur a expérimenté l'hyoscyamine à doses faibles, abondantes et toxiques ; il s'est appliqué à rechercher dans les tissus même l'action qu'exerçait ce poison sur la nutrition, sur les échanges, sur les phénomènes de calorification. — Puis, on a expérimenté sur l'homme, et on a cherché à déduire de l'action physiologique de l'alcaloïde quelques-unes de ses applications thérapeutiques. — De la lecture de ce travail on peut conclure que :

1° Chez l'animal les plus petites doses d'hyoscyamine, causent, dès qu'elles agissent, une dimiuution dans le nombre des pulsations, un accroissement de tension vasculaire, un abaissement de la température, de la mydriase, et pas de troubles de la respiration. — 2° Une dose un peu plus élevée cause le ralentissement du pouls puis sa précipitation ; en outre, de la lassitude, de la parésie musculaire s'emparent du sujet dont la gorge se dessèche. — 3° De fortes doses amènent d'emblée la fréquence du pouls; la température s'abaisse, la respiration est embarrassée, du délire se manifeste puis s'accompagne d'un sommeil prolongé et entrecoupé. Ces phéuomènes durent quelques heures et cessent brusquement. — 4° La dose plus considérable cause la mort par syncope, dans le cours de la période d'excitation, ou bien, par coma, lorsque la respiration est devenue insuffisante pour oxygéner le sang, et que les reins n'ont pu éliminer assez vite le poison. — 5° La sécrétion urinaire est augmentée tandis que celle de l'intestin est diminuée. — 6° L'action de l'hyoscyamine est la même chez l'homme et chez les animaux de laboratoire, mais chez les oiseaux aucune mydriase n'a lieu. — 7° L'administration prolongée de cette substance cause la perte de poids, la fréquence de la respiration et l'élévatiou de la température. — 8° Les troubles thoraciques et thermiques, sout causés par l'excitation du grand sympathique, favorisée par une action dépressive sur le pneumogastrique ; une influence analogue cause la dilatation pupillaire. — 9° La pupille se dilate aussi par le contact direct de la solution d'hyoscyamine avec la muqueuse oculaire, l'action commune au bout de quelques minutes et se fait encore sentir au bout de plusieurs jours. — 10° Des troubles cérébraux se manifestent chez l'homme, dès que la dose est un peu élevée ; le malade est délirant, et ses hallucinations sont semblables à celles qu'occasionne la belladone. — 11° La sécrétion sudorale est diminuée, et souvent des rashs se produisent sur la peau. — 12° L'hyoscyamine paraît avoir été employée avec succès contre l'excitation maniaque et les accès épileptiformes dans le cours des affections mentales.

11. J.-H. Arbuckle. — *De l'aspect de la rétine et de la choroïde pendant l'action de quelques médicaments.* — Depuis quelques années, on s'est appliqué à rechercher les lieus qui unissaient la circulation du sang du fond de l'œil et celle du cerveau; on a décrit des états pathologiques du nerf optique, répondant à des lésious cérébrales; aussi M. *Arbuckle* eût-il l'idée de voir quelle action les médicameuts auraient sur les petits vaisseaux de l'œil.

Les expériences ont été rigoureusemeut faites. On a choisi le lapiu à cause de la plus grande facilité d'observation : chez lui, les petits vaisseaux se détacheut sur un fond blanc nacré, dû à un épanouissement du névrilemme optique. L'animal était immobilisé, ses paupières écartées, un ophthalmoscope fixe était mis au poiut : on observait alors longuement le fond de l'œil, on le dessinait, puis, sans changer rien à l'appareil instrumental, on introduisait par voie hypodermique les substances à essayer : les expériences furent faites sur : la nicotine, l'atropine, l'aconitine, l'hydrate de chloral, le nitrite d'amyle, l'acide prussique, la strychnine, l'hyasciamine, la morphine, la picrotoxine ; plusieurs de ces substances ont été associées, enfin les agents anesthésiques ont aussi été employés.

Ces expériences ont porté sur une importante partie de la matière médicale; de leur lecture attentive on peut conclure, — ce qui s'accorde peu avec de récentes théories, — que : l'action des poisons bien évidente sur le pouls, sur la circulation de l'oreille, etc, *ne s'est jamais manifestée par un changement d'apparence du fond de l'œil.* « Même quand la mort est » survenue, pendant des convulsions, alors que l'oreille deve- » nait tour à tour violacée et pâle, on n'a noté *aucune modifi-* » *cation*, soit dans le calibre, soit dans les courbures des » vaisseaux de la rétine ou de la papille. »

Ce n'est qu'au moment de la mort que l'on a noté quelques points rétrécis dans les artérioles et l'aspect pâle de la papille. Ainsi donc, ces poisons qui agissent sur le système vaso-moteur pour la plupart, et causent des congestions et des auémies du cerveau, seraieut impuissants à provoquer le moindre trouble dans la vascularisation de l'œil. L'action du nitrite d'amyle, essayée chez l'homme par *Batler* aurait

(1) Voir le n° 19.

causé selon lui, une énorme turgescence du bouquet vasculaire de l'œil. M. Arbuckle a repris ces expériences et est arrivé à des résultats opposés : l'œil ne change pas plus chez l'homme que chez les animaux.

L'auteur n'a pas non plus trouvé de névrites optiques chez les aliénés, même chez les maniaques et les épileptiques ; dans la paralysie générale, il n'y aurait pas non plus d'altérations oculaires autres que des déviations paralytiques ; l'auteur en est encore à chercher un cas bien authentique de ces lésions; aussi conclut-il que l'examen du fond de l'œil est un moyen trompeur de diagnostic des maladies cérébrales et que les gros symptômes objectifs, rougeur de la face, état du pouls, etc., ont au contraire une grande valeur, un sérieux avantage, celui d'être à la portée de tout le monde.

12. O. Sankey. *Nouveau procédé pour étudier la structure du cerveau : son application à l'histologie du cervelet* (2 planches). *a*) L'auteur se sert d'une variété de noir d'aniline pour teindre plus facilement les préparations.

Le cerveau est coupé en tranches minces (avant d'avoir subi aucun traitement), ces tranches sont placées dans l'eau, puis on y ajoute de la solution aqueuse de noir d'aniline, de façon à donner à la liqueur le titre de $\frac{1}{2}$ %. Les préparations restent dans la teinture pendant 12 heures, elles sont alors recueillies une à une sur des lames porte-objets, classées et abandonnées à la dessiccation dans un courant d'air.

Mais les préparations sont très-épaisses, il faut les amincir, on les aplanit à l'aide d'un petit rabot spécial, on les amincit ainsi bien suffisamment pour l'étude; le reste de la préparation se fait comme d'ordinaire ; l'auteur aurait pu par ce procédé suivre très-loin des fibres nerveuses depuis leur origine cellulaire et les préparations pourraient avoir une superficie extrême (une des coupes dont il est question portait sur le bulbe, la protubérance et un des prédoncules cérébraux).

b) Si, par ce procédé, on étudie la substance périphérique du cervelet, on voit qu'une section normale du cervelet et coupant à angle droit ses lamelles montre, à une certaine profondeur. les cellules de *Purkinje* formant une couche à un seul rang; elles émettent un prolongement qui se bifurque; chacune des branches se bifurque à son tour, etc. On peut étudier des divisions de 25e ordre : toutes offrent comme particularité un certain épaississement triangulaire aux points de bifurcation ; beaucoup de ces branches se rendent à de petites cellules aplaties, circulaires déjà signalées par *Kölliker* dans la couche grise, et qui pour *Sankey* se trouvent entourées d'une atmosphère du protoplasma dans lequel se perdent les filets décrits plus haut. De ces cellules partent encore de nouveaux processus en nombre variable : on trouve aussi d'autres noyaux libres rapportés par *Meynert*, à la névroglie et par l'auteur aux rares capillaires de la région.

13. H. C. Major. *Histologie morbide du cerveau des animaux inférieurs* (planches). — Existe-t-il dans le cerveau des animaux des modifications histologiques sous l'influence des maladies, et ces altérations sont-elles comparables à celles que l'on observe chez l'homme ? telles sont les deux questions qui font l'objet de ce travail. La sénilité détermine chez l'homme des lésions atrophiques des cellules cérébrales, et comme l'a démontré l'auteur dans un des volumes précédents des W. R. A. Reports, cette atrophie s'accompagne d'un dépôt de pigment, de la perte d'un certain nombre des prolongements polaires, enfin, de lésions des capillaires et de la névroglie; le cerveau d'un chien, mort de vieillesse, présentait les mêmes lésions atrophiques, des lacunes existaient autour de ces cellules amoindries, d'abondantes granulations jaunâtres remplaçaient le protoplasma et l'on ne pouvait retrouver de noyaux; d'autres cellules, non encore dégénérées, étaient déjà dépourvues de leurs commissures : la névroglie était devenue fibrillaire, d'une texture moins délicate. L'examen du cerveau d'animaux jeunes ne dénotait aucune de ces altérations. Jamais cependant on n'a trouvé chez l'animal des dégénérescences aussi complètes que chez l'homme, peut-être faut-il voir dans ce fait un indice de l'organisation plus délicate de l'instrument de la pensée chez celui-ci ; ce qui reviendrait à dire que : quand les éléments nerveux sont moins développés et que leurs fonctions sont moins complexes, l'usure sénile doit être moins marquée.

Notons encore la parfaite intégrité des vaisseaux chez les chiens, tandis que dans la sénilité humaine les altérations vasculaires sont fréquentes. Les recherches ont porté aussi sur le cheval, le chat, toujours on a trouvé des lésions similaires, mais moins prononcées ; ces derniers animaux n'avaient, du reste, pas présenté de symptômes de dérangement mental, tandis que les chiens étudiés étaient morts dans un véritable état de démence. (*A suivre*).

VARIA

Faculté de Médecine.

Inscriptions de juillet 1876 ; — Examens de fin d'année. — Le Doyen a l'honneur de porter à la connaissance de MM. les Etudiants les dispositions suivantes relatives aux inscriptions de juillet et aux examens de fin d'année.

1° *Inscriptions.* — Le registre des inscriptions sera ouvert le lundi 3 juillet et clos le jeudi 20, terme de rigueur. Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de 9 heures à 11 heures du matin, et de une heure à 4 heures.

2° *Examens de fin d'année; — Consignations.* — Les examens de fin d'année commenceront le jeudi 6 juillet. MM. les Etudiants actuellement pourvus de 4, 8 et 12 inscriptions et qui n'ont pas subi les examens de fin d'année correspondant à ces inscriptions ou qui ont échoué à ces examens, devront consigner pour ces examens pendant le mois de juin (vendredis et samedis, de 1 h. à 4 h.) — Les élèves qui ont 3 ou 7 inscriptions devront consigner pour le 1er et le 2e examens de fin d'année, du 3 au 6 juillet, en prenant la 4e ou la 8e inscription. — Les élèves qui ont onze inscriptions devront consigner pour le 3e examen de fin d'année, du 10 au 14 juillet, en prenant la 12e inscription. — MM. les étudiants de 4e année prendront l'inscription du trimestre jusqu'au 20 juillet

Le prix de chaque inscription est de 32 fr. 50 c., plus 25 c. pour le timbre de la quittance détachée du registre à souche. — Le droit à payer pour les examens est de 30 fr., plus 25 c. de timbre.

Les consignations pour les examens de doctorat, continueront à être reçues les vendredis et samedis, de 1 heure à 4 heures, dans les conditions déterminées par l'avis affiché le 27 avril dernier.

L'administration de la Faculté rappelle à MM. les Etudiants que toute somme qui leur est réclamée, pour quelque cause que ce soit, ne doit être versée qu'à la caisse de la Faculté et en échange d'une quittance détachée du registre à souche ; elle croit également devoir leur rappeler qu'ils sont tenus, aux termes du règlement, d'inscrire eux-mêmes sur un registre spécial (carnet d'inscription ou de consignation, selon les cas), les sommes qu'ils ont versées, en indiquant exactement l'emploi auquel ces sommes sont destinées.

Paris, le 27 mai 1876. — *Signé :* A. Vulpian.

Enseignement medical libre.

Maladies des yeux. — M. le docteur Hubert, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours le 16 juin à 4 heures, à sa clinique, 11, place Saint-André-des-Arts, et le continuera les mardis et vendredis.

24. Gargarisme résolutif au tannin.

Acide tannique..................	2	grammes.
Miel rosat..........................	45	—
Infusion de roses de Provins........	150	—

Faites dissoudre.

A employer dans le cas d'angine chronique. (*Douze cents formules.*)

Mortalité a Paris. — Population, d'après le recensement de 1872. — 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 25 mai 1876, on a constaté 907 décès, savoir : variole, 5; rougeole, 21; scarlatine, 3; fièvre typhoïde, 9; érysipèle, 4; bronchite aiguë, 33 ; pneumonie, 96 ; dyssenterie, »; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5; choléra nostras, »; angine couenneuse; 9, croup, 18; affections puerpérales, 4; autres affections aiguës, 236 ; affections chroniques, 402, dont 158 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 40; causes accidentelles, 22.

Mortalité a Paris. — Population, d'après le recensement de 1872 — 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 1er juin 1876, on a constaté 964 décès, savoir: variole, 13 ; rougeole, 26 ; scarlatine, »; fièvre typhoïde, 7 ; érysipèle, 3 ; bronchite aiguë, 28 ; pneumonie, 107 ; dysenterie, 1 ; diarrhée cholériforme des enfants, 6 ; choléra nostras, » ; angine couenneuse, 15 ; croup, 20 ; affections puerpérales, 3 ; autres affections aiguës, 225 ; affections chroniques, 428 dont 166 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 38 ; causes accidentelles, 16.

Londres. — Population, 3,489,428 hab. Décès du 14 au 20 mai 1876 1,341 : variole, 1; rougeole, 41; scarlatine, 39; fièvre typhoïde, 11; érysipèle, 9; bronchite, 154; pneumonie, 85; dyssenterie 2, diarrhée, 15; choléra nostras, », diphthérie, 5; croup, 11.

Londres. — Population, 3,486,428 hab. Décès du 21 au 27 mai 1876, 1,446; variole, 3 ; rougeole, 40 ; scarlatine, 36; fièvre typhoïde, 12 ; érysipèle, 5 ; bronchite, 143 ; pneumonie, 89; dysentérie, 2 ; diarrhée, 14; choléra nostras, » ; diphtérie, 10 ; croup, 11; coqueluche, 59.

Excursion géologique. — M. St[illegible] Meunier, aide naturaliste au muséum, fera dimanche prochain, 5 [illegible] une excursion géologique à Varrèdes, Etrepilly et Pinchard. On se réunira a la gare de l'Est, où l'on prendra à sept heures cinq minutes, le train pour Meaux.

— M. Cornu fera sa prochaine herborisation pour l'étude de la récolte des cryptogames, le dimanche 4 juin, dans les bois de Meudon. Rendez-vous à la station de Meudon à l'arrivée du train partant de Paris à 11 heures.

École de Pharmacie de Paris. — La chaire de chimie organique de l'École supérieure de pharmacie de Paris est déclarée vacante. Un délai de 20 jours à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Erratum. — Dans la leçon d'ouverture de M. Vulpian, publiée dans le numéro 19 du *Progrès médical*, 6 Mai 1876, il s'est glissé une faute d'impression qu'il est important de signaler. Page 345, colonne 2e, ligne 25, au lieu de « sclérose bulbaire *en plaques* », il faut lire : « sclérose bulbaire portant sur les noyaux cellulaires. (*Rochefontaine*).

Nécrologie. Nous apprenons la mort du dr Robert Cheeve, trésorier du *Westminster hospital*, membre de *Council of King's College*, ancien secrétaire de *Clerkenwell County Court*. Cette perte sera vivement sentie par ces divers établissements qui s'empresseront, nous n'en doutons pas, de faire toutes les démarches nécessaires pour honorer la mémoire d'un homme à qui elles sont tant redevables. Pour nous, nous applaudirons à tous les efforts qui seront tentés dans ce but. M. Cheeve était à peine entré dans sa soixante-septième année. (*Medical Times and gazette.*)

Hopital et maison d'éducation pour les infirmières. — On propose de fonder à Londres une école et un hôpital pour les infirmières. Miss Nightingale demande une somme de 20.000 livres sterling et un revenu de 5.000 liv. st. pour mener à bien cette entreprise. Cette somme entretiendra constamment une centaine de lits. (*The medical Record.*

Concours pour le Bureau central. *Chirurgie*. Les épreuves d'admissibilité sont terminées. MM. Berger, Bourdon, Humbert, Marchand, Monod, Pozzi, Richelot et Terrillon ont pu prendre part aux épreuves définitives qui, d'ailleurs, sont déjà commencées. Voici la situation respective des candidats après la lecture de la composition écrite : M. Marchand, 93 points; M. Terrillon, 93; M. Berger, 91; M. Humbert, 89; M. Pozzi, 89 ; M. Monod, 87; M. Richelot, 84 et M. Bourdon, 82. Il reste encore à connaître le résultat des deux dernières épreuves. Epreuve clinique : consultation écrite.)

École de médecine de Nantes. — Sont nommés à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes : professeur d'anatomie, M. Jouon ; professeur de physiologie, M. Jousset de Bellême ; professeur de pathologie interne et pathologie générale, M. Viaud Grand-Marais ; professeur d'anatomie pathologique, M. Malherbe fils; professeur d'hygiène et médecine légale, M. Laënnec; professeur de clinique médicale, M. Malherbe père, de clinique médicale, M. Trastour; de pathologie externe et médecine opératoire, M. Montfert; de clinique chirurgicale, M. Heurtaux; de clinique chirurgicale, M. Chenantais; de clinique obstétricale et gynécologie, M. Vignard; de thérapeutique, M. Chartier; de matière médicale, M. Ménier: de botanique et de zoologie élémentaire, M. Delamarre; de chimie médicale, M. Audouard; de pharmacie, M. Pihan Dufeillay; chargé du cours de physique, M. Pellerin, agrégé des sciences physiques. — M. Laënnec, professeur d'hygiène et de médecine légale à l'école de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé, pour une période de trois années, directeur de ladite école, en remplacement de M. Pihan Dufeillay, qui est nommé directeur honoraire.

— Nous sommes heureux de trouver parmi les nouveaux professeurs deux de nos amis et collaborateurs du *Progrès médical*, MM. Jousset de Bellême et Alb. Malherbe.

École de médecine de Rennes. — Il est créé à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes : une chaire de physiologie par dédoublement de la chaire d'anatomie et de physiologie; une 2e chaire de clinique externe ; une 2e chaire de clinique interne; une chaire d'histoire naturelle et de matière médicale.

M. Lefeuvre, chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur d'anatomie à la dite école (emploi nouveau), M. Robiou-Dupont, professeur d'anatomie et de physiologie à ladite école, est nommé professeur de physiologie. M. Petit est nommé professeur de pathologie externe et médecine opératoire, en remplacement de M. Toulmouche, admis à la retraite. M. Dagot, professeur adjoint de clinique externe, est nommé professeur titulaire de la deuxième chaire de clinique externe (emploi nouveau). M. Louveau, professeur adjoint d'histoire naturelle et matière médicale, est nommé titulaire de ladite chaire. M. Regnault, professeur de thérapeutique est nommé professeur de clinique interne (chaire nouvelle). M. Pitois, professeur de pathologie interne, est nommé professeur de thérapeutique, en remplacement de M. Regnault. M. Bruté, suppléant pour les chaires de clinique et de pathologie interne et d'accouchement, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Pitois.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

Annales de gynécologie. maladies des femmes, accouchements, publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. Le Blond. Le numéro de *mai* vient de paraître. Un an . Paris 18 fr. ; Départements, 20 fr.

Librairie V.-A. DELAHAYE et Ce, place de l'Ecole-de-Médecine.

Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J.-H. Depaul ; Secrétaire de la rédaction : de Soyer. Le numéro de *juin* vient de paraître. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

Librairie GERMER BAILLIÈRE, 17, rue de l'Ecole de Médecine.

Bouchardat (A.). Nouveau formulaire magistral. 1 vol. gr in-32, de 3 fr. 50.

Luys (J.). Le cerveau et ses fonctions. In-8 de 260 p. 6 fr.

Librairie E. PLON, rue Garancière.

Lenthéric (Ch.). Les villes mortes du golfe de Lyon. In-18 de 524 p.

Farabeuf (L.-H.) — Le système séreux, anatomie et physiologie. in-.. de 118 p. avec 3 pl.

Fauvel. Traité pratique des maladies du larynx. 1 vol in-8 de 930 pages avec 144 figures dans le texte et 20 planches dont 7 en chromolithographie, 20 fr., cartonné 21 fr.

Stoicesco. Du frisson (pathogénie et nature), sa valeur séméiologique pendant l'état puerpéral; avec 35 tracés thermo sphygmographiques. In-8 de 12[illegible] p. 4 fr.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Antoine. Service de M. Mesnet, Visite à 9 h. Salle Sainte-Cécile : 4, hystérie ; 7, péritonite; 11, tumeur cérébrale; 14, rhumatisme [illegible]. 23, lésion mitrale, 23, chorée hystérique. — Salle Saint-Hilaire : 4, lésion mitrale, 7, cirrhose; 8, rhumatisme, endopéricardite et pleurésie; 10, hydro-pneumothorax; 15, pneumonie des vieillards; 26, sciatique; 23, polyurie; 27, insuffisance aortique.

Service de M. Peter. Visite à 9 h. Salle Saint-Antoine : 2, pneumonie typhoïde; 11, pérityphlite. — Salle Sainte-Adélaïde : 18, péritonite puerpérale; 24, paralysie labio-glosso-laryngée.

Service de M. Constantin Paul suppléé par M. Grancher. Visite à 9 h. 1/2. Salle Sainte-Thérèse : 1, pneumothorax; 14 pleurésie; 17, carcinôme hépatique. — Salle Saint-Louis : 7, scarlatine; 3, hémorrhagie cérébrale; 17, leucocythémie splénique; 1, rhumatisme blennorrhagique; 34, intoxication saturnine.

Service de M. Proust. Visite à 9 h Salle Saint-Eloi : 19, péritonite tuberculeuse; 24, pneumonie aigue; 31, 33, syphilis cérébrale; 36, cancer de l'œsophage. — Salle Sainte-Jeanne : 3, chlorose et hystérie; 22, pneumothorax.

Service de M. Molland. Visite à 9 h. Pavillon V : 11, fièvre typhoïde; 12, pleurésie gauche; 16, delirium tremens; 18. granulie; 27, rhumatisme articulaire aigu, péricardite; 36. érysipèle.

Service de M. Benjamin Anger. Visite à 8 h. 1/2. Salle Saint-Barnabé : 34 résection du coude; 40, phlegmon de l'avant-bras et du bras; 43, hydrocèle vaginale; 54, phlegmon gangréneux des bourses; 62, amputation des 2e 3e et 4e métacarpiens.

Service de M. Delens. Visite à 8 h. 1/2. Salle Saint-Christophe : [illegible], hygroma suppuré: 34, kyste du pavillon de l'oreille; 41, fracture de la rotule; 44, tuberculisation du testicule. — Salle Sainte-Madeleine : 14, fistule vésico-utéro-vaginale, 26, polype de l'utérus; 30, hydarthrose du coude.

Hôpital Necker. Service de M. Guyon. Salle Sainte-Cécile (F.) : 1, gomme de la langue ; 2, arthrite aigue du poignet; 7, fracture du radius [illegible], plaie de la main, ligature de l'arcade palmaire; 9, 17, cystite chronique hémorrhagique; 10, acné [illegible]; 11, fracture du péroné; 12, fracture de [illegible]; 13, fracture de cuisse; 14, hydarthrose chronique; 15, pelvi-péritonite phlegmoneuse; 16, fracture de la rotule; 18, fracture du tibia; 19, abcès du sein, pleurésie; 20, carcinome du sein.

Service de M. Potain. Salle Saint-Jean (H.) : 3, granulie; 6, pleurésie gauche; 7, gastralgie, dyspepsie; 8, goutte; 10, pleurésie droite; 12, insuffisance mitrale, rétrécissement aortique; 14, rétrécissement de l'œsophage, 21, pneumonie gauche; 26, néphrite interstitielle; 28, purpura, hémophilie. — Salle Sainte-Eulalie (F.) : 4, épithélioma du col; 6, chloro anémie, dysménorrhée; 10, perforation syphilitique du voile du palais; 14, anémie essentielle; 16, angine de poitrine; 20, atrophie musculaire progressive; 27, angine de poitrine: 29, hémiplégie gauche limitée au bras, hémorrhagie cérébrale; 30, hystérie, hémoptysies supplémentaires.

Service de M. Delpech. Salle Saint-Ferdinand (H.) : 2, catarrhe chronique, anévrysme artério-veineux du creux poplité; 9. tuberculose, pleurésie gauche, thoracentèse; 10, ulcération tuberculeuse du voile du palais; 15, pneumonie chez un vieillard; 18, albuminurie, intoxication saturnine; 25, paralysie générale comme [illegible]; [illegible], insuffisance aortique. — Salle Sainte-Anne (F.) : 1. syphilis: 5, cirrhose atrophique: 9, phlegmon du ligament large, ouverture par le rectum; 2, 3, 17, rhumatisme articulaire; 20, chloro-anémie; 23, carcinome utérin.

Le gérant : Bourneville.

VERSAILLES, — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59 RUE DU PLESSIS.

4e ANNÉE. — N° 24 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 10 JUIN 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Du cal tardif et des pseudarthroses.

Leçon recueillie par le Dr CARTAZ, ancien interne des Hôpitaux.

Messieurs,

Il n'est pas un de vous, pour peu qu'il ait suivi les services chirurgicaux des différents hôpitaux de Paris, qui n'ait eu l'occasion de voir un grand nombre de fractures, et parmi ces fractures les variétés que je pourrais nommer les plus courantes. Vous aurez pu vérifier par la vue et le toucher, les signes classiques de ces divers accidents et vous aurez jugé des méthodes de traitement qui leur sont appliquées ; sans qu'aucune d'elles diffère par le principe, elles subissent de la part des chirurgiens certaines modifications de détail qu'il est toujours bon de connaître. A côté des fractures simples, vous aurez pu voir leurs complications : il en est de plus fréquentes les unes que les autres ; telles sont les plaies communiquantes, les épanchements sanguins, etc., mais il en est d'autres qui sont heureusement plus rares et qui n'en sont pour cela que plus intéressantes à étudier : c'est une complication de ce genre qui fera le sujet de notre leçon. Je doute que beaucoup d'entre vous n'aient eu la bonne fortune d'en examiner ; aussi me pardonnerez-vous d'insister sur ce point un peu plus longuement que d'ordinaire.

Vous avez pu voir couché, au n° 5 de la salle Saint-Jean, cet homme à la face pâle, amaigrie, qui est entré le 13 avril dernier dans notre service. A diverses reprises, je vous ai montré les heureux résultats de notre traitement et ceux qui l'ont vu à son arrivée ne trouveront rien d'exagéré dans la satisfaction que nous donne son état. Son histoire est aussi longue et compliquée qu'elle est intéressante : aussi vais-je vous la rapporter dans son entier avant de vous faire part des réflexions qu'elle m'a suggérées au point de vue du pronostic et de la thérapeutique. Ce malade présente, en effet, un cas de chirurgie rare et un cas d'appréciation clinique très-important : vous allez en juger.

Cet homme, jeune (27 ans), exerce la profession d'emballeur ; sa santé a toujours été bonne et dans ses antécédents vous ne relevez que des affections aiguës et passagères, une fièvre typhoïde en 1868, une pneumonie en 1873 ; il n'est pas syphilitique et ne présente les traces d'aucune diathèse. Pour être dans le vrai, nous ajouterons qu'il est peut-être alcoolique ; je dis peut-être, car si la quantité de liquide qu'il accuse comme consommation habituelle (3 litres de vin par jour) peut nous faire soupçonner l'alcoolisme, il faut avouer que nous n'en trouvons aucun symptôme : ni tremblement, ni désordres nerveux, ni troubles digestifs, en un mot, rien. Au point de vue chirurgical, nous relèverons un accident précieux à noter : à l'âge de quatre ans, il eut une fracture de la cuisse *droite* à la partie moyenne. Cette fracture fut bien traitée et bien guérie, car il ne conserva pas la moindre boiterie ; si vous y réfléchissez, ce résultat n'a rien d'étonnant, eu égard à l'âge qu'il avait au moment du traumatisme. Vous savez tous, et je ne fais que vous le rappeler, que l'accroissement des os en longueur se fait par le cartilage interdiaphyso-épiphysaire ; tant que l'épiphyse n'est pas soudée, et elle est loin de l'être à quatre ans, un accident portant, comme celui-ci, sur le corps de l'os, n'a pu influencer cette croissance. Je ne m'arrête pas davantage là-dessus ; des travaux nombreux et notamment ceux de l'Ecole lyonnaise, ont suffisamment démontré ces faits. Cette fracture n'a donc pas laissé de traces ; le malade raconte cependant qu'il éprouvait quelques douleurs à ce niveau, seulement dans ces dernières années, par les changements de temps.

Le 17 juin 1874 cette homme reçoit sur la cuisse *droite* un choc direct qui lui fracture le fémur à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur ; il est transporté à l'hôpital. On parla à un moment d'une plaie communiquante ; il existait bien une petite plaie, mais il est douteux qu'elle communiquât avec le foyer de la fracture, car elle ne suppura pas, guérit en quinze jours et a laissé très-peu de traces ; elle adhère bien un peu aux parties profondes, mais pas comme dans les plaies osseuses. Le quatrième jour de son entrée, on lui appliqua l'attelle américaine, attelle de Boyer perfectionnée, pour déterminer l'extension et la coaptation des deux fragments ; c'est le procédé le plus simple pour les appareils de ce genre ; il resta en place pendant 42 jours. Il fut remplacé par un appareil inamovible, prenant la cuisse et la jambe, (mais n'immobilisant pas le bassin) qui resta appliqué pendant 40 autres jours. L'appareil levé, la fracture n'était pas encore consolidée ; un second appareil inamovible fut posé et laissé en place pendant un mois, mais, comme le premier, il avait le défaut de ne pas immobiliser le bassin. Au bout de 112 jours d'immobilisation (116 depuis le jour de la fracture) il n'y avait pas de consolidation.

Le chirurgien excita alors le travail de consolidation en passant un tube à drainage dans le foyer de la fracture ; au bout de quinze jours, le drain fut retiré et le malade fut placé dans la grande gouttière de Bonnet ; il y séjourna quatre mois, après lesquels la fracture n'était pas encore consolidée ; la mobilité anormale existait presque comme au premier jour.

Lassé de ces tentatives infructueuses, le malade demanda son exeat et rentra chez lui, sans aucun appareil, pendant deux mois. C'est alors qu'il fut admis à la Charité, le 13 avril 1875. Au premier abord je ne fus pas enchanté de voir un lit occupé par ce que je ne considérais guère que comme un infirme, dans un service où le nombre des lits est si restreint. Un examen plus approfondi me fit revenir de ma première impression. Son état était du reste bien propre à inspirer ces réflexions : le pied, gardant l'extension forcée, était, avec la jambe, le siége d'un œdème dur, volumineux ; l'articulation du genou droit gonflée et douloureuse, était enraidie, empâtée ; impossible de fléchir la jambe sur la cuisse. Cette cuisse avait une attitude caractéristique ; le malade reposait sur son côté externe. Le fémur offrait une déformation angulaire, en crosse, que je ne puis mieux comparer qu'à un 7 de chiffre ; cette déformation excessivement prononcée, est produite, comme vous pouvez le comprendre, par les muscles abducteurs nombreux et puissants (fessiers, etc.) qui entraînent en dehors et en haut le fragment supérieur, tandis que le fragment inférieur tombe directement et a même de la tendance à être attiré en dedans par les fibres d'attache inférieures des adducteurs. Cette déformation était telle que le pied droit était ramené presque au niveau du genou gauche. Ajoutez à cela un état de propreté peu satisfaisant, une peau couverte de squammes épaisses et grises, et vous comprendrez qu'à première vue je dusse trouver le cas peu engageant.

J'ai omis de vous signaler une affection médicale à laquelle vous pourriez rapporter le fâcheux état de cette fracture ; notre malade est sujet à des accès de coliques néphrétiques, mais, je me hâte de vous le dire, cette affection n'est qu'intercurrente, car la première attaque n'a eu lieu qu'en novembre 1874, c'est-à-dire près de cinq mois après l'accident. Je reviendrai plus tard sur l'influence pa-

thogénique de cette affection; je poursuis notre observation.

Après avoir bien examiné mon malade, me souvenant de cas de ce genre guéris par l'extension continue, je me décidai à appliquer cette méthode, après avoir ramené la cuisse à sa forme normale; j'espérais ainsi obtenir la coaptation des fragments, faire diminuer le gonflement et assurer enfin la consolidation. Le 27 avril, après vérification de la mobilité au niveau des deux fragments, de la disposition de ces fragments, je chloroformai mon malade, puis, pendant que mes aides pratiquaient une extension énergique, (manuelle) j'exerçai sur l'angle formé par les fragments une pression vigoureuse à l'aide de mes deux mains. Nous parvînmes, par ce moyen, à obtenir une rectitude à peu près complète et presque plus de raccourcissement au moment de la manœuvre; nous avons certainement déchiré des brides fibreuses, mais rien de plus, car nous avons eu la sensation de déchirure et nous avons manifestement entendu de petits craquements.

Pour obtenir l'extension continue, nous avions confectionné un appareil bien simple et bien économique, comme vous avez pu le voir. Des bandelettes de diachylon, larges d'un travers de doigt, sont collées sur la jambe depuis le genou jusqu'au pied qu'elles contournent, en ménageant un étrier, pour remonter sur le côté opposé; en en disposant une série nombreuse et superposée, en les serrant par des bandes, on obtient une adhérence intime et on peut exercer des tractions très-fortes sans que l'appareil lâche prise. A l'étrier vous attachez une corde jouant sur une poulie fixée au montant du pied du lit et portant des poids que vous variez à volonté. Une alèze passée dans l'entre-cuisse du côté opposé à la fracture et attachée à la tête du lit assure la contre-extension; il faut avoir soin de maintenir le malade, dans une position verticale, fixé par un second lac passant sous l'aisselle ou dans l'aine du côté où se fait la traction.

Je vous signalerai en passant un point qui a sa petite importance; quand un malade doit séjourner dans une position fixe pendant un temps prolongé, il est essentiel d'éviter tout froissement, toute meurtrissure de la peau pour ne pas amener d'eschares; or le linge sec, l'alèze fatigue le malade, quand on fait de la traction et qu'il y a par suite un certain degré de compression. Il faut, pour obvier à cet inconvénient, avoir soin de placer vos lacs extenseurs dans des tubes de caoutchouc; ce tube ne fait pas de plis, il roule sur les parties cutanées; il sert en quelque sorte de protecteur et, de plus, a l'avantage de ne pas se salir. Vous en trouverez une application fréquente dans les sous-cuisses de bandages herniaires et vos malades, soyez-en sûrs, apprécieront cette petite modification.

Tout étant ainsi disposé, le poids d'extension fut porté rapidement de 4 à 6 kilogr. et maintenu à peu près constamment à ce chiffre; nous avons essayé quelque temps d'en mettre 7, mais le malade supportait difficilement cette augmentation.

Dès le lendemain de l'application de cet appareil, nous avions un premier résultat; la disparition de la douleur du genou: la traction, au bout de 24 heures, fut supportée sans fatigue. Cet appareil fut renouvelé le 25 mai, puis une seconde fois le 25 juillet, et enfin enlevé définitivement le 10 septembre. A cette époque, mon collègue, M. Delens, qui était chargé du service en mon absence, trouvant la fracture en bonne voie de consolidation, jugea à propos de ne pas remettre d'appareil et on n'en a pas remis depuis.

Ainsi donc, l'extension a été appliquée d'une façon continue pendant quatre mois et demi; notre but a été atteint et nous croyons que le malade touche à sa guérison; la fracture est consolidée. Sans doute, il existe encore de l'œdème, de la raideur du genou, de l'atrophie du membre; mais n'oubliez pas, Messieurs, que la fracture date bientôt de 18 mois et si incomplet que soit le résultat définitif, en tenant compte de ces nombreuses et infructueuses tentatives, nous aurons obtenu beaucoup.

Les méthodes d'extension, appliquées longtemps, entraînent une perte relative et partielle des mouvements; ici la flexion de la jambe sur la cuisse sera diminuée, mais notre malade aura un membre utile: il marchera, alors qu'on pouvait le croire infirme pour le restant de ses jours.

Si vous reprenez maintenant, Messieurs, les détails de cette observation, vous vous demanderez tout d'abord à quelle cause pouvait être attribuée le défaut de consolidation? Je vous ai dit qu'on ne pouvait soupçonner ici aucune diathèse, ni syphilis, ni scrofule, aucun état cachectique, tel que le cancer ou l'ataxie locomotrice. Vous penserez de suite, comme je l'ai fait moi-même, à ces accès de coliques néphrétiques et cet état maladif du rein; cette diathèse uratique pourra être invoquée; ce serait vrai, si ces coliques n'étaient elles-mêmes postérieures à la fracture au lieu de l'avoir précédée. Rappelez-vous bien leur date d'apparition: cinq mois après l'accident, c'est-à-dire longtemps après qu'une fracture normale aurait dû être consolidée. Il est incontestable que c'est la fracture qui a provoqué d'une façon indirecte, c'est-à-dire par le séjour au lit, par le repos forcé, par l'inaction et les troubles nutritifs consécutifs, qui a déterminé, dis-je, l'apparition de ces attaques. Sans doute il est possible que le malade fût prédisposé et bien qu'il n'ait jamais éprouvé de coliques néphrétiques auparavant, il était peut-être en puissance de diathèse uratique et avait de la gravelle, sans s'en être jamais aperçu. Ainsi donc les coliques n'ont été que secondaires et ne peuvent être mises en cause pour cette absence de consolidation. Du reste, à mesure que nous nous éloignons du jour de l'accident, par conséquent que le malade a un séjour au lit de plus en plus prolongé, nous voyons les coliques se répéter plus souvent et malgré cela la consolidation s'obtenir, quand un appareil convenable a été appliqué.

Cette difficulté que nous avons de relever la cause de ce retard de consolidation se présente bien souvent dans des cas semblables; on ne peut pas dire sûrement pourquoi telle fracture mettra un temps exceptionnellement long à se guérir. Mais, à défaut de causes générales, on trouve dans l'immense majorité des cas que ce retard tient à des dispositions anatomiques propres à la fracture. Il est certain, et vous pourrez en voir des faits probants, que les causes générales (maladies graves, variole, fièvre typhoïde, scorbut, etc.), peuvent retarder la solidification du cal; la grossesse a été accusée de ces retards et vous pourrez en lire une remarquable observation publiée par le Dr Dupuy dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, 1853. La syphilis a une influence positive; elle agit, non pas par la cachexie qu'elle amène quelquefois, ainsi que le croit Follin, mais à titre de simple diathèse; ce n'est pas à dire que tout syphilitique qui se casse un membre, ne puisse guérir aussi bien qu'un autre, mais on a observé plusieurs cas où le retard était dû à la vérole, et où l'institution d'un traitement approprié a fourni des résultats aussi heureux que rapides.

Sans nous étendre davantage sur ces recherches étiologiques, que vous trouverez exposées tout au long dans vos traités de pathologie externe, je vous répète qu'en général les fractures qui se consolident lentement ou qui ne se consolident pas du tout, ont des dispositions anatomiques qui gênent ou empêchent la consolidation; telles sont l'écartement, l'obliquité des fragments, l'interposition d'un faisceau musculaire ou aponevrotique.

Il faut donc en premier lieu se poser la question suivante: comment est disposée la fracture? Seulement comme, au premier abord, on ignore si la fracture se consolidera ou non, on ne songe à cette investigation soigneuse que lorsqu'on a un retard dans la consolidation. La chose se comprend d'elle-même; vous êtes en présence d'une fracture, vous la réduisez, les fragments paraissent bien juxtaposés; vous appliquez un appareil pendant le temps voulu; rien ne peut vous faire supposer une complication quelconque: aussi n'est-ce qu'au moment de la levée de l'appareil, quand vous verrez la fracture non consolidée, que vous y songerez. Vous chercherez quelle disposition

anormale a pu empêcher la formation du cal et souvent vous ne trouverez rien ; c'est qu'en effet, alors même qu'elles existent, ces dispositions peuvent n'avoir rien de saillant à la vue, au toucher, rien d'appréciable à l'exploration. Si enfin vous ne trouvez rien de particulier, vous pourrez donner carrière à l'investigation du côté d'une cachexie, d'une diathèse quelconque.

Dans le cas présent, quelle a été la cause de la non-consolidation? J'ai peine à répondre pour deux raisons. La première, c'est que le malade avait quitté l'hôpital depuis deux mois quand je l'ai vu pour la première fois ; par conséquent son séjour à son domicile, sans secours, sans appareil, implique une certaine réserve ; la seconde, c'est que je n'ai pas vu le malade au début, c'est-à-dire dans les premiers jours à partir de l'accident. Néanmoins et en tenant pour fondé tout ce qu'il nous a raconté et tout ce que nous avons pu apprendre sur lui, je dirai que la cause probable, malgré l'application d'appareils très-opportuns, est une contention inexacte, insuffisante. Le premier appareil inamovible n'est resté en place que 42 jours, ce qui n'est pas très-long pour une fracture de cuisse en un point élevé ; de plus, cet appareil ne comprenait pas le bassin, ce qui est une erreur ; il était rare autrefois de comprendre le bassin dans l'appareil immobilisateur, mais c'était une faute et les résultats s'en ressentaient. Aujourd'hui pour les fractures élevées du fémur, on prend le bassin et tout le membre inférieur; on est ainsi plus sûr d'éviter des mouvements au niveau de la fracture : c'est du reste ce principe qui a conduit Bonnet à imaginer sa gouttière.

J'ajouterai, pour ne rien omettre, que la santé de ce malade n'était pas brillante, comme le prouve l'apparition ultérieure de ces accidents rénaux et qu'elle a dû influencer également un peu la formation du cal ; mais c'est surtout, je crois, parce que la contention était mal faite. Au deuxième appareil, la même faute a été commise : pas d'immobilisation du bassin ; de plus, on avait perdu du temps ; on avait par suite allangui le malade ; il fallait redoubler d'attention et faciliter, par tous les moyens, la restauration.

Quand cet homme nous est arrivé, il était lassé, fatigué ; je vous ai déjà décrit son état ; ce qui m'engagea à essayer encore ces moyens simples après toutes ces tentatives infructueuses, c'est que le cal n'était pas formé, c'est que le membre n'était pas fixé dans cette position vicieuse ; il y avait bien une certaine fixité des fragments, mais peu marquée, comme vous avez pu en juger pendant nos manœuvres de redressement; aussi pensai-je avoir affaire à un retard de consolidation et non à une *pseudarthrose*. Vous remarquerez, Messieurs, que c'est la première fois que je prononce ce mot à propos de ce malade ; c'est que je crois en effet, et les résultats de notre intervention nous permettent aujourd'hui de l'affirmer, que nous n'avons pas eu ici une pseudarthrose, mais simplement une consolidation retardée. La distinction est capitale, quoiqu'elle ne soit pas établie par tous les auteurs ; la pseudarthrose ne relève plus que d'opérations actives (corps irritants, sutures, résections, ostéotomie, etc.); pour ma part j'ai vu deux amputations pratiquées pour des pseudarthroses ; la thérapeutique diffère complétement pour un retard de consolidation qui ne réclame que des moyens moins dangereux. Malheureusement le diagnostic entre ces deux affections est loin d'être établi sur des règles immuables; le plus souvent, pour se guider, le chirurgien n'a que le plus ou moins long espace de temps qui s'est écoulé depuis le moment de la fracture : « Je ne me dissimule pas, dit Malgaigne (1) qu'il y a quelque arbitraire à admettre comme de simples fractures en retard toutes celles qui ont pu guérir sans opérations et à circonscrire ainsi les pseudarthroses par la nécessité de recourir à la médecine opératoire, et cela n'est point d'accord avec les idées généralement admises. Mais, je le répète, la difficulté du diagnostic différentiel est telle qu'elle ne m'a point paru pouvoir être tranchée autrement.

(1) *Traité des fractures et des luxations*, p. 207.

Les pseudarthroses se réduisent à trois variétés, on pourrait même, à la rigueur, n'en admettre que deux :

1re Variété : Les deux extrémités de l'os sont réunies par un intervalle fibreux, le cal rotulien, par exemple ; c'est la pseudarthrose fibreuse.

2e Variété : Des liens fibreux entourent une espèce de cavité avec pseudo-synoviale qui dessine une fausse articulation ; c'est une pseudo-diarthrose.

3e Variété : Les fragments sont tellement séparés qu'ils n'ont plus de liens, plus de relations directes. J'avoue que je n'en connais pas d'exemple.

Comme vous le voyez, la pseudarthrose est un état définitif, tant qu'on n'y remédie pas ; le retard de consolidation est au contraire un accident, et ne constitue pas une infirmité comme la pseudarthrose. Je vous ai dit ce qui me faisait diagnostiquer le retard, à savoir la mobilité moyenne, le rapprochement entre les deux fragments, la résistance à la réduction indiquant l'ébauche d'un cal, mais d'un cal insuffisant. Aussi avant d'avoir recours aux méthodes sanglantes, dont on avait déjà usé prématurément et intempestivement, à mon sens, par l'introduction d'un tube à drainage dans le foyer de la fracture, je voulus essayer d'un moyen plus simple, et le résultat que nous avons aujourd'hui n'est dû qu'à l'emploi de l'extension continue ; il va sans dire que, pendant tout ce temps, nous avons combattu les coliques néphrétiques et prévenu de notre mieux la formation des calculs. Cette extension a-t-elle agi d'une façon spéciale? Non, Messieurs; mais elle a agi d'une façon constante et elle a maintenu les fragments dans une coaptation parfaite qui n'aurait pu être obtenue avec aucun autre appareil, car vous n'oubliez pas qu'il fallait vaincre les raideurs fibreuses et musculaires et les déformations qu'elles entraînaient.

L'extension nous a donné une guérison solide, tout simplement parce que les deux fragments ont été unis et maintenus au contact. La disparition de l'œdème et l'amaigrissement vous permettront de bien voir la disposition légèrement anguleuse des fragments ; étant donnés la position primitive, l'intervalle d'une année entre le moment de l'accident et le jour où nous l'avons vu pour la première fois, il était impossible d'obtenir un cal parfaitement régulier et droit; mais le raccourcissement est très-peu prononcé et le malade remédiera sans la moindre difficulté à ce petit inconvénient par un simple talon élevé.

Je ne vous ai rien dit, Messieurs, des fausses articulations, des pseudarthroses ; c'est avec intention, car je crois qu'en clinique, on doit s'en tenir aux faits tels qu'ils sont, tels qu'ils se présentent et n'en pas sortir. Il n'y avait ici qu'un retard de consolidation, je ne vous ai entretenu que de cette question; c'est pour cela que je me suis permis de critiquer, sans mauvaise intention, bien entendu, le passage d'un séton au bout de quatre mois. Je comprends le but que s'est proposé le chirurgien, but qui n'est pas irrationnel ; aussi mes critiques s'adressaient-elles non au procédé, ni à son emploi, mais au *moment* de son emploi. C'était trop tôt pour avoir recours à cette méthode; elle n'était indiquée ni par le temps écoulé depuis l'accident, ni par la disposition anatomique du cal. Tout au plus aurait-on pu recourir au frottement des fragments, méthode qui, soit dit en passant, est plus facile à énoncer qu'à exécuter.

Si notre malade avait continué à rester chez lui, s'il avait pris des béquilles, s'il avait marché, il est incontestable qu'au bout d'un an, deux ans, il aurait fini par avoir une pseudarthrose véritable ; la déformation se serait de plus en plus prononcée, l'atrophie aurait augmenté et d'un simple retard il serait arrivé à la pseudarthrose. Aussi n'est-ce en somme, dans tous ces cas, qu'une question de diagnostic, mais de diagnostic délicat, difficile et surtout important, car le choix des moyens en découle naturellement et ces moyens sont loin d'être aussi inoffensifs les uns que les autres.

— Le malade qui fait le sujet de cette leçon fut soumis à des bains répétés, au massage du membre et à la faradisation des muscles enraidis et atrophiés. Les muscles de la

jambe et du pied se montrèrent rapidement sensibles à l'excitation électrique ; le triceps fémoral ne donnait qu'une réaction obscure. Le genou et le cou-de-pied commençaient à s'assouplir et à exécuter des mouvements déjà étendus ; l'œdème avait disparu ; le cal était parfaitement solide et des explorations répétées et attentives témoignaient de cette solidité. Quoique le malade ne pût encore se servir de son membre pour supporter le poids du corps, il se levait depuis plus d'un mois, marchait avec des béquilles, s'asseyait facilement et était sur le point de quitter l'hôpital lorsqu'à la suite d'attaques subintrantes de coliques néphrétiques, il fut pris subitement d'anurie absolue dans les derniers jours de janvier dernier 1876). Il succomba au bout de cinq jours de cet état et malgré les démarches les plus pressantes, toute recherche nécropsique nous fut interdite. Malgré cette lacune, le fait clinique garde toute sa valeur ; l'exactitude du diagnostic et l'efficacité du traitement demeurent incontestables. Il est seulement à regretter qu'on n'ait pu constater : d'une part la cause directe de l'anurie qu'on peut rationnellement attribuer à une double pyélite calculeuse, d'autre part l'état du cal et les dispositions anatomiques qui auraient pu expliquer le long retard de la consolidation. (Note de M. Trélat.)

MALADIES DES OREILLES

De la myringodectomie;

Par le Dr **C. MIOT** (1).

CHAPITRE III.

Art. V. Des accidents et suites de la perforation.

La perforation du tympan a été accusée à tort de causer une inflammation aiguë de la caisse susceptible d'envahir les parties voisines et d'entraîner la mort. Pour déterminer des accidents de cette nature, il faut employer un procédé bien défectueux puisque les praticiens ont eu recours à cette opération un grand nombre de fois sans en avoir eu un seul à déplorer. Les suites de la perforation sont simples dans le plus grand nombre des cas. Je vais indiquer les principales.

Douleur. La douleur dépend beaucoup du procédé employé et de la sensibilité du tympan moins développé à l'état pathologique qu'à l'état normal. En général, elle est beaucoup plus aiguë lorsqu'on emploie un emporte-pièce ou un caustique qu'un bistouri très acéré. Il n'est donc pas surprenant qu'on puisse inciser cette membrane dans toute sa hauteur sans causer une souffrance trop vive. Elle est de si peu de durée dans les myringites aiguës avec collection liquide dans la caisse que le malade la sent à peine. Le soulagement est immédiat.

Légère dans les collections de pus ou de muco-pus (inflammation chronique, forme humide), elle est variable, mais plutôt intense dans l'épanchement sanguin et l'oblitération de la trompe. Il survient parfois après l'opération des douleurs vives et prolongées et une inflammation suppurative de la caisse.

Syncope. Signalée comme fréquente par Kramer, elle est plus rare depuis l'emploi du bistouri. Elle est surtout à craindre chez les malades très-nerveux, auxquels on rend compte de l'opération qu'on va pratiquer. J'ai vu trois malades, dont deux médecins, avoir dans ces conditions une syncope assez prolongée à la suite d'une simple ponction faite avec un bistouri très-acéré. Il n'y eut cependant aucun désordre grave puisque la perforation dans les trois cas se cicatrisa par première intention.

Epanchement sanguin. L'écoulement qui se produit après l'opération est trop peu abondant pour y attacher la moindre importance.

Il procure un grand soulagement dans les cas d'hypérémie du tympan et du conduit. L'extravasation, qui a parfois lieu dans les couches du tympan au moment de l'opération ou immédiatement après, est très-faible. La résorption du liquide se fait au bout de quelques jours et n'offre pas d'inconvénient.

Après l'opération, le malade peut ressentir d'autres symptômes qu'il est utile de signaler. Il y a une sensation de brûlure, de cuisson et même une douleur très-vive au fond de l'oreille au moment où l'air insufflé dans la caisse s'échappe par la perforation. Dans d'autres cas, le malade a une sensation d'oreille pleine, bouchée, de chaleur incommode au fond du conduit et une résonnance anormale de sa propre voix.

Article VI. Des moyens de maintenir la perforation béante.

S'il est souvent inutile de maintenir la perforation béante, comme dans les collections liquides de la caisse, les adhérences du tympan, la rétraction du tendon réfléchi du muscle tenseur du tympan. Il y a des cas (oblitération de la trompe, sclérose sans épaississement du tympan) où l'audition ne persiste que lorsque l'ouverture artificielle ne s'oblitère pas.

Les expériences de Scarpa et de Valsava, citées dans l'ouvrage de Sabatier (1) ont prouvé qu'il était impossible d'obtenir ce résultat. Ce dernier, après avoir perforé les tympans de plusieurs chiens et les avoir tués quelque temps après, a trouvé toutes les incisions refermées.

Les praticiens, de leur côté, quel que soit le procédé employé ont toujours vu la perforation se cicatriser. Je vais, quoi qu'il en soit, indiquer brièvement les divers moyens essayés pour obvier à ce résultat.

On a songé, depuis longtemps, à empêcher la cicatrisation 1° en plaçant entre les bords de l'ouverture une corde à boyau à demeure (Saissy), ou un bourdonnet de coton, (Jearsley) : 2° en dilatant l'ouverture avec des bougies (Stard, Philipeaux) ; 3° en plaçant à demeure, dans cette ouverture, un œillet en caoutchouc durci (Politzer), un œillet métallique (C. Miot), une canule métallique (Bonnafont).

Lorsqu'on veut placer une corde à boyau ou un corps susceptible de se dilater, comme l'éponge préparée et la laminaria digitata, on a soin de choisir ce corps de grosseur proportionnelle à l'incision en tenant compte de l'augmentation du volume, car la dilatation trop grande causerait des douleurs intenses et une inflammation suppurative de la caisse.

Pour la corde à boyau, par exemple, on prend avec les mors de la pince (2) (p. 19) un bout de cette corde d'un centimètre de longueur environ par une de ses extrémités, et après avoir suffisamment éclairé le conduit, on l'introduit dans la perforation en le faisant pénétrer d'un millimètre environ dans la caisse.

On maintient cette corde en place en disposant autour d'elle de petits bourdonnets de coton.

Cette petite opération doit être renouvelée une ou deux fois par jour, en ayant soin d'enlever préalablement le pus si c'est nécessaire, au moyen d'une injection d'eau tiède ou d'un peu de coton fixé au bout d'une tige coudée à angles obtus.

Si on préfère employer l'éponge préparée on en taille un morceau en forme de cylindre ou de cône et on le dispose de la manière indiquée pour la corde à boyau. Le coton roulé en forme de cylindre et introduit suivant les indications données peut aussi être employé à l'exemple d'Itard et de Philipeaux. On peut encore empêcher la cicatrisation de l'ouverture tympanique en y introduisant tous les jours d'abord, tous les deux jours ensuite, puis tous les 5, 10 ou 15 jours une bougie en gomme ou une tige quelconque plus ou moins grosse suivant la grandeur de l'ouverture.

Seulement, ce procédé, malgré ses avantages réels, en astreignant le malade à venir souvent chez le médecin, a l'inconvénient d'être difficilement applicable dans la pratique. Philipeaux, prévoyant cette objection, ajoute qu'un

(1) Voir les nos 13, 14, 15, 20, 21, 22, 23.

(1) *Traité d'anatomie*. Tome II, p. 186.
(2) *Instruments nouveaux*, du Dr C. Miot. Brochure Galante. Paris, 1869

malade intelligent peut lui-même dilater l'ouverture de son tympan. Donner ce conseil à un malade c'est l'exposer à des manœuvres imprudentes, capables de causer une inflammation suppurative aiguë de la caisse.

Le Dr Politzer a cherché à maintenir dans l'ouverture un œillet en caoutchouc durci. Moi-même je procède de la manière suivante; après avoir fait une incision linéaire sur la partie postéro-moyenne du tympan, je saisis un œillet métallique de 3 millimètres et demi à quatre millimètres de longueur avec la pince indiquée (p. 60), dont un des mors est introduit dans sa cavité. Lorsqu'une des rondelles a franchi la perforation, j'écarte les branches de la pince et la retire doucement.

L'appareil est resté à cheval sur le bord inférieur de la perforation. Pour le fixer, on dispose de petits bourdonnets de coton autour de la partie qui fait saillie. Lorsque les lèvres de la plaie se resserrent, la rondelle située dans la caisse empêche l'appareil de sortir de l'orifice.

Après de nombreux essais, j'ai renoncé à l'emploi de ce petit appareil pour les raisons suivantes. Il détermine des inflammations suppuratives de la caisse. Maintenu en place pendant un temps très-long, 3 mois par exemple, pendant lesquels l'audition est sensiblement améliorée, il est chassé de l'ouverture à la suite d'une expiration forcée ou d'une nouvelle poussée inflammatoire. Le canule employée par M. Bonnafont a tous les inconvénients que j'ai signalés à propos des œillets en caoutchouc durci ou en métal.

Le contact de tous ces corps étrangers a l'inconvénient de causer une inflammation vive de la muqueuse de la caisse et une suppuration dont la durée est parfois assez longue. Comme on refoule souvent le tympan en plaçant des corps étrangers, il peut se former entre le tympan et certaines parties de la caisse des adhérences qui n'empêchent pas la cicatrisation de la plaie, mais qui immobilisent la partie correspondante de la membrane. De plus, pendant tout le temps que l'appareil reste en place, il survient, à des époques variables, des douleurs névralgiques trop souvent intolérables, produites par l'inflammation du tympan et de la caisse.

Depuis quelque temps, je suis parvenu à maintenir parfois la perforation béante en faisant, perpendiculairement aux fibres rayonnées dans les parties les plus distendues de la membrane telles que celles qui correspondent aux triangles lumineux, une incision de 4 à 5 millimètres de longueur. Pour arriver à ce résultat, il faut que les lèvres de la plaie ne deviennent pas sanguinolentes, ce qui donne à supposer que la couche muqueuse, dans ce cas, est très-atrophiée. Quelquefois aussi j'ai obtenu une perforation béante en y introduisant, pendant quelques jours consécutifs, une tige garnie d'une mince couche de coton fortement tassé et trempé dans une solution de sous-acétate de plomb.

Jusqu'ici, toutefois, on n'est pas plus parvenu à maintenir à demeure un corps étranger dans le tympan, qu'à obtenir une perforation permanente; et les résultats publiés à cet égard doivent être rangés au nombre des faits exceptionnels.

CONCLUSION.

Après avoir donné un aperçu rapide des travaux de mes devanciers sur la perforation artificielle du tympan, j'ai fait une étude assez longue des indications et des contre-indications de cette opération, parce que je suis persuadé que la plupart des insuccès dont elle a été suivie jusqu'à ce jour doivent être attribués à l'ignorance des conditions nécessaires pour assurer le résultat, à un examen insuffisant ou à des erreurs de diagnostic.

Le point difficile était de bien définir les cas favorables, de donner la nomenclature complète de ceux où la réussite est impossible ou incertaine et de faire connaître ensuite au praticien encore peu expérimenté, les moyens de reconnaître les uns et les autres. Je me suis efforcé d'atteindre ce but sans autre parti-pris que celui de la recherche de la vérité. M'appuyant sur les ouvrages publiés jusqu'à présent et sur un grand nombre d'observations personnelles parmi lesquelles j'en ai choisi 72, j'espère avoir démontré que la myringodectomie doit être pratiquée :

1° Dans les collections liquides renfermées dans la caisse. 2° Dans l'oblitération de la trompe. 3° Dans les épaississements du tympan. 4° Dans la tension normale du tympan (rétraction réfléchie du muscle tenseur du tympan).

En ce qui concerne les modes opératoires, je les ai successivement étudiés et expérimentés. C'est seulement après plusieurs années de pratique que j'ai donné la préférence à la myringodectomie simple ou multiple.

J'aurais voulu pouvoir indiquer dans ce mémoire le moyen de maintenir la perforation artificielle du tympan béante, mais j'ai le regret de constater que mes tentatives n'ont pas toujours été couronnées de succès et que j'ai rarement obtenu ce résultat.

Si j'ai insisté sur l'innocuité de cette opération, faite avec discernement et suivant les règles indiquées plus haut, c'est afin de combattre la crainte qu'elle inspire encore à un grand nombre de médecins et de malades. Convaincu des services qu'elle a rendus et rendra surtout dans un avenir prochain, je ne regretterai ni les longues recherches, ni les nombreuses observations que ce travail a exigées s'il contribue à assurer à la myringodectomie la place qui lui appartient dans la pratique chirurgicale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

b 428

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. CHARCOT.

XIe LEÇON. — **Influence des altérations hépatiques sur la formation et l'élimination de l'acide urique** (1).

(Résumé de la leçon du 5 mai.)

Messieurs,

Pour en finir avec les considérations de *physiologie pathologique* dans lesquelles je me suis engagé à propos du foie, je dois entrer dans quelques détails relativement à l'influence que paraissent avoir certaines lésions hépatiques sur la formation et l'élimination de l'acide urique et aussi relativement à ce qu'on appelle la *fonction glycogénique*.

I. Je commencerai par ce qui concerne l'*acide urique*. Je vous montrais, Messieurs, dans la précédente leçon comment, à en juger d'après l'ensemble des faits pathologiques et d'après quelques faits de l'ordre expérimental, le foie paraît être le principal laboratoire où s'effectue le travail de désassimilation des matières albuminoïdes. Le grand produit de ce processus complexe, chez les mammifères, c'est l'urée, substance éminemment soluble qui, chez l'homme sain, est représentée chaque jour, dans l'excrétion urinaire, par le chiffre de 20 à 30 grammes.

Mais l'urée n'est pas, vous le savez, le seul produit formé dans ce processus de la désassimilation azotée. Il convient de tenir compte de l'*acide urique*, substance qui appartient chimiquement et physiologiquement à la même série que l'urée, moins oxydée que celle-ci et moins soluble.

Vous n'ignorez pas non plus que l'excrétion de l'acide urique, pour les 24 heures, est représentée seulement, chez l'homme bien portant, par le chiffre comparativement minime de 0 gr. 50 environ dans les 24 heures. Toutefois, l'acide urique est appelé dans de certaines circonstances pathologiques — c'est là le point de vue qui nous attache particulièrement, — à jouer un rôle important. Il me suffira, pour fixer votre esprit à cet égard, de citer, à titre d'exemple, la *goutte*, j'entends la goutte véritable, dans laquelle l'acide urique, sous forme d'urate de soude, s'accumule dans le sang et figure, comme élément essentiel, dans toutes les productions pathologiques qui relèvent de cette maladie.

En quoi ce grand facteur de la goutte, l'accumulation de l'acide urique dans le sang, ou, ainsi qu'on l'appelle encore, la *lithémie* ou l'*uricémie* (2) a-t-il rapport au fonctionnement du foie? C'est ce que nous devons rechercher maintenant.

A. La théorie que nous avons soutenue au sujet de la formation de l'urée, nous pouvons la reproduire à propos de la formation de l'acide urique et l'étayer sur des arguments de même ordre.

En premier lieu, il convient de faire ressortir que l'acide

(1) Voir les nos 13 à 23.

(2) L'appellation très-appropriée d'*uricémie* a été proposée pour la première fois, je crois, par M. le professeur Vulpian.

urique de même que l'urée, existe dans le sang des mammifères à l'état normal, bien que en quantité fort minime. L'analyse chimique décèle sa présence dans le foie non plus en proportion minime, mais en proportion notable. C'est là un fait mis en lumière par MM. Cloetta, Scherer Stokvis depuis longtemps et, plus récemment, par M. Meissner dans le travail que je vous ai déjà indiqué. Sans doute, le foie n'est pas le seul viscère où l'acide urique ait été rencontré. Maintes fois, par exemple, on a signalé sa présence dans la rate; mais, c'est dans le foie seul qu'il paraît se trouver en assez forte proportion et d'une façon constante.

C'est principalement chez les animaux comme les oiseaux, où l'excrétion d'acide urique remplace en quelque sorte celle de l'urée, que l'existence normale de cette substance, dans le foie, est le plus facile à démontrer. On doit à M. Meissner, sur cette question, une série de recherches intéressantes. Dans un cas, le chiffre de l'acide urique trouvé chez le poulet a été de 0 gr. 31 pour 500 gr. de foie et, dans un autre, de 0 gr. 14 sur 298 gr. C'est là, vous le voyez, Messieurs, un chiffre élevé, si l'on considère surtout que les autres organes, les muscles en particulier et les poumons, n'ont pas présenté de traces d'acide urique.

α. Dès maintenant, vous constatez que le foie paraît désigné comme l'un des principaux foyers de la production de l'acide urique. Cet acide se trouve là en même temps que l'urée et, j'ajoute ceci en passant, que plusieurs autres produits de la désassimilation azotée, entre autres l'hypoxanthine, la xanthine, la leucine, sans compter l'urée elle-même. Il est remarquable que la créatinine qu'on rencontre dans les muscles (suc musculaire), fasse défaut dans le foie. La tyrosine, contrairement à ce qui a lieu pour la leucine, n'existe pas dans le foie normal. Elle paraît être décidément un produit de désassimilation pathologique ou encore un produit cadavérique (Radjewesky) (1).

β. Mais nous ne devons, quant à présent, nous occuper que de l'acide urique. Recherchons donc ce que nous enseigne la pathologie hépatique en ce qui concerne la formation de cette substance.

J'invoquerai tout d'abord le cas accentué de la goutte que je signalais tout-à-l'heure. L'acide urique accumulé dans le sang, ainsi que je le rappelais et comme l'ont établi les investigations de M. Garrod, exerce là une action prédominante. C'est pour ainsi dire la matière de la maladie (*materies morbi*). De plus, on le retrouve dans toutes les altérations locales goutteuses, à titre d'élément essentiel. Permettez-moi d'entrer à cette occasion dans quelques développements bien propres à frapper votre esprit.

1° Dans la goutte articulaire, la lésion locale est caractérisée par la présence, sous forme cristalline, de dépôts d'urate de soude dans l'épaisseur des cartilages diarthrodiaux. Cette infiltration uratique des cartilages ne se voit pas seulement dans la goutte chronique, elle existe dans la goutte aiguë, dès le premier accès, suivant la remarque de Garrod. Après le cartilage, les ligaments, le tissu cellulaire sous-cutané, les gaines tendineuses, la peau elle-même, subissent les infiltrations d'urate de soude qui se dessinent sous l'aspect de *tophus* et produisent alors les déformations caractéristiques tout-à-fait différentes de celles qui prennent naissance en conséquence de l'arthrite sèche. Le cartilage et la peau de l'oreille externe sont des points où se dépose souvent l'urate de soude qui se présente, en pareille circonstance, sous l'apparence de petites concrétions blanches, particularité qu'on utilise fréquemment pour le diagnostic.

2° L'urate de soude se rencontre encore chez les goutteux sous forme concrète dans les viscères, sur la face interne de l'aorte, dans l'épaisseur des valvules du cœur, dans l'intérieur du rein, et même dans les feuillets de la dure-mère spinale, ainsi que l'a vu il y a peu de temps M. Ollivier (2).

Je n'insiste pas, c'en est assez pour mettre en évidence le rôle remarquable de l'urate de soude dans la pathologie de la goutte et des accidents goutteux.

γ. Il s'agit maintenant de s'assurer si le foie participe à ce drame morbide et en quoi il y participe. Je ne sache pas qu'on ait, jusqu'ici, décrit des altérations anatomiques du foie particulières chez les goutteux. Mais nous possédons un certain nombre de documents, peu remarqués, il est vrai quant à présent, et mentionnant dans la goutte l'existence de lésions hépatiques fonctionnelles assez accusées.

Ainsi, la plupart des bons auteurs qui ont écrit sur la goutte n'ont pas manqué de citer la présence, à titre d'accident prémonitoire des accès de goutte, d'une tuméfaction passagère du foie, marquée par le développement de l'hypochondre droit et les signes ordinaires révélés par la percussion et la palpation. M. W. Gairdner, dans son *Traité de la goutte* (p. 171), est, sous ce rapport, très-explicite. Scudamore (1), d'ailleurs, avait déjà fait cette observation et il relate un cas dans lequel pendant trois mois l'accès de goutte avait été précédé par une tuméfaction du foie, accompagnée de troubles dyspeptiques très-prononcés. Dans une bonne dissertation sur la goutte (2), M. Galtier Boissière rapporte comment il a maintes fois observé sur lui-même, cet accroissement temporaire du volume du foie qui prélude aux accès.

La répétition fréquente de ces hypérémies périodiques semble pouvoir, à la longue, occasionner une tuméfaction permanente qu'il n'est pas très-rare d'observer chez des sujets atteints de goutte chronique, ainsi que l'ont fait remarquer Scudamore et M. Galtier Boissière.

Or, Messieurs, cette tuméfaction, cette lésion fonctionnelle hépatique, prodrôme des accès, coïncide avec un autre phénomène qui lui donne une signification particulière. Je veux parler de l'accroissement de la proportion de l'acide urique dans le sang qui, suivant les recherches de M. Garrod, commence à se produire dans la période qui précède l'apparition des accès de goutte. C'est, remarquez-le bien, seulement dans les cas de goutte invétérée que l'uricémie existe d'une façon permanente. Dans les cas ordinaires, l'accumulation pathologique d'acide urique, cliniquement révélée par le procédé du fil, s'observe pendant la durée de l'accès et s'efface dans les intervalles. Il est vraiment digne d'attention de voir que cette accumulation s'accentue déjà quelques jours ou plusieurs semaines avant l'accès, c'est-à-dire dans le temps même où se produit l'hypérémie hépatique prémonitoire sur laquelle j'insistais il y a un instant. Il n'est pas possible de ne point reconnaître, après tout ce que je viens de dire, l'existence d'une relation entre les deux phénomènes. Selon toute probabilité, c'est en conséquence de la lésion fonctionnelle du foie que l'acide urique, formé là en excès, s'accumule dans le sang et la saturation qui se produit ainsi, à un moment donné, paraît contribuer à provoquer le développement de l'accès.

Cette production exagérée d'acide urique se fait-elle dans la goutte aux dépens de celle de l'urée, c'est ce qu'on ne saurait décider actuellement, faute de recherches positives à cet égard.

Sans méconnaître le rôle du foie dans la production de l'uricémie des goutteux, rôle qui a été très-ingénieusement mis en relief « *gout, like diabetes, is the result of a fonctionnal derangement of the liver* » (*loc. cit.*, p. 71), par M. Murchison dans ses intéressantes leçons sur les lésions fonctionnelles du foie, il faudrait se garder de l'exagérer. Une condition spéciale favorise dans la goutte l'accumulation de l'acide urique dans le sang, c'est l'existence ordinaire en pareil cas d'un vice fonctionnel du rein qui, ainsi que l'a établi M. Garrod, a pour effet de maintenir au-dessus de la normale, d'une manière habituelle, le taux de l'acide urique excrété, non seulement dans le cours des accès de goutte, mais encore dans leurs intervalles. Il importe de tenir compte de ces deux facteurs qui, agissant en quelque sorte en sens inverse, concourent cependant vers le même but.

δ. Il est un chapitre appartenant aussi à l'histoire de la goutte où le rôle du foie dans la production de l'uricémie peut encore, ce me semble, être bien mis en relief. Je veux parler de la goutte saturnine. Vous n'ignorez pas que la goutte tophacée la plus accentuée, en dehors de toutes les conditions classiques qui l'engendrent chez les gens aisés, peut survenir chez les saturnins par le fait même de l'intoxication dont ils souffrent. Or, on sait, d'un côté par les travaux de M. Garrod, que l'acide urique s'accumule facilement dans le sang chez les saturnins alors même qu'ils ne sont pas à proprement parler atteints de goutte et l'on sait, d'autre part, que chez eux le foie dont le parenchyme est imprégné de plomb fonctionne d'une façon anormale. Ajoutons que, d'après les recherches de M. Garrod, les préparations saturnines auraient pour effet de partager en partie la fonction éliminatrice du rein à l'égard de l'acide urique, et nous aurons énuméré un concours de circonstances bien propres à expliquer le développement relativement fréquent de la goutte chez les saturnins (3).

(1) *Centralblatt*, 1866, p. 405.
(2) Communication orale.

(1) *Traité de la goutte et du rhumatisme.* — Paris, 1823, t. I., p. 120.
(2) Paris, 1859, p. 111.
(3) Plusieurs observations nouvelles de goutte saturnine ont été insérées par Wilks dans *Guy's Hosp. Reports*, 1875.

ε. S'il est vrai, comme cela parait démontré par les considérations qui précèdent, que certaines lésions fonctionnelles du foie aient pour résultat de produire la lithémie et consécutivement, quelques circonstances aidant, la goutte proprement dite, celle-ci devra survenir, à titre d'affection symptomatique, consécutive à diverses lésions matérielles du parenchyme hépatique qui, sans supprimer le fonctionnement régulier de l'organe, sont capables pourtant de le modifier profondément. La réalité des faits de ce genre ne me parait guère douteuse; toutefois elle n'a pas été jusqu'ici relevée comme elle le mérite. Je puis citer cependant deux cas observés dans le service de M. Bucquoy et consignés dans la thèse de M. Hanot (1). L'un de ces cas est relatif à la cirrhose hypertrophique; dans le second, il s'agit d'un ictère chronique dont la nature n'a pas été déterminée. Dans les deux cas, il y avait des dépôts tophacés aux doigts de la main et des concrétions d'urate de soude occupaient les oreilles externes, signes univoques de l'affection goutteuse.

Sans aller jusqu'à la goutte, il est possible que l'uricémie ou, si vous aimez mieux, la lithémie avec ses conséquences variées se montre dans différentes affections où l'existence d'une lésion soit fonctionnelle et superficielle, soit organique et plus ou moins profonde, soit aisément démontrable. La présence fréquente dans les urines de sédiments d'acide urique cristallisé ou d'urates amorphes fortement colorés par le pigment urinaire, ou d'urates amorphes formés peu après l'émission est généralement considérée à juste titre comme une des révélations cliniques de cette espèce d'uricémie. Dans quelques cas, les malades rendent par la miction une gravelle microscopique ou de petits calculs d'acide urique, déjà constitués dans les voies urinaires. Parmi les lésions organiques du foie où elle se rencontre, je me bornerai à mentionner la cirrhose et parmi les lésions fonctionnelles cet état particulier du foie que les Anglais désignent assez communément sous le nom de *torpeur* (*Torpor of the Liver*) et qu'ils considèrent avec raison comme un des phénomènes avant-coureurs de la goutte.

A ce sujet, il n'est peut-être pas hors de propos d'insister sur ce fait, que la formation d'un sédiment plus ou moins abondant d'urates amorphes, ou d'un dépôt d'acide urique cristallin, dans les urines, peu de temps après l'émission, ne saurait prouver que l'excrétion de cet acide est augmentée d'une manière absolue. Des urines chargées de semblables dépôts peuvent, en réalité, ne contenir que des proportions d'acide urique relativement faibles ou même très-notablement au-dessous du taux normal. L'oligurie fébrile, un haut degré d'acidité des urines, tel qu'on le rencontre, par exemple, dans certains états dyspeptiques (Prout, Brodie, Budd), sont, entre autres, des conditions qui suffisent fréquemment à déterminer la prompte formation des sédiments dont il s'agit, sans qu'il y ait élévation du chiffre de l'acide urique. D'un autre côté, il est aussi parfaitement établi, par les travaux de Bence Jones et ceux plus récents de Bartels, que des urines qui ont conservé leur transparence même longtemps après l'émission renferment quelquefois une forte proportion d'acide urique.

Par conséquent, une analyse méthodique portant sur la totalité des urines, rendues dans les vingt-quatre heures, permettrait seule de décider d'une manière positive si le chiffre de l'acide urique s'est élevé, abaissé, ou enfin s'il s'est maintenu dans les limites de l'état normal. Il importerait même, suivant en cela le précepte de Parkes et de Ranke, de répéter cet examen pendant une série de cinq ou six jours; car il est démontré que l'excrétion de l'acide urique s'opère, très-communément, d'une manière irrégulièrement intermittente, et diffère très-notablement dans les circonstances les plus variées, non-seulement aux diverses époques de la journée, mais encore d'un jour à l'autre.

Lorsque les dépôts d'acide urique cristallisé ou d'urates amorphes se forment non plus après l'émission, mais bien dans l'urine contenue dans un point quelconque des voies urinaires, et à plus forte raison, lorsque les malades rendent du gravier, on est très-souvent porté à admettre que l'acide urique existe en excès dans l'organisme et est excrété en proportion anormale. Mais ici encore la conclusion n'est certainement pas toujours légitime. Ce résultat peut, en effet, être déterminé par des causes toutes locales et entièrement indépendantes de la diathèse urique, telles par exemple, qu'une inflammation catarrhale de la vessie, des reins ou des bassinets (Brodie, Rayer). J'ai eu l'occasion d'examiner à plusieurs reprises, sans pouvoir y constater la moindre trace d'acide urique, le sérum du sang et la sérosité de vésicatoires, provenant de sujets non goutteux, qui rendaient habituellement, en même temps que l'urine, des petits cristaux ou des concrétions plus ou moins volumineuses d'acide urique. Plusieurs auteurs admettent qu'en pareille circonstance, il se développe, au sein même des voies urinaires, une fermentation acide de l'urine analogue à celle que subit ce liquide, dans les conditions normales, un certain temps après l'émission (J. Scherer, Vogel). L'acide libre, ainsi produit, déterminerait, dans les deux cas, la précipitation de la presque totalité de l'acide urique contenu dans les urines.

Quoi qu'il en soit, on ne saurait nier que la gravelle urique puisse se montrer liée quelquefois à l'existence d'un excès d'acide urique dans le sang (Rayer). Mon ami M. le docteur Ball, m'a communiqué l'observation d'un homme âgé d'une cinquantaine d'années, et qui rendait fréquemment, à la suite de coliques néphrétiques violentes, de petits calculs d'acide urique. Un vésicatoire ayant été appliqué sur la région épigastrique, la sérosité fut recueillie dans un verre de montre et additionnée de quelques gouttes d'acide chlorhydrique. Il s'y forma rapidement de très-nombreux cristaux rhomboédriques d'acide urique. Cet homme n'avait jamais éprouvé aucun des symptômes de la goutte articulaire; les urines ne renfermaient pas trace d'albumine. Il faut sans doute rapporter à cette seconde catégorie la plupart des cas où la gravelle urique précède l'apparition de la goutte, et lorsque celle-ci est établie, alterne visiblement — bien que, le plus souvent, à de longs intervalles — avec les manifestations articulaires. (1) [illegible] (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

La collation des grades

Comme on pouvait s'y attendre, la discussion ouverte le 1er juin sur le projet Waddington n'a jeté aucune lumière nouvelle sur la question en litige. Du côté des défenseurs des articles 14 et 15 les protagonistes ont disparu, retirés au Sénat comme M. Dupanloup ou rendus à la vie privée comme M. Chesnelong. La discussion générale a surtout fait ressortir ce qu'on savait depuis longtemps des visées secrètes cachées sous ce grand mot de la liberté de l'enseignement. M. Keller a laissé entrevoir et M. de Mun a dit nettement que la liberté de l'enseignement n'était pour les catholiques qu'une transaction avec la législation moderne. M. Ferry s'est donné la tâche inutile de démontrer qu'on aspirait au fond à substituer au monopole universitaire la suprématie théocratique. Sa réplique à M. de Mun, l'organe du parti syllabiste, aurait pu se résumer en un mot: « Et si vous régnez, vous vous plaignez toujours. » Quand maintenant nous aurons constaté que M. Waddington a parlé de l'Université comme doit le faire un ministre de l'instruction publique, nous aurons signalé à nos lecteurs tout ce qu'il y a d'intéressant dans la discussion générale.

Le sort des amendements au projet étant connu d'avance, nous ne dirons rien de la discussion des articles; l'adoption du projet étant certaine, il est inutile de revenir sur des arguments épuisés, d'autant plus que la lutte recommencera au Sénat.

En attendant, nous sommes heureux de voir l'*Union médicale* (2), reconnaître avec nous que, l'Etat continuant

(1) *Loc. cit.*, p. 55.

(1) Consultez: Scudamore, *loc. cit.* — Rayer, *Traité des maladies des reins*. Paris, 1839. t. I, p. [illegible] 197, 198. — Prout, *On stomach and renal diseases*. London. 1848, p. 1.4. — J. Scherer *Untersuch. zur pathologie*. Heidelberg, 1843, [illegible]1, p. 1[illegible]. — Brodie, *Leçons sur les maladies des organes urinaires*, traduites par J. Patron Paris, 18[illegible], p. 2[illegible]1, 278. — Parkes, *On urine*. London 18[illegible]. p. 218. — Ranke, *Ausscheidung der Harnsäure*. München, 18[illegible]8. — J. Vogel, in *Virchow's Handbuch der pathologie und Therapie*, IV Bd., 2 Abth., [illegible] Heft. p. 561. — Bartels, *Harnsäure Ausscheidung in Krankheiten*, in *Deutsch Archiv für Klinischen Medicin*, 1 Bd., 1 Heft., p. 1[illegible]. Leipsig 1865. — Beale, *De l'urine*. etc Paris, 1865, p. 121, 171, 197, 406.

(2) N° 59, 1876.

*

à vérifier les capacités, le jury d'examen doit être composé exclusivement d'examinateurs n'appartenant pas à l'enseignement. Mais l'entente parfaite entre M. Gallard, M. A. Latour et nous se borne là. Nous ne pouvons accepter le mode de formation de ce jury proposé en commun par ces Messieurs, qui ne s'entendent point sur la liberté d'enseignement. M. Gallard la veut absolue, illimitée, laissant à chacun le droit de s'instruire ou d'instruire les autres, il lui suffit que l'on sache; peu lui importe où, comment et de qui on apprend. A M. Latour, au contraire, il ne déplaît pas « que la loi garantisse l'élève contre le professeur excentrique et contre son enthousiasme irréfléchi. » « J'ai vu, dit-il, vous avez vu comme moi, tant d'excentricités professorales, officielles ou libres. »— Pendant que M. Latour voyait tant d'excentricités, à quoi servait donc cette loi protectrice dont l'absence l'affligerait ? Elle ne garantissait pas l'élève de son enthousiasme pour les excentricités libres, mais en revanche, elle lui imposait les excentricités officielles. Impuissante d'un côté, malfaisante de l'autre, elle se réduisait à une de ces bonnes intentions dont l'enfer est, dit-on, pavé. C'est d'ailleurs le sort de bien d'autres lois prétendues protectrices.

La dissidence théorique n'empêche nullement M. Gallard de s'entendre dans la pratique avec M. A. Latour. Tous deux proposent *que les grades soient conférés au nom de l'Etat, par un jury d'examen dont les membres seraient nommés par le Président de la République, sur la présentation du Conseil supérieur de l'Instruction publique. Il y aurait incompatibilité entre les fonctions d'examinateur et celles de professeur d'une école quelconque.*

Si même il n'y avait contre ce projet aucune objection de principe, l'esprit dans lequel son auteur voudrait le voir appliqué suffirait à empêcher de le prendre en considération. M. Gallard en effet dit en note : « On doit admettre que dans la pratique, la position d'examinateur serait destinée à devenir une retraite honorable pour les anciens professeurs, officiels ou libres. »

L'honorable médecin de la Pitié n'y a certainement pas réfléchi, mais ainsi pratiqué, son projet aboutirait à une mystification, à la résurrection du jury contre lequel il s'élève avec tant de raison. On ne saurait raisonnablement espérer que des professeurs rivaux de la veille, dépouilleraient le vieil homme en quittant leur chaire.

Ce système n'aurait que l'avantage d'introduire dans le jury un nouvel élément écarté par les articles 14 et 15, c'est-à-dire les professeurs libres n'appartenant à aucune école constituée. Ils pourraient jouer le rôle de médiateurs entre les professeurs officiels et les professeurs des Universités libres. Mais si l'on voit bien d'où viendraient ces professeurs libres, isolés, il n'appert point aussi clairement comment on recruterait les deux autres ordres d'examinateurs. Les professeurs de l'Etat sont inamovibles et ceux des Facultés libres prendront leurs précautions pour l'être aussi. Attendra-t-on qu'ils quittent volontairement leurs chaires pour en faire des examinateurs ? S'il s'en trouve par hasard, on risque fort alors d'avoir un jury d'invalides. ou bien une loi imposera-t-elle la retraite d'office à un âge déterminé? Les professeurs officiels n'auront rien à dire, si peu flattés qu'ils puissent être de se voir ainsi décrétés de déchéance; mais les Facultés libres ne pourront avec raison dire leur liberté violée. En fait, jusqu'à intervention d'une loi sur la retraite des professeurs, le jury de M. Gallard, pratiqué à sa façon, ne se recruterait que parmi les professeurs libres, isolés, auxquels il offrirait une retraite agréable. Ce n'est pas suffisant.

Entendu plus largement, et pris en lui-même le projet de M. Gallard ne saurait d'ailleurs fournir un jury compétent, le Conseil supérieur de l'instruction publique n'ayant lui-même dans sa majorité aucune compétence pour choisir les jurés. Ne connaissant les titres d'aucun des aspirants aux fonctions d'examinateurs, et incapables de les apprécier, les membres du Conseil supérieur n'auront pour se guider dans leurs choix que les avis, les recommandations de leurs amis et connaissances. Avec les meilleures intentions du monde, ils obéiraient sans le savoir, à l'intrigue, éliraient non le plus capable, mais le plus remuant.

En face de la probabilité d'un pareil résultat, la présentation par le Conseil supérieur est inacceptable. Nous persistons à croire que si l'on cherche des garanties d'impartialité et de compétence en dehors de l'ancien système, il faudra en venir à l'élection par les membres du corps médical tout entier. E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 *juin* 1876.— Présidence de M. Cl. Bernard.

MM. Gallois et Hardy ont étudié les effets toxicologiques d'un poison de flèches, l'écorce de niaacone. L'alcaloïde qu'ils en ont extrait est un poison du cœur énergique. 2 milligrammes de cette substance, injectés dans les veines d'une grenouille amènent au bout de 6 à 8 minutes l'arrêt du cœur. L'électricité est alors impuissante a réveiller les mouvements cardiaques.

M. Laborde présente à la société le cerveau d'un chien chez lequel il a produit une hémorrhagie méningée, limitée à un hémisphère Contrairement à la loi posée par M. Prévost, la déviation conjuguée des yeux a eu lieu du côté de la paralysie. Au début, il s'est produit des phénomènes d'excitation, suivis de phénomènes de paralysie.

M. Prevost fait remarquer que la protubérance a été atteinte par l'hémorrhagie; or, dans ce cas, la déviation des yeux a lieu du côté opposé à la lésion. En général quelque légère que soit la lésion de l'isthme et l'encéphale, elle est prépondérante au point de vue symptomatique.

M. Laborde répond qu'il a vu au moins six cas d'hémorrhagies méningées artificiellement obtenues, très-circonscrites, qui ont donné lieu à la déviation des yeux du côté opposé a la lésion.

M. Prévost donne l'histoire d'une malade qui a succombé à la rage dans son service à l'hôpital cantonal de Genève. Les premiers accidents ont apparu 41 jours après la morsure d'un doigt par un chat enragé. Quelques jours avant, la plaie s'était rouverte et était devenue le siége de fourmillements et de picotements. Plusieurs traitements ont été essayés: la morphine ne donna pas de bons résultats. Le chloroforme donna lieu à des spasmes pharyngiens très-intenses avec un véritable accès de fureur rabique. Au contraire les injections intra-veineuses de chloral amenèrent une sédation très-marquée et un sommeil prolongé. La terminaison, d'ailleurs, a été fatale.

M. Hanot rappelle qu'il a publié dans le *Progrès médical* une observation d'hydrophobie rabique où les injections intraveineuses de chloral donnèrent également de bons résultats. *Progrès méd.*, 1874, p. 389 et 407.

M. Bouchard attire l'attention de la société sur certaines altérations humorales dans l'ataxie locomotrice. La salive présente quelquefois une acidité très-prononcée qui donne

lieu à une altération caractéristique des dents. On voit au niveau de la gencive se creuser dans la dent un sillon qui l'envahit peu à peu. M. Bouchard a observé, chez un homme atteint de crises gastriques très-inteuses au début de l'ataxie locomotrice, des désordres de l'uropoïese très-intéressants. Quelques jours avant la crise gastrique, la quantité des urines diminuait et celles-ci devenues albumineuses, étaient très-pauvres en urée. Les phénomènes gastriques apparaissaient et l'urine restait albumineuse, puis, la crise calmée, il se produisait de la polyurie ; l'urée revenait à son chiffre normal et l'albumine disparaissait de l'urine. Au point de vue théorique, il serait tenté d'établir une relation de cause à effet, entre les altérations de l'urine et les vomissements; mais M. Bouchard ne peut pas eucore se prononcer sur ce point.

M. Gellé présente à la société l'oreille d'un enfant nouveau-né qui n'avait pas respiré : il n'existe pas, à proprement parler, de cavité tympanique. Celle-ci est remplie par un magma brunâtre, constitué par la muqueuse hypertrophiée; il ne renferme pas d'air. C'est un fait intéressant au point de vue médico-légal. Car, dès les premières respirations, la cavité tympanique se remplit d'air et l'on n'y trouve plus ce magma brunâtre signalé plus haut.

M. Couty a fait des recherches intéressantes sur les températures prises dans l'aisselle et dans la main : il présente de nombreuses courbes de fièvre typhoïde, pleurésie, rougeole, etc. Il en résulte qu'à la période d'état de la maladie, les températures de l'aisselle et de la main sont presque égales ; à la fin, au contraire, il existe une différence de plus en plus grande entre ces deux températures. On pourrait conclure de ces recherches que la fièvre est plus vive aux extrémités qu'à l'aisselle. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Un accident de mise en pages uous oblige à reporter au prochain numéro le compte-rendu de la dernière séance de l'Académie de Médecine.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance de 18 *février* 1876. — Présidence de M. Charcot.

Election.

Sur la proposition faite par M. Charcot, la Société décerne par un vote unanime à M. Lemossek le titre de membre honoraire.

De la macrocéphalie; par M. le professeur Broca.

Il est nécessaire de rectifier le sens du mot macrocéphalie qui, dans certains ouvrages comtemporains, daus le Dictionnaire de M. Dechambre par exemple, est employé pour désigner une augmentation totale du volume de la tête dans ses divers diamètres sous l'influence de causes variables, souvent inconnues ; c'est pour ces faits que les Allemands ont imaginé le mot de képhalôme, et que l'on a employé celui de mégalocéphalie.

Hippocrate parle des macrocéphales dans deux endroits et en particulier dans le traité des airs, des eaux et des lieux. Ce sont des peuples remarquables par la conformation de leur tête qui résulte d'une pratique singulière d'un système de compression méthodique à laquelle la crâne est soumis dès la naissance. Hérodote, qui rapporte aussi cette coutume, l'attribue aux Cimmériens, peuples des confins de la Scythie qui ne sont autres que les macrocéphales d'Hippocrate.

La déformation de la tète était produite par deux moyens aujourd'hui bien connus, dont l'emploi était simultané; c'était d'une part une plaque frontale et d'autre part un ruban qui faisait le tour du crâne de la région sagittale au menton. Cette double pression a pour effet d'allonger le crâue, de rendre le front oblique et fuyant et de produire une dépression post-coronale.

Il en résulte un aspect spécial du crâne qui appartient en propre aux Cimmérieus, Kymris ou Cimbres et qui a servi à déterminer leurs migrations et leurs lieux d'établissements successifs. On connait ainsi avec une grande exactitude, la direction et la date des migrations qui les conduisirent au delà de Caucase; les tombes de Tiflis ont fourni des crânes tout-à-fait caractéristiques. On connait une autre migration vers le Danemark ou Péniusule cimbrique.

A mesure que les populations s'éloignent du lieu d'origine, les coutumes se modifient parce qu'elles ne sont plus perpétuées dans leur intégrité par l'exemple des ancêtres ; toutefois, après des siècles, la macrocéphalie d'Hippocrate et d'Hérodote s'observe encore un peu modifiée seulement dans des lieux vers lesquels se sont faites des migrations cimbriques.

Certains chants du pays de Galles ont conservé le souvenir d'une invasion cimmérienne conduite par Hus le puissant. Partis de la Gaule Belgique, les Kymris, comme les appellent M. Edwards et A. Thierry, arrivèrent à la Loire, se répandirent dans le pays qui correspond aux Deux-Sèvres, aux Charentes, à la Garonue et fondèrent Toulouse et Nimes ; ils prirent là le nom de Volkes.

Or, on retrouve de nos jours la coutume de déformer la tête des nouveau-nés, de manière à produire une macrocéphalie véritable aux environs de Toulouse et dans les Deux-Sèvres ; le type primitif s'est à la vérité un peu altéré, mais les éléments s'en peuvent reconnaitre dans deux types secondaires, aux environs de Toulouse, on fait usage d'une plaque frontale prise par une courroie qui passe derrière la tête ; le front devient fuyant, le diamètre antéro-postérieur du crâne devient prédomiuant et il se produit une sorte d'ensellure en avant du bregma. Dans les Deux-Sèvres, la déformation est produite par la pression d'uu bandeau qui, du sommet de la tête, vient passer sous la mâchoire inférieure.

Ces usages, qui ne se conservent plus que par une routine aveugle, avaient évidemment pour objet d'imprimer à la physionomie un certain caractère de beauté conventionnelle qui sans doute répondait à une idée de valeur guerrière. C'est du moins ce que permettrait de conclure une observation faite en d'autres parties du monde ; dans certaines îles de l'Amérique du Sud il y a deux types de déformation qui se perpétuent dans certaines castes et qui sont en rapport avec des aspirations distinctes des familles où ils sont recherchés; on provoque un allongement du crâne, une dolichocéphalie, chez ceux qui sont destinés à la guerre; le crâne est plutôt aplati de manière à rendre le front vertical chez ceux qui doivent plus tard dominer dans les conseils.

Les déformations qui nous occupent n'ont pas seulement un intérêt anthropologique ; elles ont été étudiées d'abord par les aliéuistes qui ont observé leur fréquence dans les asiles qu'ils dirigent. J'ai dans un cas fort curieux observé l'adhérence du cerveau à la dure-mère sur le crâne d'une Toulousaine macrocéphale morte à la Pitié. Il paraît bien démontré que les deux types que je signalais tout à l'heure comme appartenant aux descendants des Kymris de Toulouse et des Deux-Sèvres sont relativement fréquents chez les aliénés, et l'on ne peut se refuser à admettre une relation de cause à effet entre les pratiques de déformation du crâne et le développement de la folie.

Pour compléter cette communication, j'ajouterai que la macrocéphalie cimmérienne diffère de certaines autres déformations qu'on observe parmi des populations d'une origine différente dans certains parties de l'Amérique; par exemple on rencontre des crânes analogues en apparence à ceux que nous venons d'étudier; une double pression sur le front et le sinciput y détermine un allongement de la tête et une obliquité très-prononcée du front ; mais le mode d'application de l'agent de pression postérieur donne lieu à la formation d'une gouttière oblique en bas et en arrière qui est tout-à-fait spéciale.

Hémiplégie gauche avec arthropathie datant de l'enfance. — Hémorrhagie du cervelet ; par A. Drouin, interne des hôpitaux.

Carr., 83 ans, est entrée le 25 mars à l'infirmerie de la Salpêtrière, salle Saint-Jean, n° 22 (service de M. Luys).

Cette malade est paralysée du côté gauche depuis la première enfance ; elle raconte qu'elle n'a commencé à marcher qu'à l'âge de quatre ans, et que déjà la jambe gauche était plus petite que celle du côté opposé. Son bras gauche était

déjà paralysé et tout contracturé. Pendant toute la vie, elle n'a pu se servir du bras gauche. La malade pouvait marcher à l'aide d'un bâton tenu de la main droite ; elle monte et descend assez bien les escaliers. Jamais elle n'a ressenti de douleurs dans les membres. Sa vue est excellente, les fonctions digestives régulières.

On constate un raccourcissement de plus de 5 centimètres dans le membre inférieur gauche, et portant exclusivement sur le fémur, car la jambe gauche a la même longueur que la droite. Les deux pieds sont égaux. Le bras gauche est près de moitié plus court que le droit. Les deux avant-bras sont égaux. On sent que l'humérus est incurvé et tourné sur lui-même, de telle sorte que la main est constamment en pronation forcée : l'avant-bras est en demi-flexion sur le bras ; la malade ne peut l'étendre tout-à-fait. En imprimant des mouvements au bras, on entend des craquements dans l'articulation de l'épaule ; les autres jointures sont saines. Les mouvements ne provoquent pas de douleurs.

La sensibilité des membres des deux côtés, au froid et à la douleur, est intacte. La face est très-régulière et non paralysée.

Depuis six mois qu'elle est à la Salpêtrière, la malade se portait bien ; elle allait et venait dans les cours, et allait tous les jours travailler quelques heures à la cuisine.

Le 25 mars, elle s'est levée aussi bien portante qu'à l'ordinaire; elle a fait son ménage et a déjeuné comme les autres jours, quand vers 10 heures du matin elle a été prise tout à coup d'un malaise et a vomi presque aussitôt des aliments d'abord, et ensuite des matières muqueuses mélangées de bile. On amène la malade à l'infirmerie : elle se plaint d'une grande faiblesse, cependant elle remue très-bien les bras et les jambes, s'assied toute seule sur son lit, et prend elle-même le vase quand elle est pour vomir. Elle ne ressent pas de douleurs. La sensibilité cutanée est intacte aussi bien pour les impressions de température que pour la douleur et le tact. La face n'est pas paralysée, n'a pas d'expression particulière.

La langue est saburrale, pas déviée ; les pupilles sont égales, très-rétrécies, 1 millimètre : elles ne se dilatent pas dans l'obscurité. Il n'y a pas de déviation des yeux ni de la tête.—L'intelligence est très-nette. La malade répond bien à ce qu'on lui demande : la parole est bien articulée; mais elle dit se sentir fatiguée et prie qu'on la laisse se reposer.

La peau n'est pas chaude, le pouls est faible, il bat 96 fois par minute. A l'auscultation du cœur, on n'entend rien d'anormal.

26 *mars*. Au moment de la visite de M. Luys, la malade est dans le coma, la respiration est stertoreuse, ses lèvres sont couvertes d'une écume blanchâtre. Elle n'a pas eu de convulsions. Elle a vomi une dizaine de fois encore depuis la veille, les vomissements sont formés de matières muqueuses teintées de bile. Les pupilles sont très-rétrécies, 1 millimètre, égales et immobiles. Pas de déviation des yeux ni de la tête. Peau froide, pouls insensible. Elle meurt une demi-heure plus tard, à 10 heures du matin.

Autopsie. On trouve un foyer hémorrhagique dans le cervelet ayant détruit complétement tout le vermis inférieur et toute la face inférieure du lobe gauche du cervelet. La lésion est profonde, occupe à peu près la moitié de l'épaisseur de cet organe, les circonvolutions cérébelleuses sont détruites, réduites en une pulpe rougeâtre mélangée au sang extravasé. La lésion s'arrête net au bord droit du vermis inférieur et toute la face inférieure droite du cervelet est absolument saine.

Dans le *cerveau*, nous constatons l'intégrité des méninges et des circonvolutions qui ne présentent aucun foyer de ramollissement. A la coupe de cet organe, on constate l'existence d'un ancien foyer hémorrhagique localisé dans la couche optique droite. La substance grise a été dissociée par le sang à ce niveau, et on reconnaît facilement que le foyer occupe la partie centrale de la couche optique droite ; il est entouré par des parties restées saines. Il n'intéresse en rien la capsule interne. La couleur de cette partie est jaunâtre et présente à la coupe une structure aréolaire. C'est évidemment une lésion très-ancienne, et nous pensons pouvoir lui rapporter l'hémiplégie qui a été constatée du côté gauche, ainsi que les lésions trophiques de l'humérus et du fémur du même côté.

Le col et la tête du fémur ont complétement disparu par suite de résorption du tissu osseux. La cavité cotyloïde est effacée ; il y a une facette encroûtée de cartilages qui frottait contre une facette semblable répondant à la face interne du fémur, au point où normalement se trouve situé le col du fémur. En cet endroit, l'os est éburné. Des trousseaux ligamenteux réunissaient les deux os et formaient une sorte de capsule articulaire.

La tête de l'humérus est très-élargie ; le cartilage présente de l'usure à la partie centrale et des épaississements vers les bords ; il y a tout autour de la tête des végétations, les unes osseuses, les autres cartilagineuses. La cavité glénoïde de l'omoplate est aussi très-élargie et présente à son pourtour des ostéophytes.

Le corps de l'humérus est très-raccourci ; il mesure seulement 15 centimètres. Il présente une inflexion très-prononcée à convexité dirigée en dehors et en avant. De plus il a subi un mouvement de torsion sur son axe longitudinal, tel que dans la position naturelle de l'os, la partie inférieure de l'humérus affecte une direction d'avant en arrière, ce qui explique la pronation forcée que nous avons constatée dans l'avant-bras.

Tubercule du cerveau; par M. Robert, interne des hôpitaux.

Ce malade entre dans le service de M. le Dr Després, à l'hôpital Cochin, pour un double testicule tuberculeux, survenu dans le cours d'une tuberculisation pulmonaire. Les deux manifestations locales de la diathèse suivirent leur marche naturelle.

Au 1er janvier, le malade présentait deux fistules du scrotum fournissant une très-faible quantité de pus et conduisant à des points indurés siégeant à droite sur la tête de l'épididyme et à gauche sur la queue de cet organe. En même temps, les deux poumons offraient les signes d'une tuberculose avancée, passant au 3e degré. En outre, un écoulement purulent très abondant des deux oreilles traduisait une double otite moyenne accompagnée d'une surdité à peu près absolue, qui rendait très-difficile la constatation de certains signes physiques et la recherche des commémoratifs. On a pu savoir cependant que le sujet, avant sa maladie, avait subi de grandes privations.

A la fin de janvier, expectoration abondante, toux très-fréquente, avec des quintes suivies de vomissements. Dans les premiers jours de février, les vomissements augmentent de fréquence, au point de compromettre l'alimentation. L'état du malade empire rapidement. Du délire apparaît.

6 *février*. Délire et convulsions. Constipation opiniâtre; la peau est chaude et le pouls cependant presque normal. M. Després porte le diagnostic : Méningite tuberculeuse.

Le délire et les convulsions persistent les jours suivants; cris et plaintes la nuit. Le décubitus habituel est le décubitus dorsal avec inclinaison légère du côté gauche.

11 *février*. Le malade est dans le coma. Pupilles largement dilatées, le pouls très-rapide bat au moins 120 à la minute ; le ventre est excavé et la peau de l'abdomen sèche et flétrie a perdu tout ressort. — Mort le 12 février.

Autopsie. — *Poumons* : à gauche, au sommet, cavité du volume d'une noix; à droite caverne plus ancienne et plus volumineuse occupant tout le sommet du poumon. Petites cavernes en voie de formation et granulations tuberculeuses dans le voisinage. — Foie, gras. — *Rate* et *reins* normaux.

Testicules. A droite, l'incision, de la fistule nous fait voir la tête de l'épididyme transformée en un tissu gris jaunâtre, d'apparence fibreuse et criant à la coupe. Au-dessous dans le corps de l'épididyme, noyaux caséeux. Dans la queue, second dépôt caséeux, jaunâtre, à demi-ramolli. Les deux feuillets de la vaginale sont partout adhérents ; la glande très-atrophiée est réduite au volume d'une amande. A gauche, la fistule qui, de ce côté, suppurait encore à la mort du malade, conduit à un foyer caséeux, incomplétement vidé occupant la queue de

l'épididyme Second dépôt dans la tête de l'organe, du volume d'un gros pois et déjà ramolli.

Vaginale très-épaissie et presque partout adhérente. En dedans du corps de l'épididyme, petit épanchement enkysté de couleur louche. A la partie antérieure de la tunique vaginale, existe au devant de la glande testiculaire un autre épanchement séreux, citrin, plus considérable que le précédent et indépendant de lui. La séreuse est très-épaissie à ce niveau. La glande est si atrophiée qu'elle semble avoir disparu.

Encéphale. — Méninges tendues. — Méningite tuberculeuse des mieux caractérisées, à la convexité et sur la face externe des hémisphères, simple hypérémie. En se rapprochant de la base, on voit du liquide louche dans les petits espaces triangulaires sous-arachnoïdiens. Enfin, au niveau du chiasma, exsudat jaune verdâtre, opaque, d'aspect et de consistance gélatineux, englobant le chiasma, le tuber, cinéreum, la tige pituitaire et se prolongeant jusque sur la partie supérieure de la protubérance. L'arachnoïde qui voile la scissure de Sylvius est épaissie, le doigt a quelque peine à la déchirer pour pénétrer dans la scissure au fond de laquelle existe le long des ramifications de la cérébrale moyenne, un semis de granulations, encore grisâtres et transparentes pour la plupart.

Les parois des ventricules sont baignées et ramollies par un épanchement très-abondant. Cependant le doigt introduit dans le testicule latéral gauche reconnait un corps dur et arrondi faisant saillie sur la paroi supérieure de la cavité, au point de réunion de sa partie moyenne avec son prolongement occipital. Ce petit corps, du volume d'une noisette, reposait dans une sorte de loge formée par la substance blanche avoisinante et de laquelle il a été très-facilement énucléé. Sa consistance est élastique et sa surface partout lisse, sauf deux ou trois dépressions insignifiantes. Incisé, il s'est montré composé d'une sorte de coque mince, assez résistante, de couleur gris-rosé, translucide et ne s'isolant pas d'une substance jaune pâle qu'on trouve à l'intérieur. Cette substance, moins consistante que la précédente, est sèche et paraît privée de vaisseaux à la simple vue. Pas de traces de vaisseaux non plus sur le tissu qui forme l'enveloppe.

Contusion du foie chez un fœtus de cinq mois; par Porak, interne des hôpitaux.

M. Porak présente le foie d'un fœtus de cinq mois sur lequel s'observe à la face convexe une bosse sanguine. Il pense que cette lésion a sans doute été provoquée par la pression d'une sonde dans des tentatives d'avortement provoqué.

M. Guéniot. En l'absence de toute trace de violence extérieure, cette hypothèse est peu vraisemblable. S'il n'y a pas eu de manœuvres obstétricales, de manipulations du fœtus, il y a lieu d'admettre que la contusion a été produite dans le travail même de l'accouchement.

M. Pozzi. L'absence de lésion cutanée ne doit pas faire rejeter l'idée de contusion par pression externe. On voit parfois et j'ai observé moi-même la rupture du foie et de l'intestin même à la suite de contusion du tronc sans aucune altération des téguments.

M. Guéniot. Le fait signalé par M. Pozzi n'est pas comparable à l'action d'une sonde qui agit sur une petite surface et non sur une large masse.

Lymphadénome du testicule; par M. Letulle, interne des hôpitaux.

G... Thib., 57 ans, sculpteur sur bois, entre le 25 janvier 1876, à l'hôpital de la Charité (service de M. Trélat), pour une tumeur du scrotum déjà ancienne. Se croyant atteint depuis longtemps d'une hernie inguinale, il porte un bandage herniaire gauche, et vient demander si l'on ne pourrait « lui faire rentrer cette grosseur. » La moitié gauche du scrotum est considérablement augmentée de volume ; la peau distendue par la tumeur sous-jacente est sillonnée de nombreuses veines dilatées et saillantes. Soulevée dans la main, la tumeur paraît d'un poids énorme, elle est absolument mobile sous les téguments du scrotum. Sa forme rappelle assez bien un gros rein dont le bord concave regarderait en arrière vers le périnée, et le bord convexe directement en avant sous les téguments. Elle mesure dans son grand diamètre vertical : 13 à 14 cent, et 7 à 8 cent dans son diamètre transversal; l'extrémité supérieure remonte à 4 cent. environ de l'orifice cutané du trajet inguinal. La palpation révèle quelques détails intéressants : l'extrémité supérieure est légèrement bosselée, irrégulière; une grosse bosselure constitue l'extrémité inférieure arrondie, saillante.

La consistance varie suivant les différents points. Face antérieure, partie moyenne, élasticité, rénitence ; partie inférieure fluctuation évidente ; partie supérieure au contraire on a la sensation d'un corps dur, résistant et solide. La face postérieure dans toute son étendue est dure et irrégulière. Légère transparence à la partie inférieure et antérieure de la tumeur; opacité dans le reste de la tumeur. C'est à peine si l'on éveille quelques sensations douloureuses en pressant les différents points de la surface; la sensibilité paraît même un peu obtuse, sauf en deux endroits ; face externe tiers moyen, et face postérieure moitié inférieure, où la pression cause une douleur assez vive. A part quelques troubles fonctionnels peu marqués, sensation de pesanteur habituelle, et quelques élancements profonds mais de courte durée n'apparaissant qu'à de rares intervalles, et s'accompagnant d'irradiations douloureuses dans la région lombaire : l'état général du malade est excellent. On n'éveille en aucun point bien clairement la sensation testiculaire. Le canal déférent paraît un peu plus volumineux à gauche qu'à droite. Il part du sommet de la tumeur au milieu de laquelle il semble se perdre aussitôt ; il est aussi régulier mais plus sensible que le droit ; pas de ganglions inguinaux ni iliaques. Le toucher rectal ne révèle rien.

Le malade tousse un peu, mais depuis longues années. Il n'a jamais eu d'hémoptysie ; rien à noter dans les poumons si ce n'est peut-être un léger état d'emphysème.

Depuis quatre ans environ, il est sujet aux palpitations. Les battements cardiaques sont très-sourds à la pointe. C'est à peine si l'on trouve une matité précordiale. Pas de lésion appréciable du cœur qui paraît complétement recouvert par la languette pulmonaire.

En recherchant les antécédents pathologiques de ce malade, on apprend qu'à l'âge de 12 ans, il subit un traumatisme violent, une barre de fer pénétra dans le scrotum ou dans la région périnéale, en un point qu'il ne peut exactement fixer, et dont on ne trouve pas de traces cicatricielles. Jusqu'à 20 ans, rien de remarquable dans l'état du malade. Toutefois à cette époque, la région scrotale gauche devait être le siége d'une affection manifeste, car il déclare qu'il fut exempté du service militaire « à cause de son testicule gauche. » Tout ce qu'il se rappelle, c'est qu'il sentait toujours à gauche « comme un paquet de petits tuyaux, » sorte de petites masses sinueuses, probablement de nature variqueuse.

Il se marie jeune et a quatorze enfants, huit d'entre eux survivent et sont bien portants.

Quelques accidents scrofuleux de l'enfance, maux d'yeux, abcès ganglionnaires du cou, dont on trouve encore les cicatrices. A l'âge de vingt-deux ans, une blennorrhagie avec érosions chancreuses multiples à la base du gland. Aucune manifestation syphilitique dans la suite. Il y a 7 à 8 ans, sans cause appréciable, le scrotum augmente à gauche assez notablement pour attirer l'attention du malade. Toutefois la tumeur progressait lentement, et il y a deux ans, elle avait atteint la moitié environ du volume qu'elle présente aujourd'hui. Jusqu'au milieu de l'année dernière, elle augmente environ d'un tiers ; mais c'est surtout depuis six mois qu'elle a pris un accroissement rapide, accroissement qui se fait principalement aux dépens de l'extrémité supérieure.

25 *janvier*. — Ponction exploratrice dans la région fluctuante, qui donne issue à 40 gr. environ d'un liquide jaune ocre, bientôt sanguinolent. On délimite parfaitement le néoplasme.

30. — Rougeur et tuméfaction douloureuse dans la région ponctionnée.

31. — Légère teinte ecchymotique de la moitié gauche des bourses.

2 *février*. — Un nouveau phénomène apparaît. Le testicule du côté sain est plus sensible que normalement. Lors du premier

examen, il avait paru intact. Aujourd'hui, on le trouve un peu gros, un peu sensible. On prescrit à tout hasard : iodure de potassium et sirop de Gibert.

5.— L'ecchymose des bourses, résultat de la ponction, s'est étendue à la totalité de la peau du scrotum. L'épanchement vaginal s'est reproduit. Le testicule droit paraît augmenter de volume.

8.— On double la dose d'iodure de potassium. La tumeur du testicule gauche progresse toujours ; le testicule droit augmente.

21 *février*. — La tumeur s'est manifestement accrue : c'est surtout aux dépens du sommet où l'on sent des masses mollasses et bouclées que se fait l'augmentation du volume, le canal déférent est tiraillé par la masse néoplasique et donne la sensation d'une corde dure, tendue.

23 *février*. — Castration. Section du pédicule avec l'anse galvano-caustique ; mais la pile marchant trop rapidement, la section est faite en quatre ou cinq secondes. On jette au dessus de l'eschare une ligature en masse des éléments du cordon.

Examen macroscopique de la tumeur. La tumeur représente une masse ovoïde à grosse extrémité dirigée en bas, offrant les dimensions constatées avant l'ablation; vers le bord postérieur, on aperçoit de grosses veines dilatées et variqueuses qui entourent le canal déférent. Ce canal part directement du bord postérieur de la tumeur à l'union de son 1/4 supérieur avec ses 3/4 inférieurs, il est uni lisse et plus gros que normalement.

Sur une coupe antéro-postérieure, on reconnaît que la glande testiculo-épididymaire est envahie dans toute son épaisseur par le néoplasme et totalement transformée. Toutefois on peut distinguer à l'œil nu deux régions dans cette tumeur assez différentes. Dans la moitié inférieure on trouve tout d'abord à la périphérie la tunique vaginale épaissie, limitant une cavité cloisonnée par suite d'une large adhérence entre les deux feuillets. Il résulte de cette adhérence que la vaginale n'est représentée que par deux petites cavités, l'une supérieure, répondant environ au 1/3 moyen du bord antérieur de la tumeur; l'autre inférieure, recouvrant l'extrémité inférieure du néoplasme. Ces deux cavités, séparées par une large surface où la tunique albuginée énormément épaissie, adhère à la vaginale pariétale, sont remplies par un liquide séro-sanguinolent ; leurs parois sont recouvertes par du sang en caillots ; chacune des cavités mesure sur chaque moitié de tumeur 3 centimètres environ de profondeur.

La tumeur proprement dite fait saillie sur la coupe, elle est constituée dans sa moitié inférieure par un noyau central ovoïde long de 5 centimètres environ et qui, au premier abord, rappelle la glande testiculaire transformée. D'une couleur rose pâle, cette zône vaguement lobée est séparée des cavités vaginales par une couche blanc nacré épaisse de 1 centimètre au moins, beaucoup plus dure, plus résistante et formant une zone périphérique qui se perd au-dessus de la région testiculaire dans les végétations néoplasiques qui constituent la moitié supérieure de la tumeur.

Là, en effet, les tissus sont durs, d'un blanc nacré sur certaines places, d'aspect fibroïde et légèrement jaunâtres dans d'autres points. La consistance de la tumeur, dans cette moitié supérieure, est beaucoup plus dure, plus solide, presque ligneuse. C'est surtout au niveau du bord postérieur que cette consistance est le plus marquée. Au-dessous du point où le canal déférent se perd dans la tumeur, on aperçoit sur la coupe quelques petits points hémorrhagiques, et quelques petites vacuoles remplies de sang.

Réflexions. — Nous avons suivi ce malade pendant deux mois et nous avons vu apparaître dans le testicule droit une tumeur absolument analogue à celle dont on avait pratiqué l'ablation. Nous avons vu, en outre, dans différentes régions naître au dessous de la peau un grand nombre de tumeurs [illegible]ses élastiques ressemblant absolument à des ganglions [illegible]. En un mot nous avons assisté depuis le jour de l'opération à la généralisation de l'affection, la cicatrisation pendant ce temps se faisait rapidement et sans entrave.

Nous croyons donc pouvoir faire remarquer :

1° La marche spéciale, au point de vue clinique, de ce néoplasme envahissant du testicule, demeurant pendant de longues années peut-être sans retentissement, et subissant un jour, sans cause connue, une marche tellement rapide que la généralisation, malgré l'opération, se produit au bout de quelques semaines.

2° La généralisation débutant par le second testicule, sans que nous ayons pu constater l'existence des ganglions inguinaux ou iliaques avant la tumeur testiculaire du côté droit.

3° Les antécédents scrofuleux manifestes de l'enfance.

4° Enfin, l'existence antérieure d'un variococèle datant de l'adolescence, du côté même ou se manifeste tout d'abord l'affection néoplasique.

Examen microscopique, par M. L. Malassez (1). — Sur une coupe verticale et antéro-postérieure, la tumeur se présente sous l'aspect d'un tissu à peu près homogène, rosé, semi-transparent, assez résistant et donnant au raclage un suc peu abondant, opalescent parfaitement miscible à l'eau. L'épididyme, le testicule, le corps d'Highmore et l'albuginée sont confondus et méconnaissables. Cependant, à la partie antéro-inférieure de la tumeur, il existe une masse arrondie, plus volumineuse qu'un testicule normal, vaguement lobulée, un peu brunâtre et qui paraît être le testicule moins complétement altéré que les autres parties.

Des coupes microscopiques sont faites à ce niveau, les pièces étant durcies (2). On y retrouve en effet un certain nombre de *tubes seminifères*. Ces tubes sont très-altérés, leurs contours extérieurs sont peu distincts par suite du passage insensible qui se fait entre le tissu ambiant et leur tunique externe. Les lamelles conjonctives, appliquées les unes contre les autres, qui, à l'état normal constituent cette tunique, sont devenues plus réfringentes et séparées, comme dissociées, par des bandes de cellules disposées sur une ou plusieurs rangées. Ces cellules sont rondes, ont de 8 à 12 μ de diamètre, un protoplasma peu abondant, un noyau volumineux multinucléolaire, bref l'aspect de cellules lymphatiques. Sur des coupes traitées par le pinceau, ces cellules disparaissent en majeure partie, mais on distingue les noyaux allongés de quelques cellules plates appliquées contre les lamelles : on constate, de plus, qu'il existe entre les lamelles de petites travées allant d'une lamelle à l'autre perpendiculairement ou obliquement tout en s'anastomosant parfois. Ces travées sont cylindriques et légèrement aplaties, toujours très-minces, réfringentes; elles forment avec les lamelles un véritable réticulum lymphatique ou adénoïde. La tunique externe des canalicules séminifères est donc transformée en tissu réticulé ou lymphoïde. La transformation est plus considérable dans les portions extérieures du tube que dans les parties centrales.

La tunique interne ou membrane propre des canalicules, qui est si peu distincte à l'état normal, est ici considérablement hypertrophiée. Cette hypertrophie est concentrique. Dans ses parties les plus centrales, la tunique a parfois les mêmes caractères que dans les hypertrophies communes, elle se présente sous l'aspect d'une substance réfringente, ondulée, finement striée et ne possédant que quelques rares noyaux.

Dans les parties périphériques et parfois dans les parties centrales, les éléments cellulaires sont plus nombreux, partant plus rapprochés les uns des autres ; la substance réfringente prend une apparence grossièrement réticulée, et cette apparence devient d'autant plus manifeste qu'on considère les parties plus excentriques ; si bien qu'il existe un passage insensible entre les couches les plus externes de la tunique interne et les couches les plus internes de la tunique externe. La tunique interne des tubes séminifères s'hypertrophie et se transforme donc peu à peu en tissu réticulé ou lymphoïde ; comme la tunique externe, cette transformation se fait également de la périphérie vers le centre.

L'épithélium intracanaliculaire a complétement disparu par suite de l'hypertrophie concentrique de la tunique interne ;

(1) Pièce n° 2, Série B, de la collection du laboratoire d'histologie du Collége de France.

(2) Le durcissement a été obtenu en plongeant les parties à examiner dans l'alcool, l'acide picrique, la gomme et l'alcool, 24 heures dans chacun de ces liquides.

la lumière du tube est comblée. En résumé, les tubes séminifères sont transformés en cordons de tissu lymphoïde.

Ces cordons ne sont pas contigus les uns aux autres; il existe entre eux des couches plus ou moins épaisses de tissu lymphoïde. Ce tissu se continue avec celui des tubes, il n'en diffère que par la disposition du réticulum qui ne présente pas ces lamelles concentriques décrites plus haut; il est en général à travées fines et rapprochées comme dans la portion folliculaire des ganglions lymphatiques; çà et là il existe des travées plus fortes et parfois des mailles plus larges ressemblant à des sinus lymphatiques. On y constate des vaisseaux sanguins: les capillaires présentent des cellules plates à leur surface extérieure et donnent insertion à des travées de réticulum; les vaisseaux artériels et veineux ont conservé leurs tuniques musculeuses, tandis que la tunique adventice est devenue réticulée et se confond avec le tissu lymphoïde ambiant. Les cellules spéciales de tissu intertubulaire du testicule semblent avoir disparu en majeure partie. Ce tissu lymphoïde qui sépare les canalicules altérés provient évidemment du tissu conjonctif intercanaliculaire normal; peut-être aussi de quelques canalicules complétement transformés et devenus méconnaissables.

Les cloisons conjonctives qui séparent les lobules n'existent plus; elles ne sont plus représentées que par quelques rares faisceaux de fibrilles conjonctives disséminés au milieu du tissu réticulé.

L'albuginée est également très-altérée; mais le tissu réticulé qui en provient peut encore se reconnaître à ses travées plus épaisses, lamellaires, disposées parallèlement à la surface du testicule, comme les lamelles du tissu normal.

Le corps d'Highmore et l'épididyme sont complétement méconnaissables. On ne trouve à leur place que du tissu lymphoïde sans aucune trace de leurs conduits propres.

En résumé, nous voyons que cette tumeur de testicule est constituée par un tissu comparable à celui des ganglions lymphatiques et qu'elle mérite, par conséquent, le nom de lymphadénome; nous voyons aussi qu'elle détruit les parenchymes, non pas en les refoulant devant soi, mais en les envahissant et les transformant peu à peu, jusqu'à les rendre méconnaissables.

Ces tumeurs, dont j'ai observé plusieurs exemples, n'ont pas encore été décrites que je sache; cela tient probablement à ce qu'elles sont assez rares et qu'elles ont peut-être été prises pour des sarcomes à petites cellules, erreur qu'il est difficile de ne pas commettre, si on ne prend pas la précaution de traiter les préparations au pinceau et de chasser les cellules lymphoïdes qui masquent le réticulum (1); leur aspect extérieur, du reste, se rapproche beaucoup de celui des sarcômes. Je n'ai pas à parler de leurs caractères cliniques, mais il est fort probable que s'ils n'ont pas encore été distingués de ceux des autres cancers du testicule, c'est qu'il en existe parmi eux un grand nombre qui leur sont communes. Je ne doute pas que les chirurgiens n'arrivent à leur reconnaître des signes différentiels.

J'ajouterai, à titre de renseignement, que l'opération a fort bien réussi; mais, depuis, il s'est produit un gonflement dans l'autre testicule, et quelques tumeurs cutanées sont apparues; l'état général du malade est cependant très-satisfaisant. La numération des globules que j'ai faite, le 12 mai, avec mon appareil, a donné 3,360,000 globules rouges et 4,700 globules blancs par millimètres cube; soit un globule blanc pour 714 rouges. Il existe donc un certain degré d'hypoglobulie, mais pas de leucémie. Le malade sera suivi, j'espère.

Rhumatisme articulaire aigu. — Vomissements incoercibles; mort. — Endocardite végétante. — Embolies multiples; par M. Colson, interne des hôpitaux.

Mme B..., 29 ans, femme de chambre, d'origine anglaise, habituellement bien portante, bien réglée, mais sujette aux migraines se manifestant surtout au moment des règles, a été prise, à son retour du Brésil, de douleurs articulaires. A son entrée à la maison de santé on constate que le coude droit et les genoux sont le siége de douleur et de gonflement avec épanchement articulaire. — Céphalalgie assez vive, regard brillant sans inégalité des pupilles, rien au cœur.

2 *janvier*. Les cou-de-pieds sont devenus douloureux, gonflés du côté des autres articulations, état stationnaire. Léger prolongement du 1er bruit à la pointe. *Matin:* P. 106; T. 38°, 2. *Soir:* P. 112; T. 40°, 2.

3 *janvier*. *Matin:* P. 104; T. 38°, 6. — *Soir:* P. 108; T. 39°, 4. Poudre de Dower, 0 gr. 50. Vésicatoire à la région précordiale.

4 *janvier*. *Matin:* P. 104; T. 39°. — *Soir:* P. 124; T. 40°, 1.

5 *janvier*. Le mal de tête a beaucoup diminué; les douleurs articulaires sont moins vives, cependant il y a encore du gonflement. Les épaules sont devenues douloureuses, surtout celle du côté gauche. Le pouls est petit, dépressible, mais régulier. Bruit de souffle assez intense au premier temps à la pointe se propageant à gauche. A la base souffle très-doux au 1er temps. *Matin:* P. 100; T. 38°, 8. — *Soir:* P. 116; T. 39°, 6.

6 *janvier*. Les douleurs ne sont pas plus vives; la céphalalgie est assez intense, les bruits cardiaques paraissent éloignés, les souffles s'entendent moins distinctement. Pas de frottement péricordiaque. Rien à la plèvre ni au poumon, sueurs profuses.

7 *janvier*. Même état, bruit de la pointe plus net que la veille, les douleurs articulaires ont considérablement diminué, et ne se font plus sentir que dans le genou droit. Enveloppement avec la ouate, suppression de la poudre de Dower.

9 *janvier*. Toux légère, quelques râles à la base, pas de pleurésie. 6 ventouses sèches. Sirop de Codéine, 30 gr. Poudre de Dower, 0,50 centigr.

11 *janvier*. La céphalalgie a complétement disparu, les douleurs articulaires diminuent. Le souffle du 1er temps à la pointe paraît moins rude, mais plus étendu. Le pouls se maintient entre 111 et 130. La température entre 38°, 5 et 40°.

15 *janvier*. Cette malade a toujours le teint pâle, les sueurs sont abondantes, la céphalalgie a disparu, pas de délire, la malade comprend ce qu'on lui dit et y répond très-exactement. Plus de douleurs.

17 *janvier*. Vomissements dans la nuit (mélange d'aliments et de mucosités). Submatité à la base gauche, sans égophonie, quelques râles. P. 120; T. 39°, 2. Suppression de la poudre de Dower, vésicatoire, 30 gr. de sirop de morphine.

20 *janvier*. — Vomissements alimentaires après chaque repas, répugnance pour les aliments. Pas de mal de tête. Toux sèche, quelques râles. Sueurs abondantes. Les bruits cardiaques sont sourds, éloignés; le bruit du 1er temps à la pointe succède un décollement.

21 *janvier*. — Vomissements bilieux pendant toute la nuit. Toux vive, pas d'expectoration, peu de dyspnée. Le pouls est petit, dépressible, misérable: 100 pulsations. On ne perçoit pas le choc de la pointe à la palpitation, bruits cardiaques très-voilés. Sueurs profuses. Julep, cognac et codéine. Vésicatoire à la région précordiale. Ventouses sèches à la base de la poitrine.

22. — Coloration cire des téguments. Vomissements incoercibles survenant sans que la malade en ait le pressentiment et sous l'influence du moindre mouvement, du moindre accès de toux. Matité aux deux bases. Pas d'égophonie. Quelques râles sous-crépitants. Amaigrissement. Pas de sommeil. Pas de changement dans les bruits morbides du cœur. P. 120; T. 39°,4. Potion de Rivière. Lait glacé.

Le 26, — P. 120. T. 38°,4. — Soir: P. 140. T. 40°,2. Les vomissements persistent alimentaires et bilieux, pas de sang. La toux est sèche, vive; quelques crachats grisâtres peu adhérents. Quelques râles seulement à l'auscultation, matité aux deux bases. Le premier bruit de la pointe est toujours soufflant et éloigné, mais on entend à la base et au 2e temps un souffle rude qu'on n'entendait pas ces jours derniers. C'est un bruit de piaulement qui paraît avoir son maximum à gauche du sternum dans le deuxième espace intercostal.

(1) Je suppose les préparations [illegible] à l'alcool ou à l'acide picrique, avec l'acide chromique, [illegible] on peut commettre une erreur inverse et prendre pour du réticulum le plasma [illegible] qui se trouve fixé d'une manière durable par l'acide chromique.

2 *février*. — P. 128, T. 38°,8. — Céphalalgie ; les vomissement prennent le caractère de regorgitations sans nausées sous l'influence du moindre mouvement. Diarrhée légère. Rien aux poumons. Souffle au 2e temps à la base, piaulement moins intense. Léchement péricardique. Les urines sont assez rares, foncées en couleur ; mais elles n'ont jamais, d'ailleurs, rien présenté d'anormal. Pp, Codéine avec digitale 20 gouttes.

8 *février*. — Pouls fréquent, 120 ; T. 39°. Somnolence continue, subdélirium. Teinte verdâtre, yeux excavés, l'état général a été sans cesse s'aggravant.La malade ne peut prendre aucune espèce d'aliments sans les vomir. Plus de piaulement au 2e temps et à la base, le souffle persiste, toux persistante, quelques râles seulement. Vésicatoire au creux épigastrique. Boissons glacées.

10. — Eruption érythémateuse, papuleuse par place aux deux bras et à la région deltoïdienne, quelques taches purpuriques ne disparaissant pas à la pression. Symétrie parfaite. Depuis quelques jours, la malade répond à peine aux questions qu'on lui adresse. Subdélirium, la nuit le délire est plus agité, cris. Pas de paralysie. Léger tremblement fibrillaire.

12. — L'éruption a augmenté d'intensité, elle est limitée aux bras et franchement purpurique. La langue et les gencives sont sèches, recouvertes d'un enduit noirâtre. Sur la face, les mains on observe une sorte de poussière blanchâtre, ressemblant à un sable très-fin, dans laquelle on constate une assez forte proportion d'acide urique. Le pouls est imperceptible, filiforme. 130 pulsations. T. 37. Vomissements moins fréquents ne renfermant pas de sang. Diarrhée, souffle aux 2 temps à la base, au 1er temps, à la pointe. La malade urine difficilement, on est obligé de la sonder, petite quantité d'urine, pas d'albumine ni de bile.

13 *février*. — Facies cadavérique, langue sèche, fuliginosités. Jusqu'au dernier moment, la malade a compris ce qu'on lui disait, parfois, les réponses étaient lentes, mais toujours exactes. Jamais trace de paralysie. Les pupilles restent égales, moyennement dilatées. — La malade meurt le 13, au soir.

Autopsie. — *Encéphale*. La dure-mère est saine, quelques tractus fibreux l'unissent au cerveau. Rien dans les tissus. — Peu de liquide céphalo-rachidien qui est franchement séreux. Légère suffusion sanguine à la surface du cerveau, manifeste surtout au niveau du lobe postérieur droit. Pas de foyers de ramollissement dans l'intérieur de la substance cérébrale.

Sur la peau des bras et aux épaules, ecchymoses assez étendues, pas de collections sanguines. Les articulations sont saines, ne contiennent pas de liquide en quantité anormale. A peine rencontre-t-on à la périphérie du cartilage, quelques arborisations vasculaires.

Cœur. — Le péricarde contient à peine 30 gr. de liquide citrin. Sa coloration est blanchâtre. — Pas de plaques huileuses sur le feuillet pariétal. Sur le feuillet viscéral, au niveau de la partie moyenne de la face antérieure du ventricule droit, deux plaques laiteuses, dont la plus étendue a environ 3 c. m. carrés. Le cœur est petit, légèrement chargé de graisse. Le muscle cardiaque lui-même est jaunâtre, et se laisse facilement déchirer. Les valvules aortiques pulmonaires sont suffisants. Sur les valvules aortiques, on voit dans toute leur étendue, sur les deux faces, des valves, des amas d'endocardite végétante de coloration blanchâtre, de consistance crétacée, remplissant les nids de pigeon, et empêchant les valves de s'accoler à l'aorte. Cette matière crétacée est friable. Sur l'une des valves, complétement envahie par les produits de l'endocardite végétante, on remarque une ulcération, conduisant dans une cavité du volume d'un petit pois et qui est complétement vide, mais dont le contenu semble s'être déversé dans l'aorte. Au niveau des valvules aortiques, dans le muscle cardiaque, on constate un petit foyer hémorrhagique, contenant une matière noirâtre analogue, pour la consistance, à de la boue splénique de la grosseur d'un pois. Les valves mitrales sont légèrement épaissies, et à leur point de jonction, il y a quelques plaques blanches d'endocardite plastique. — Rien au cœur droit. Nulle part, sur l'endocarde, on ne trouve de traces d'ulcérations, ni de foyers puriformes.

Sur l'aorte jusqu'à sa bifurcation en artères iliaques, on trouve un exsudat constitué par des plaques d'aspect laiteux, sans coloration, rouge autour, sans trace d'abri. Les artères destinées à la partie supérieure du tronc. n'ont pas été examinées.

Pas trace de liquide ni de fausses membranes dans les plèvres. Les *poumons* sont petits. Les lobes supérieurs sains. Les lobes inférieurs sont congestionnés. Nombreuses ecchymoses sous la plèvre viscérale. Les lobes crépitent encore, surnagent, laissent échapper à la coupe une assez grande quantité de sang, et on voit de petits foyers hémorrhagiques dans toute l'épaisseur des lobes inférieurs, sans configuration définie, et ne présentant nullement l'aspect pyramidal à base périphérique. Leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois.

Vu l'absence de lésions dans le cœur droit, ne pourrait-on pas penser que ces hémorrhagies ont pour cause des embolies dans les artères bronchiques ?

Le *foie* est normal, jaunâtre, graisseux à la coupe, pas d'hémorrhagies. La *rate* assez volumineuse, rouge, présente à la périphérie un grand nombre d'ecchymoses, petites. Foyers hémorrhagiques multiples dans l'intérieur, pas trace de ramollissement putride. L'*estomac* volumineux laisse voir par transparence à travers le péritoine une suffusion sanguine assez abondante ; la muqueuse est rouge tuméfiée, principalement aux niveaux du grand cul-de-sac où il y a des arborisations vasculaires à mailles très-serrées. Par place extravasations sanguines sous-muqueuses formant des ecchymoses de la largeur d'une pièce de 20 centimes. Pas trace d'ulcérations. Dans toute la longueur de l'*intestin grêle*, surtout dans l'iléon, il y a des arborisations vasculaires aussi abondantes qu'à l'estomac. Elles correspondent au bord libre de l'intestin. Ecchymoses nombreuses et étendues, nulle part on ne voit d'ulcérations. Rien dans le gros *intestin*.

Les *reins* sont volumineux, décolorés, sans hémorrhagies. Rien dans les uretères. Au bas-fond de la vessie ecchymoses et vascularisations analogues à celles de l'estomac et de l'intestin. Les foyers d'extravasation sanguine y sont peut-être plus abondants. Le vagin et l'utérus sont normaux, pas de grossesse.

Cyanose congénitale. Rougeole. Diphthérie secondaire. Mort ; par L. Maunoir, interne des hôpitaux.

Sourou, Henriette, âgée de 20 mois, est entrée à l'hôpital des Enfants (service de M. Archambault), salle Sainte-Geneviève n° 19, le 7 janvier 1876.

Au dire de la mère, cette enfant est venue au monde avec une teinte bleue. Depuis sa naissance, elle a toujours été souffrante sans faire de maladie à proprement parler. La respiration est toujours courte, mais depuis trois jours elle l'est davantage et l'enfant a eu quelques vomissements.

Cette petite fille a un développement à peu près normal pour son âge. La première dentition est complète, mais l'ossification du crâne ne l'est pas encore. Les incisives supérieures commencent déjà à se carier. Ce qui frappe dès l'abord, c'est la teinte cyanotique des lèvres et des extrémités des doigts (aux mains et aux pieds), qui sont renflés en massue et ont une forme carrée. On voit de plus des veines très-dilatées le long des doigts et sur les tempes et le front.

La coloration générale de la peau est habituellement peu cyanosée. Mais dès que l'enfant crie, ce qui lui arrive très-fréquemment, elle devient immédiatement très-bleue. Le même phénomène se reproduit toutes les fois que l'enfant a des sortes de crises de suffocation qui ont été observées à plusieurs reprises pendant son séjour à l'hôpital.

L'auscultation des *poumons* ne dénote rien d'anormal. Celle du *cœur* n'a pas constamment fourni les mêmes résultats. A certains moments, surtout lorsque l'enfant était bien au repos, on n'entendait que les bruits normaux. Beaucoup plus habituellement, on percevait un bruit de souffle systolique assez dur, ayant son maximum d'intensité dans le 3e espace intercostal vers le bord gauche du sternum et sans propagation du côté du cou ou vers la clavicule. Mais s'entendant bien [illegible] a pointe du cœur. La température prise dans le

rectum oscille autour de 37°. Le pouls habituellement fréquent varie de 140 à 160 par minute.

Du 7 au 19 janvier rien de particulier à noter. A partir du 19 janvier, les accès d'oppression sont plus fréquents. On observe parfois de légers mouvements convulsifs des yeux.—Du 19 au 29 la température rectale s'élève et se maintient entre 38° et 39°. Il survient de la toux avec quelques râles dans la poitrine.

Du 29 au 31 janvier, la fièvre augmente encore (39°,8 à 40°,4) et enfin apparaît le 31 janvier et le 1er février avec du catarrhe occulo-nasal et de la diarrhée, une éruption de rougeole (évidemment contractée par contagion dans la salle).

Cette rougeole, sauf les caractères de l'éruption sur lesquels nous allons revenir, suit une marche classique, et bien qu'accompagnée de catarrhe bronchique chez une enfant dont la circulation pulmonaire doit déjà se faire d'une façon fort incomplète, ne met pas directement les jours de la petite malade en danger. L'éruption rubéolique était ordinairement d'un rouge un peu violacé — et devenait cyanique chaque fois qu'il y avait quelque gêne accessoire de la circulation, pendant les cris, les accès de dyspnée, etc.

Dès le 5 ou 6 février, l'enfant paraît convalescente.

Le 10 février l'état général est moins bon et on constate la présence d'une éruption aphtheuse sur la langue et d'une gingivite ulcéro-membraneuse à la gencive inférieure. Trois jours plus tard la toux devient rauque, croupale, la dyspnée augmente, et l'enfant succombe à l'asphyxie le 14 février au matin.

L'Autopsie pratiquée le 15 février — *Laryngo-trachéite* pseudo-membraneuse. — *Adhérences pleurales* récentes à droite. — *Bronchites et congestion pulmonaire* doubles.

Cœur. Comparé au cœur gauche, le cœur droit est très-développé. — *Oreillettes*. La *droite* très-distendue et pleine de caillots noirs, mesure 2 centimètres 1/2 de hauteur et 6 centimètres de circonférence intérieure. La *gauche* très-réduite n'est plus que le simple confluent à peine dilaté des veines pulmonaires. Elle a 4 centimètres de circonférence intérieure. Le *trou* de Botal oblitéré. Il existe cependant 2 ou 3 petits orifices obliques dans la cloison interauriculaire.

Ventricule droit. Au moins double du gauche, mesure à sa base extérieurement du sillon interventriculaire antérieur au postérieur 8 centimètres de pourtour (le gauche n'en mesurant que 5). Les *parois* du ventricule droit sont hypertrophiées.

En ouvrant ce ventricule, on trouve les particularités suivantes : 1° l'infundibulum de l'artère pulmonaire est extrêmement petit et conduit dans une très-petite artère pulmonaire; 2° L'aorte s'abouche largement dans le ventricule droit par la presque totalité de son orifice. Un 5e à peine de son diamètre est situé dans le ventricule gauche; 3° Il y a une communication entre les 2 ventricules, au niveau de la partie supérieure de la cloison interventriculaire. Cet orifice de communication paraît résulter d'un arrêt de développement de la cloison. Il est régulièrement arrondi et admet la pulpe de l'auriculaire. Prolongée en haut la cloison incomplète viendrait tomber sur l'aorte dont elle laisserait au moins les 4/5 dans le ventricule droit et à peine un 5e dans le gauche. L'infundibulum est en avant et à droite de la cloison; 4° La valvule tricuspide épaissie et rouge à son bord libre paraît suffisante.

Le *ventricule gauche* ne présente de remarquable que sa petite capacité, l'abouchement très-imparfait de l'aorte dans sa cavité, la communication interventriculaire, et l'épaississement très-marqué, rugueux, accompagné de rougeur du bord libre de la valvule mitrale. Il n'y a d'ailleurs pas d'autres traces d'endocardite dans aucune des cavités cardiaques.

Aorte. Ne présente d'autre anomalie que son abouchement déjà signalé dans le ventricule droit et une dilatation de sa portion ascendante portant surtout sur la paroi postérieure. Sa circonférence au niveau des sigmoïdes est de 4 centimètres.

Artère pulmonaire. Ses parois sont très-minces, transparentes, veineuses. Son volume est celui d'une forte plume d'oie. Elle n'a que 2 valvules sigmoïdes qui sont saines. A leur niveau elle mesure 1 1/2 centimètre de circonférence.

Le *canal artériel*, perméable, admet un stylet de trousse.— Les *divisions de l'artère pulmonaire* atrophiée se poursuivent dans le parenchyme pulmonaire. — Les *artères bronchiques* à leur origine à l'aorte sont très-petites et ne paraissent pas pouvoir compenser l'insuffisance de l'artère pulmonaire. Le *système veineux* général (saphènes-proplitées, etc.), ne présente rien de spécial.

Foie congestionné ; de couleur noirâtre. — *Reins* normaux. — *Rate* dure-fibreuse.

Système nerveux. Suture sagittale et fontanelles non ossifiées. Larges communications veineuses entre les circulations intra et extra-crâniennes. Coagulations récentes dans les tissus de la dure-mère. — Veines de la pie-mère énormément distendues et variqueuses. — Substance grise du cerveau et du cervelet d'une couleur très-foncée, sans altération particulière des centres nerveux à la coupe. — La moelle n'a pas été examinée.

Remarques. — La cyanose paraît liée dans ce fait comme cela a lieu le plus souvent, à une malformation congénitale de l'artère pulmonaire ; d'où est résulté un excès de pression dans le ventricule droit avec développement incomplet et refoulement de la cloison interventriculaire. De plus, il y avait évidemment hématose incomplète vu la petitesse de l'artère pulmonaire, et mélange de 2 sangs par le fait de la communication interventriculaire et du large abouchement de l'artère aorte dans le ventricule droit.

M. Homolle. Dans les cas que j'ai pu observer, l'aspect des doigts était un peu différent de ce que l'on observe dans la tuberculose ou dans les pleurésies chroniques ; la phalangette prend une forme olivaire, se renfle en baguette de tambour plutôt qu'elle n'affecte la disposition en spatule avec prédominance des dimensions transversales. L'apparence était la même dans un cas d'anévrysme probable du tronc innominé; la déformation était bornée aux doigts de la main droite.

Malformation congénitale du cerveau. — Absence presque complète des lobes occipitaux. — Contracture généralisée. — Mort à 28 mois ; par L. Maunoir, interne des hôpitaux.

Meun., 28 mois, entré le 3 janvier 1876 à l'hôpital des Enfants (service de M. Archambault), salle Saint-Louis, n° 28, présente à peine le développement d'un enfant de six mois Il n'est pas disproportionné ; la tête, le thorax, les membres sont simplement de très-petites dimensions, et la maigreur de ce petit corps est portée aux dernières limites. Il n'y a encore que deux incisives à chaque mâchoire ; les deux premières molaires inférieures commencent à paraître.

Cet enfant a eu constamment depuis sa naissance des convulsions et des vomissements. Lorsqu'il est couché dans son lit, on constate qu'il est dans un état de rigidité musculaire généralisée. La tête est maintenue renversée en arrière et roule par moments à droite et à gauche sur l'oreiller comme si l'enfant voulait user par le frottement son occiput. Il n'y a aucune lésion locale expliquant ce fait.

Les quatre membres restent contracturés et fléchis d'une façon permanente et forcée. Les doigts fortement recourbés sur le pouce implantent leurs ongles dans la paume de la main. La flexion des avant-bras exige un certain effort pour être vaincue. Il en est de même pour les orteils, les jambes et les cuisses, qui sont ramenées sur le ventre.

On peut soulever l'enfant tout d'une pièce en le prenant par un pied. La respiration et la circulation s'opèrent normalement, Les fonctions digestives s'accomplissent aussi régulièrement. Il y a plutôt de la constipation que de la diarrhée, et l'enfant boit son lait sans difficulté, mais en faible quantité.

Par moments, lorsqu'on excite un peu l'enfant, il y a de petites secousses convulsives, une sorte de tremblement dans les membres supérieurs. En même temps les doigts fléchis se serrent davantage les uns contre les autres. L'enfant pousse des gémissements continuels, et dès qu'on touche un point quelconque de son corps, ses cris redoublent. Sa sensibilité paraît notablement exagérée.

En examinant la surface cutanée, on constate des traces douteuses d'une éruption syphilitique ; une tache brunâtre de forme circinnée sur l'abdomen et des érosions du scrotum accompagnées d'intertrigo, le tout ressemblant fort à des plaques muqueuses ulcérées. Il n'y a pas d'engorgements ganglionnaires.

Les renseignements pris auprès des parents, qui paraissent bien constitués, sont négatifs au point de vue de la syphilis. Néanmoins un traitement antisyphilitique est institué, en commençant par 30 gouttes de Van Suréten, portées bientôt à 50 gouttes tous les jours, et en frictions mercurielles sous les aisselles tous les deux jours.

Il ne se produit aucune modification dans l'état de l'enfant qui reste aussi contracturé et aussi chétif qu'à son entrée.

A partir du 15 janvier survient de la diarrhée. On ne donne plus que vingt gouttes de Van Swieten et quelques grammes de sirop diacode.

La diarrhée persiste, l'enfant ne mange presque plus et devient de plus en plus squelettique. Il succombe dans la nuit du 24 au 25 janvier.

Autopsie. Le 26 janvier. — Aucune lésion syphilitique viscérale (Les manifestations douteuses du côté de la peau avaient déjà presque disparu pendant la vie. — Le *Foie* est graisseux uniformément jaunâtre à sa surface et à la coupe. — Les *Poumons* sont très-emphysémateux dans leurs lobes supérieurs. A la base du poumon gauche quelques points de pneumonie lobulaire. Rien à noter du côté des autres *viscères thoraciques* et *abdominaux*.

Les *os du crâne* sont minces, leur soudure est complète, sauf au niveau de la fontanelle antérieure. Il n'y a pas d'adhérence avec la dure-mère.

Encéphale semble à première vue avoir sa disposition normale, la calotte crânienne une fois enlevée : mais on perçoit une sensation kystique répondant à tout le tiers postérieur des hémisphères. La *dure-mère* est détachée sans difficulté. Les *vaisseaux* de la base de l'encéphale sont normaux. *Congestion méningée* au niveau des lobes frontaux. En arrière et à partie du sillon de Rolando sur les deux hémisphères la coloration et la consistance des *méninges* deviennent toutes spéciales. Cette coloration est blanchâtre, et on y sent une fluctuation évidente. Il existe là deux kystes symétriques représentant la forme des lobes occipitaux. En les incisant, on recueille dans chacun environ 150 gr. de liquide transparent, alcalin, d'une densité de 1005 ne contenant que des traces d'albumine et 0 gr. 53 de chlorure pour 100. (Analyse dûe à l'obligeance de M. Bozon interne en pharmacie) — C'est par conséquent du liquide céphalo-rachidien. Quant aux *parois kystiques* elles sont très-minces et paraissent uniquement constituées par le feuillet viscéral de l'arachnoïde. La *cavité* est très incomplètement cloisonnée par des tractus fibro-celluleux. Elle envoie de petits prolongements digitiformes en avant du côté des lobes frontaux, et d'autres diverticulums plus considérables sous cette partie de l'arachnoïde qui recouvre les parois latérales des lobes sphénoïdaux, jusqu'à la scissure de Sylvius.

Ces cavités kystiques paraissent bien siéger dans l'espace sous arachnoïdien et avoir refoulé la pie-mère avec la substance cérébrale, de telle sorte qu'on ne trouve pas de communication avec les ventricules latéraux. Relativement à la *substance cérébrale* elle-même, presque tout ce qui est en arrière de la circonvolution marginale postérieure a disparu. On ne trouve que quelques circonvolutions occipitales déformées visibles par la face inférieure seulement, et des lobes sphénoïdiens incomplets.

Les kystes une fois vidés et leurs parois affaissées, le cervelet très-volumineux est entièrement à découvert ainsi que les tubercules quadrijumeaux. Le corps calleux aminci se déchire à la moindre traction. L'hémisphère gauche en général est notablement plus petit que le droit.

Sclérose du pancréas. Oblitération du canal cholédoque. Ictère ; par J. Déjerine, interne des hôpitaux.

X..., 67 ans, est entré le 6 janvier 1876, à l'hôpital Saint-Louis (service de M. le professeur Hardy).

C'est un homme d'apparence encore vigoureuse, s'étant toujours bien porté. Pas d'antécédents syphilitiques, pas d'alcoolisme. Environ 6 semaines avant son entrée à l'hôpital, il a eu une rétention d'urine qui disparut assez rapidement et une quinzaine de jours après, il s'aperçut que sa peau prenait une teinte jaune. Depuis lors cet ictère ne l'a pas quitté ; il était accompagné de démangeaisons insupportables empêchant le sommeil. Il y a une semaine environ, il eut un eczéma des bourses pour lequel il entre à l'hôpital Saint-Louis. L'ictère dont est atteint le malade est très-marqué, toute la surface cutanée a pris une teinte jaunâtre très-prononcée, l'urine traitée par l'acide urique contient une grande quantité de matière colorante biliaire.

L'examen du malade ne dénote rien de particulier du côté des viscères, si ce n'est une augmentation assez marquée du volume du foie qui descend de 3 travers de doigt au-dessous des fausses côtes et de l'appendice xiphoïde, indolence à la palpation. Ralentissement du pouls.

Jusqu'au 11 février, l'état du malade reste le même, il faut noter cependant un peu d'amaigrissement, le 11 au matin, l'examen de l'urine montre un léger dépôt rougeâtre que l'examen microscopique montre être constitué par des globules sanguins. Le 13 février, il se déclare une hématurie très-forte et le malade tombe dans le coma vers le soir. Mort après 36 heures de cet état comateux.

Autopsie 48 heures après la mort. — Rien à noter du côté de la boîte crânienne ou des méninges. Les artères de la base sont très-athéromateuses. L'encéphale est parfaitement sain. Le cœur de volume ordinaire est recouvert de graisse, le tissu de l'organe a une couleur feuille morte. Les sigmoïdes aortiques sont épaissies, l'aorte est dilatée et scléreuse.

Le foie est considérablement augmenté de volume ; à la coupe le parenchyme est verdâtre, le tissu hépatique est infiltré de bile et les canaux biliaires extrêmement dilatés. Sur la face convexe épaississement de son enveloppe.

L'appareil biliaire présente des particularités intéressantes, il est très-dilaté dans toute son étendue, la vésicule, le canal hépatique, le canal cystique et le canal cholédoque sont très-augmentés de volume, ce dernier atteint le calibre du doigt. Cette dilatation du canal cholédoque existe dans toute sa longueur, sauf au moment où il s'engage dans la tête du pancréas, à ce niveau le canal est comme étranglé et en introduisant un stylet dans l'ampoule de Water on ne peut pénétrer dans le canal cholédoque qui paraît oblitéré à ce niveau. Le *pancréas* est sclérosé dans toute son étendue, il est de petit volume, très-dur et crie sous le scalpel. La rate est normale. L'*estomac* est sain. Les *reins* sont volumineux et très-congestionnés. Dans la portion pyramidale il y a des extravations sanguines nombreuses, les bassinets et le calcul sont remplis par des caillots noirâtres qui se prolongent dans les uretères.

Examen microscopique du foie et du pancréas. Les cellules hépatiques sont réduites de volume, granuleuses et remplies de matière biliaire. Les canaux biliaires périlobulaires sont extrêmement dilatés, pas de lésions du tissu conjonctif périlobulaire. Rien à noter du côté des vaisseaux. Les coupes pratiquées sur le pancréas, montrent que l'on a affaire à une véritable sclérose de cet organe avec étouffement des acini par compression.

Réflexions. — L'intérêt de cette observation nous paraît résider dans le mécanisme d'après lequel s'est produit cet ictère par rétension, qui a amené la mort avec les phénomènes de l'ictère grave. Chez ce malade qui n'avait jamais eu antérieurement de symptômes hépatiques et qui est atteint d'ictère à marche chronique, on trouve à l'autopsie une oblitération du canal cholédoque à l'endroit où il pénètre dans la tête du pancréas, qui est dans un état scléreux très-avancé. Cette sclérose nous paraît avoir été la cause de la compression et de l'oblitération du canal cholédoque et avoir produit ainsi un ictère persistant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 juin 1876.— Présidence de M. Houel.

M. Verneuil dépose sur le bureau deux thèses récemment soutenues par deux de ses élèves et une observation manus-

crite. La première thèse a pour sujet le traitement chirurgical des hémorrhoïdes; la seconde est relative aux causes de la mort dans les fractures du col du fémur. Ce n'est pas par la congestion ou par l'hypostase pulmonaire que la mort survient chez les vieillards dans les accidents de ce genre, mais par une néphrite dont les lésions cadavériques ont été souvent constatées.

L'observation manuscrite renferme l'histoire d'un individu de la campagne qui à la suite d'une luxation de l'épaule très-simple, et réduite sans la moindre difficulté, fut atteint de phlegmon, de pyohémie, et mourut. Mais cet homme souffrait depuis longtemps d'une affection chronique du foie, qui peut ne pas avoir été sans influence sur le développement des accidents auxquels il succomba.

M. Cruveilhier lit un rapport sur la candidature de M. Bergeon (de Moulins).

M. Guéniot continue sa communication relative à l'influence du traumatisme sur la grossesse, et revient d'abord sur les traumatismes de la zone génitale. Il faut exclure de cette zone non-seulement les aines, la paroi abdominale et la région supérieure des cuisses, mais encore la région des seins. Sur 14 cas de traumatismes dans cette région, une seule fois la mort s'en suivit. Dans cette série de faits, M. Guéniot ne tient pas compte d'un cas complexe apporté par M. Verneuil, et dans lequel existait surtout une plaie de la grande lèvre. D'ailleurs lorsque la fausse couche se produit, l'accident n'est pas tant le résultat de l'intensité du traumatisme que de sa répétition ou de sa longueur.

En second lieu, M. Guéniot étudie les traumatismes avec hémorrhagies. La mort est assez commune, quand l'hémorrhagie est brusque et abondante, *mais la fausse couche n'a pas lieu*. Enfin une troisième catégorie de traumatismes comprend tous ceux qui s'accompagnent d'affections inflammatoires, telles que l'angioleucite, le phlegmon, l'érysipèle: dans ces cas, il y a avortement. Mais ici encore, ainsi que dans la catégorie précédente, il faut une intervention étrangère au traumatisme lui-même pour amener ce résultat; de telle façon que l'on pourrait dire: l'œuf sain, dans un utérus sain est assimilable à un organe de l'économie, qui ne peut souffrir du traumatisme, qu'autant que ce traumatisme l'aura directement atteint.

M. Guéniot passe ensuite aux grossesses compliquées d'un état pathologique spécial, comme l'irritabilité utérine, une maladie de l'œuf, ou un état morbide général chez la mère. Dans ces cas encore l'avortement a lieu. Les avortements à récidives qu'on observe assez fréquemment chez certaines femmes, tiennent à l'irritabilité utérine ou à une maladie de l'œuf, et la maladie de l'œuf, souvent latente, peut être la cause provocatrice de l'irritabilité elle-même.

En résumé, M. Guéniot croit pouvoir diviser en six catégories, les cas de traumatismes survenus pendant la grossesse dont il a réuni jusqu'à ce jour 240 observations: 1° faits à négliger ou inutiles à la démonstration: trachéotomies dans un cas de croup, dans un cas d'œdème de la glotte, etc.; 2° grossesses continuées malgré l'intensité du traumatisme: 3° grossesses interrompues à la suite de traumatismes dans la zone génitale: 4° grossesses interrompues par un trouble profond de la circulation utérine hémorrhagie); 5° grossesses interrompues par le fait d'inflammations graves telles que l'érysipèle, le phlegmon, etc.; 6° grossesses interrompues par les conditions morbides de la grossesse elle-même. Nous donnerons les conclusions de ce premier travail en même temps que celles de la seconde partie de la communication: influence de la grossesse sur le traumatisme.

M. Blot ne croit pas qu'il soit permis de tirer des conséquences pratiques de la statistique établie par M. Guéniot. Les faits anciens ont établi depuis longtemps déjà qu'il faut opérer le moins possible pendant la durée de la grossesse, et seulement lorsqu'on y est absolument forcé. L'influence du traumatisme sur la grossesse peut donner au contraire des résultats précieux, si l'on utilise dans l'étude de cette question, toutes les ressources que nous possédons aujourd'hui.

M. Verneuil pense contrairement à M. Blot, que l'influence du traumatisme sur la grossesse est un sujet d'observations d'où l'on pourra tirer encore des conclusions. Il regrette seulement que, pour une question semblable, on n'ait pu réunir qu'un ensemble de 200 faits. Relativement à la division de M. Guéniot, qu'il considère d'ailleurs comme très-acceptable, M. Verneuil fait remarquer que la mort, survenue chez une malade trachéotomisée, pourrait très-bien n'avoir pas été étrangère à la grossesse, attendu que la turgescence du cou chez les femmes grosses peut être la cause d'hémorrhagies considérables.

Pour la deuxième question, il y a beaucoup à faire: les femmes enceintes ont une tendance pyogénique extrême; cela tient-il à un état spécial du sang? Et sous ce rapport, il faudra rechercher aussi l'influence de la constitution particulière du sang sur les fonctions de réparation (plaies, fractures); si le retard dans la formation du cal tient à un défaut de plasticité du liquide, il est incontestable d'un autre côté que la grossesse a souvent activé d'une manière prodigieuse, la marche et le développement de certaines tumeurs.

M. Lannelongue présente à la Société une jeune malade, chez laquelle il a pratiqué une restauration de la voûte palatine, en empruntant un lambeau muqueux à la cloison des fosses nasales. L'écartement de la solution de continuité était de 1 cent. 1/2. Aujourd'hui l'obstruction est complète dans une bonne partie de la voûte. C'est la cinquième opération de ce genre qu'ait pratiquée M. Lannelongue. Les quatre premiers cas ont eu un succès complet. La réparation a toujours été très-rapide à cause de la grande vascularité du tissu d'emprunt.

M. Duménil (de Rouen) présente le maxillaire supérieur d'un individu qui avait été atteint de suppuration chronique du sinus, et qui mourut de la variole à l'Hôtel-Dieu de Rouen.

La suppuration s'était fait jour à travers l'alvéole. Sur la joue existait une saillie anormale, et pendant quelque temps, à la suite d'une perforation chirurgicale de la paroi, on avait fait des injections dans la profondeur de la cavité malade. — A l'autopsie, on trouva une tumeur osseuse attachée à la face inférieure du plancher de l'orbite, mais mobile et séparée du tissu osseux par une membrane celluleuse. Cette pièce présente un certain intérêt au point de vue du développement des exostoses aux dépens de la membrane du sinus.

M. Tillaux pense que cette tumeur est un kyste, avec épaississement des parties osseuses avoisinantes.

M. Forget fait remarquer que le malade a suppuré longtemps et que dans les environs de la tumeur s'est développé une ostéite condensante.

M. Tillaux rappelle la discussion qui a eu lieu à la Société, il y a quelques années, entre MM. Dolbeau et Giraldès. M. Dolbeau fit voir l'utilité pratique que l'on pouvait tirer de l'étude étiologique de ces tumeurs. Elles sont indépendantes de la paroi, elles ne sont pas mobiles, mais mobilisables, aussi faut-il les opérer non par traction mais par soulèvement.

M. Houel partage l'opinion de MM. Tillaux et Forget. Il s'agit d'un kyste purulent du sinus, avec certains points d'atrophie et d'hypertrophie de la paroi.

M. Duménil. Dans les cas rapportés jusqu'ici l'orification ne venait pas d'une muqueuse. Ici, au contraire la tumeur dépend entièrement de la muqueuse et semble s'être développée dans son feuillet le plus externe. E. Brissaud.

REVUE MÉDICALE

I. De la mélanurie comme signe de cancer; par M. B. Stiller (de Pesth). — *Deutsch. Arch. f. klin. Medicin*; XVI, p. 414.

II. Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire; par S. Weiss. — *Deutsch. Arch. f. klin. Medicin*. XVI, p. 374.

III. Le carcinome primitif du rein chez les enfants; par Kuhn, *Deutsch. Arch. f. Klin. Medicin*, XVI, p. 306.)

I. Ce travail renferme une observation de cancer mélanique avec mélanurie. Ce symptôme bien connu en France depuis le mémoire de M. Nepveu, a été pour la première fois indiqué en 1858, par Halla, de Prague, qui avait signalé la coloration noire de l'urine au contact de l'air ou sous l'influence de l'acide nitrique; Lerch avait montré que d'autres oxydants,

l'acide chromique par exemple, donnent lieu à la même réaction et il avait appelé mélanine la matière colorante qu'il n'avait cependant pas isolée.

En 1861, Diessler retira d'un foie envahi par le cancer mélanique, une substance pigmentaire, renfermant du fer et l'appela mélanine. Deux ans après, Pribram trouva dans l'urine d'un cancéreux un principe analogue, que Neubauer et Vogel décrivirent plus tard sous le nom de mélanogène, appellation plus exacte puisqu'il est incolore avant d'avoir subi l'oxydation.

La mélanurie a donc une valeur diagnostique considérable, elle n'est pas un phénomène constant, mais chez quelques sujets se montre seulement par intervalles, sans que l'on connaisse les conditions qui favorisent son apparition. Elle doit surtout faire penser au cancer mélanique du foie, cet organe étant le plus fréquemment affecté de cette forme de carcinôme secondaire ou même primitif.

L'urine peut présenter une coloration noirâtre dans certaines circonstances qu'il est en général facile de reconnaître, parce que la teinte anormale se montre primitivement et non pas seulement après l'oxydation ; après l'administration de préparations de goudron ou d'acide phénique, lorsque l'urine renferme beaucoup de sang, dans quelques cas très-rares, à la suite d'inhalation d'hydrogène arsénié. Dans la mélanémie palustre, le pigment est en suspension et non en dissolution dans l'urine ; toutefois ce dernier caractère n'a pas une valeur absolue puisque M. Nepveu a trouvé dans l'urine des granulations ou de petites masses de pigment.

II. Cette observation est surtout remarquable par la manière dont s'est rétablie la circulation dans un cas de rétrécissement pulmonaire considérable avec oblitératiou presque complète du canal artériel de Botal. La sténose portait non sur l'orifice lui-même, mais sur le cône artériel et semblait devoir être attribuée à une endo-myocardite circonscrite.

Dans la plupart des cas de rétrécissement considérable ou d'oblitération de l'artère pulmonaire, le canal artériel reste perméable, ou lorsque cette voie collatérale fait défaut, les artères bronchiques se dilatent et ramènent le sang au poumon (Jacobson, Peacock, etc.)

Dans le fait de S. Weiss, une branche volumineuse distincte des artères bronchiques pénétrait à la base du poumon gauche, se répandait dans le lobe inférieur en rameaux dilatés qui donnaient à certaines parties une apparence caverneuse et paraissait en raison de son volume et de ses anastomoses, fournir sans doute du sang au poumon droit lui-même.

Ce mode de pénétratiou d'un vaisseau collatéral sur un point éloigné du hile est tout à fait anormal.

Les faits d'oblitération ou de rétrécissement considérable de l'artère pulmonaire avec oblitération de l'artère artériel dans lesquels on a cherché à déterminer les voies de la circulation collatérale sont rares. Le plus souvent on a signalé la dilatation des artères bronchiques qui, au voisinage du hile, s'anastomosent avec les branches de l'artère pulmonaire. Quelquefois la sous-clavière envoie une division importante à l'artère pulmonaire (Chambers, Ramsbotham); dans le cas de Jacobson, l'artère péricardique supérieure envoyait deux branches anastomotiques à la petite circulation. Voss a vu des rameaux fournis par les coronaires cardiaques. Souvent les voies collatérales sont multiples comme l'ont indiqué Rokitansky, M. Daniel et comme je l'ai vu moi-même dans un cas d'occlusion complète de l'artère pulmonaire (*Soc. Anat.*, 1873).

Il importe de signaler, dans l'observation de M. Weiss, l'absence de souffle cardiaque ; en pareille circonstance, il est permis de penser que l'artère pulmonaire est complétement oblitérée ou extrêmement rétrécie. Le fait que j'ai observé et l'analyse des faits publiés, me font admettre que le souffle doit se produire à l'orifice pulmonaire et qu'il n'est pas, comme on l'a soutenu, en rapport avec la présence de l'orifice anormal qui fait communiquer les deux ventricules ou les deux oreillettes.

III. Le carcinome du rein est une des formes du cancer qu'il est le plus fréquent d'observer dans l'enfance. Rohrer, qui a réuni plus de 115 observations, a constaté que l'affection débute, dans un tiers des cas, pendant l'enfance.

Le poids de la tumeur peut être considérable (15 kil. et demi dans les faits de Hawkins et de Van der Byl). Le cancer médullaire est la forme ordinaire ; il a une tendance remarquable au ramollissement, ce qui explique la présence de portions fluctuantes et rend compte de la fréquence des ponctions. La lésion est généralement unilatérale.

Les formations métastatiques du cancer secondaire ne se font que très-tardivement et sont beaucoup plus rares que chez l'adulte ; les poumons sont le siége habituel de ces manifestations ; le foie est plus rarement affecté ; les autres localisations sont exceptionnelles. Presque constamment, et cela est surtout vrai du côté droit, le colon adhère à la face antérieure de la tumeur, ce qui peut parfois être utile au diagnostic.

Dans les derniers temps de la vie, les urines abondantes peuvent renfermer du sang ; la cause de ces hématuries tardives semble être plutôt une congestion intense du rein resté indemne, que les progrès du cancer.

Les premiers symptômes reconnus sont en général la présence d'une tumeur ou l'hématurie ; les enfants sont encore en apparence florissants de santé. La durée de la période latente probablement assez longue qui précède ces manifestations, est presque impossible à apprécier ; elle doit être sans doute comptée par années, tandis qu'à partir des accidents en question, la survie n'excède guère sept à huit mois (Roberts et Rohrer). Il paraît certain que le cancer avait, dans un cas au moins, débuté pendant la vie intra-utérine.

Lorsque la tumeur siége du côté droit, elle affecte avec le foie des rapports importants qui peuvent rendre le diagnostic difficile ; toutefois il faut remarquer que le colon s'interpose en général entre la tumeur de la face inférieure du foie.

Les phénomènes douloureux peuvent manquer complétement ; parfois seulement il y a des douleurs très-vives des régions lombaire et fessière et tout le long des membres inférieurs.

L'urine abondante est chargée de sels et quelquefois albumineuse, alors même qu'elle ne renferme pas de sang, ce qui est en rapport avec l'élévation de la tension vasculaire dans le rein qui fonctionne encore et l'accumulation des matériaux d'élimination dans le saug.

Le mémoire de M. Kühn est accompagné de deux observations inédites et renferme des iudications bibliographiques importantes. Un fait curieux siguale dans l'une des observations est la pigmentation de la peau comparable à celle qui s'observe dans la maladie d'Addison ; chez le même malade, on remarquait en outre un développement tout-à-fait prématuré des organes génitaux. Il en était de même dans un cas publié en 1865 à Londres. G. Homolle.

BIBLIOGRAPHIE.

A report on the hygiene of the United states army, with description of military Post. (Washington 1875. Publication du gouvernement.)

Le ministère de la guerre des Etats-Unis a réuni dans ce volume un grand nombre de mémoires d'hygiène, relatifs aux postes détachés du Far-West : ils sont précédés d'une étude détaillée de l'hygiène de l'armée, faite par J.-S. Billings. On trouvera dans ce recueil de véritables monographies sur la construction des casernes, des baraquements, des camps temporaires et permanents, sur la nourriture des soldats, sur leur habillement, enfin sur l'assistance médicale et le régime des hôpitaux.

La réduction de l'armée permanente a permis d'améliorer singulièrement l'aération; des salles de bain seront ajoutées partout et contribueront dans une large part à assurer le confortable du soldat.

L'alimentation est l'objet d'une étude sérieuse basée sur la physiologie; actuellement le soldat américain reçoit près de 550 gr. de viande par jour, les auteurs du rapport en demandent 750 gr.; ils voudraient aussi voir augmenter la ration de sucre et d'aliments féculents. Ils s'élèvent contre l'usage de

faire la cuisine à tour de rôle et demandent qu'un cuisinier dûment instruit à une sorte d'école de cuisine, soit attaché à chacun des postes, on éviterait ainsi bien des pertes aussi préjudiciables à la santé des soldats qu'à la caisse de l'armée ; on devrait aussi modifier complétement l'alimentation selon la position géographique du poste et suivre un régime conforme à celui qu'emploient les indigènes ; cette remarque est très-importante et s'explique facilement par la dissémination des forts sur un territoire qui s'étend du golfe du Mexique à l'Amérique anglaise. Le linge de corps et la chaussure sont l'objet de chapitres intéressants.

Le rapport se termine par une étude rapide sur la construction des hôpitaux militaires qui ne doivent jamais être calqués les uns sur les autres, mais dont les dispositions doivent surtout être en rapport avec le climat; signalons en passant une disposition ingénieuse employée dans les affections suraiguës pour combattre l'élévation de température : on ouvre une trappe d'un pied carré sous le lit du malade, et on établit la communication avec le ventilateur, on obtient de la sorte un boni d'air frais du malade ; le dr Hoff aurait eu d'excellents résultats en employant cette disposition dans des cas de fièvre typhoïde.

Suivent de nombreux documents sur 238 postes militaires. On y remarquera principalement la topographie médicale des contrées qu'ils occupent, et de nombreuses observations météorologiques. Des tableaux, des cartes et des plans contribuent avec les figures intercalées dans le texte à montrer le soin et l'intérêt qu'apportent à ces études les médecins militaires américains. Signalons en terminant la libéralité avec laquelle le gouvernement de Washington envoie en Europe de si coûteuses publications. Nous sommes ainsi, mieux renseignés sur l'hygiène militaire des Etats-Unis que sur celle de notre propre pays que nous ne connaissons guère que par des citations venues de l'étranger. H. de B.

CORRESPONDANCE

Faculté de Médecine de Toulouse.

Toulouse, 6 juin 1876.

Monsieur le rédacteur en chef,

L'Ecole secondaire de médecine et de pharmacie de Toulouse est sur le point de devenir une Faculté. Du moins tel serait le projet de M. Waddington.

M. le Ministre de l'Instruction publique désire créer une Université dans le Midi. Les deux villes qui lui ont paru les plus propices sont Montpellier et Toulouse. Cette dernière a été choisie de préférence, mais dans le cas où notre municipalité ne consentirait pas à faire les dépenses nécessaires pour une Faculté de médecine, on donnerait alors à Montpellier une Faculté de droit. MM. Faye et Deltour, inspecteurs, se sont rendus à cet effet dans notre ville, et après avoir visité les différentes Facultés existantes, ils ont reconnu que Toulouse possédait toutes les conditions requises pour en faire un grand centre d'enseignement.

Les dépenses pour l'installation de la Faculté de médecine s'élèveront à la somme de 1,500,000 francs; il est vrai de dire que l'Etat entrera pour la moitié de cette somme. En outre, il faut que notre municipalité s'engage à allouer tous les ans, dans son budget, une somme de 300,000 francs nécessaire au traitement des professeurs et du personnel.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que le Conseil municipal souscrira des deux mains aux conditions stipulées par le Ministre, trop heureux d'avoir une Faculté alors qu'il s'attendait seulement à une école de médecine de plein exercice. L. C.

VARIA

Universités étrangères.

Dans sa Chronique des universités, la *Gazette d'Augsbourg* fournit quelques renseignements qu'il n'est peut-être pas inutile de faire connaître :

Voici d'abord, empruntés à des statistiques officielles, des chiffres concernant l'étude de la médecine dans les universités où l'enseignement se fait en langue allemande. D'après ce relevé, le nombre des étudiants en médecine, dans les universités, est : à Vienne, de 820, chiffre le plus élevé; à Würzbourg, 548; à Leipsick, 428; à Dorpat, 353; à Munich, 347; à Berlin, 263; à Greifswald, 218; à Gratz, 211; à Zurich, 297; à Erlangen, 161; à Breslau, 160; à Tubingue, 157; à Berne, 151; à Kœnigsberg, 148; à Boun, 123; à Gœttingue, 123; à Marbourg, 122; à Fribourg, 120; à Halle, 112; à Heidelberg, 87; à Giessen; 84; à Bâle, 82; à Iéna, 75; à Innsprück, 69; à Kiel, 64; à Rostock, 36. A l'université de Strasbourg, le nombre des étudiants en médecine est de 191.

Dans ce nombre, le contingent de l'Autriche est de 1,100; celui de la Suisse, de 430; celui des provinces baltiques de 353; le reste : 1,271, appartient à l'empire allemand. Le journal fait remarquer que l'Autriche, en ces trois universités, a presque autant d'étudiants que l'Allemagne dans ses vingt établissements universitaires. Parmi ces derniers, l'université de Berlin n'occupe que la 4e place; celle de Bonn, la 12e ; celle de Halle est complétement distancée et dépassée par Greifswald, qui occupe le 5e rang.

Le nombre de tous les étudiants en médecine est de 3,154.

En Russie, le gouverneur général de la Sibérie occidentale, M. l'adjudant général Kasnakow, qui part pour le lieu de sa destination, emporte avec lui le projet définitivement adopté de l'établissement d'une université en Sibérie ; aussitôt après son arrivée dans le pays, il procédera à la réalisation de ce projet. C'est à Omsk que la nouvelle université doit être érigée. Les frais de construction des bâtiments sont évalués à 500,000 roubles; ils seront couverts à l'aide des sommes versées par de généreux donateurs, MM. Demidoff et Zibulski, ainsi qu'à l'aide des fonds assignés par la couronne. Pour commencer il ne sera ouvert que deux facultés, une de médecine et une de mathématiques et de physique. Les dépenses d'installation de ces deux facultés s'élèveront à la somme de 218,000 roubles.

On a complétement renoncé, paraît-il, à l'idée d'établir une université à Plotsk (Pologne); en revanche, à l'université de Varsovie, on augmente le nombre des bourses (*stipendien*) accordées aux étudiants. En 1875, les sommes accordées se sont élevées à 28,896 roubles, dont une centaine d'étudiants ont profité.

A Darmstadt (Allemagne), le corps des professeurs de l'Ecole polytechnique a pris des mesures sévères à l'occasion d'un duel entre deux étudiants. L'un de ces derniers a été expulsé pour toujours de l'établissement. Un des témoins, qui appartenait à l'école, a été exclu jusqu'à l'époque de Pâques 1877. D'autres, impliqués dans la même affaire, ont reçu avis d'avoir à se retirer volontairement ou bien ont subi de sévères réprimandes. Les sociétés d'étudiants dont faisaient partie les deux combattants ont été dissoutes.

Il est d'usage de soutenir qu'en Allemagne l'étude de la géographie est plus cultivée qu'elle ne l'est ailleurs; tel n'est pas l'avis du correspondant viennois de la *Gazette d'Augsbourg*, qui montre qu'en Autriche, par exemple, l'enseignement de la géographie est plus développé qu'en Allemagne dans les universités. Sauf à Czernowitz, toutes les universités de la Cisleithanie ont un professeur enseignant la géographie, et qui est un géographe de profession. En Allemagne, la géographie est regardée comme une science auxiliaire de l'histoire, ce qu'elle est en effet sous beaucoup de rapports ; mais c'est également une science indépendante, qui exige de ceux qui la pratiquent les connaissances les plus variées, des connaissances presque universelles. Aussi, faut-il, pour l'enseigner, des professeurs spéciaux, ce qui n'a pas toujours lieu, paraît-il, dans les universités allemandes.

Le correspondant fait d'ailleurs remarquer que, pendant le semestre d'été de l'année universitaire 1876, il n'y a que dans les universités de Berlin, de Gœttingue, de Halle, de Leipsick, de Marbourg, de Munich, et enfin de Strasbourg, où il se fasse des cours sur les matières géographiques. Les universités allemandes accordant à la géographie la part qui lui revient sont donc en minorité. Les établissements d'instruction supérieure en usant ainsi, les gymnases, qui répondent à nos lycées et à nos colléges négligent à leur tour l'enseignement géographique.

Si l'Allemand est assez instruit en géographie, cela tient, selon le correspondant, non à l'enseignement géographique qui se donne dans les écoles — car là aussi, paraît-il, la géographie n'est guère cultivée, — mais au grand nombre d'encyclopédies et d'ouvrages populaires, relatifs à cette science qui existe en Allemagne. C'est par la lecture et par l'initiative personnelle que l'Allemand acquiert ses connaissances géographiques. Aussi l'Allemagne est grandement distancée par l'Autriche, où il se fait en ce moment un mouvement très-prononcé pour émanciper dans les gymnases l'enseignement de la géographie, de celui de l'histoire, et pour faire enseigner cette branche de connaissances par des professeurs spéciaux.

Corps de santé militaire.

MM. Lacronique, médecin principal de 1re classe; Béchade et Viry, médecins principaux de 2e classe ; Martin, Rey, Lefèvre, Darcy et Vidal, médecins majors de 1re classe, viennent de prendre leur retraite.

Sont nommés médecins aide-majors de 1re classe : MM. Blanchetière et Kleinpetter ; — médecins stagiaires à l'école du Val-de-Grâce : MM. Poliu, Tournier, Chenet, Bercher et Raynaud.

Comité consultatif des épizooties.

Par arrêté du 29 mai dernier, le comité consultatif des épizooties institué près du ministère de l'agriculture et du commerce a été composé comme il suit: *Membres de droit* : MM. Ozenne, conseiller d'état, secrétaire général du ministère ; Porlier, directeur de l'agriculture ; Bouley, membre de l'Institut, inspecteur général des écoles vétérinaires ; Fauvel, inspecteur général des services sanitaires ; Reynal, directeur de l'école vétérinaire d'Alfort. Membres nommés : MM. Léon Renault, député, membre de la société centrale de médecine vétérinaire ; Collignon, conseiller d'état ; Tisseraud, inspecteur général de l'agriculture ; Josseau, avocat à la Cour d'appel; Dally, membre de la société centrale d'agriculture de France ; Hugot, vétérinaire principal de l'armée, membre du comité d'hygiène hippique; Leblond, sous-chef de bureau au ministère, secrétaire.

25. Rhumatisme articulaire aigu. (*Stricker.*)

Acide salicylique cristallisé.... 50 centig.

Pour une dose.

Dans du pain azyme, prendre toutes les heures une dose semblable jusqu'à ce que la douleur ait disparu. Ce résultat est obtenu en quarante-huit heures, la quantité d'acide absorbé variant de cinq à quinze grammes. (*Bordeaux médical*).

Assistance publique : Conseil de surveillance. — Par décret en date du 27 mai 1876, MM. Lauth et Clavel, membres du Conseil municipal de Paris, ont été nommés membres du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'assistance publique, en remplacement de MM. Trélat et Fremyn qui ont cessé de faire partie du Conseil municipal.

Transfusion du sang et du lait. — Le docteur Christopher Johnson, section de chirurgie, a discuté dans un rapport la transfusion du sang et du lait. En parlant du lait, il mentionne le cas d'une femme à qui on a fait une transfusion de ce liquide avec un plein succès. La partie du rapport qui touche à la transfusion du sang est aussi très-intéressante. (*Virginia medical Monthly.*)

Visite de M. Waddington a l'École de médecine. — M. le ministre de l'instruction publique, accompagné de M. Bardoux, président de la sous-commission du budget, s'est rendu hier, à l'École de médecine, où il a été reçu par M. Vulpian, doyen. Le ministre a pu constater l'exiguïté des locaux, l'insuffisance de l'outillage des laboratoires : il a promis de remédier à cet état de chose par l'agrandissement de la Faculté, le Gouvernement devant soumettre prochainement à la Chambre une demande de crédit assez considérable pour l'exécution de ces travaux. (*Temps du 2 juin.*)

Mission médicale dans le Monténégro. — L'*Hour* annonce que le gouvernement russe vient d'allouer un supplément de subvention considérable à la mission médicale envoyée dans le Monténégro il y a quelques mois. Le personnel des chirurgiens, ainsi que celui des aides, a été également augmenté, et M. Paniutive a été nommé chef de la mission en remplacement de M. Hassiltchikoff, qui a donné sa démission. (*Gazette hebdomadaire de médecine*).

Exercice illégal de la médecine. — La Cour de cassation a rendu deux arrêts qui, en présence de nombreux cas d'exercice illégal de la médecine, ne sont pas sans intérêt. Le premier, rendu le 31 mars 1854, dit : il y a délit d'escroquerie de la part du médecin qui, dans des annonces mensongères par lesquelles il vante sa méthode de traitement des maladies, publie des certificats qu'il s'est fait délivrer à l'aide de moyens frauduleux et attestant aussi mensongèrement des guérisons de maladies déclarées incurables par d'autres médecins. D'après le second arrêt, rendu le 25 mars dernier, le pharmacien qui, sans une ordonnance de médecin et en l'absence d'un cas de force majeure, débite un médicament constituant une préparation composée de différents ingrédients, se rend coupable de l'exercice illégal de la médecine. (*Abeille médicale*).

Condamnation d'un pharmacien. On vient de condamner à un mois de prison, 50 francs d'amende et 2.000 francs de dommages-intérêts, un pharmacien et son commis. Celui-ci s'est trompé en livrant un médicament. Il a donné de l'arséniate de soude, poison très violent, pour du phosphate de soude, à madame Girard, dont la santé s'en trouve aujourd'hui gravement compromise. Les excuses du pharmacien n'ont pas été admises, parce qu'il devait tenir ses poisons sous clef. (*Union médicale*).

Nécrologie. — L'*Alger médical* du 1er juin nous apporte une bien triste nouvelle. M. le dr Alling, né à la Nouvelle-Orléans en 1842, vient de mourir. Alling avait été interne des hôpitaux de Paris. Sa santé altérée le décida à aller habiter Alger. Là il sut se créer d'excellentes relations confraternelles et devint l'un des rédacteurs assidus de l'*Alger médical*. « Les qualités sérieuses d'Alling n'excluaient pas chez lui les grâces de l'esprit et l'enjouement du caractère ; sa gaîté était communicative et sa verve souvent railleuse n'était jamais méchante. Il était un de ces camarades dont le nom reste cher et dont le souvenir se perpétue dans les salles de garde où ils ont passé. Sa perte sera ressentie douloureusement par tous ceux qui l'ont connu ; on ne pouvait le connaître sans s'attacher à lui. »

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Cahours, Joli-Clerc et Defos du Rau, médecins majors de 2e classe ; Gassman, médecin aide-major de 1re classe ; Marquet, médecin aide-major de 2e classe : Commaille, pharmacien major de 1re classe ; Perinet, pharmacien aide-major de 1re classe ; Naçet, médecin élève.

Excursion scientifique. — M. Chatin fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 11 juin 1876, dans les bois de Chaville-Meudon. Rendez-vous à dix heures trois quarts, à la gare Montparnasse, ou l'on prendra à onze heures, le train qui part de Paris pour la station de Meudon.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital des Cliniques. Service de M. Broca. Salle des hommes : 8, épithélioma de l'angle interne de l'œil, propagé aux sinus ethmoïdaux; 10, fracture des deux os de l'avant-bras; 11, luxation sous-coracoïdienne, 1?, panaris profond; 15, plaie par arme à feu du globe oculaire; 20, plaie de tête; 24, fracture en V du tibia; 26, kystes synoviaux du poignet; 29, fracture ? d'une vertèbre cervicale. — Salle des femmes : 3, abcès profond du triangle de Scarpa; 4, adénite cervicale; 6, fracture compliquée de la jambe; 7, adénome du sein; 10, polype du col utérin; 1?, fracture compliquée de la cuisse; 24, abcès de la fosse ischio-rectale.

Hôpital Beaujon. Service de M. Dolbeau, suppléé par M. Terrier. Salle Sainte-Clotilde : 25, fracture de la malléole externe du pied droit; 28, arthrite fongueuse du genou droit; 30, corps étrangers articulaire des genoux; 30, ostéo-périostite de la clavicule droite; 41, tarsalgie du pied droit.

Service de M. Le Fort. Salle Sainte-Agathe: 1, squirrhe du sein; 4, cystite avec accès névralgique; 8, lympho-sarcome du sein. — Pavillon II : 3, ostéo-périostite du fémur; 31, mal perforant; 56, calcul vésical.

Service de M. Gubler. Salle Saint-Louis : 1, insuffisance mitrale; 14, tétanos à frigore; 16, méningite tuberculeuse; 25, dysenterie chronique. — Salle Sainte-Marthe : 1, méningite tuberculeuse; 2, insuffisance aortique; 19, paralysie labio-glosso-laryngée.

Service de M. Ferrand. Salle Beaujon : 1, paralysie saturnine; 2, pleurésie aiguë; 10, pneumonie aiguë; 13, purpura. — Salle Sainte-Monique : 1, emphysème, dilatation du cœur droit; 5, fièvre typhoïde; 12, insuffisance mitrale.

Service de M. Moutard-Martin. Salle Saint-François : 4, pneumonie à forme typhoïde; 13, œdème par cachexie saturnine; 21, paralysie saturnine. — Salle Sainte-Claire : 1, kyste hydatique du foie; 4, sclérose en plaques, 14, tumeur cérébrale.

Hôpital des Enfants-Malades. Enseignement clinique. *Lundi* : M. Bouchut. Consultation des maladies aiguës. — M. Blachez. Consultation pour les maladies chroniques.

Mardi : M. Bouchut. Visite à 8 h. 1/2. Clinique à l'amphithéâtre à 9 h. 1/2. — M. Archambault. Consultation des maladies aiguës.

Mercredi : M. Simon. Clinique à l'amphithéâtre, à 9 h. 1/2. Consultation roulante pour les maladies aiguës.

Jeudi : M. de Saint-Germain. Cliniques et opérations à 9 h. 1/2. — Orthopédie (torticolis, pieds bots, etc.). — M. Blachez. Consultation pour les maladies aiguës. — M. Simon. Consultation pour les maladies chroniques.

Vendredi : M. Archambault. Clinique à l'amphithéâtre à 9 h. — M. Labric. Consultation pour les maladies aiguës, à 9 h.

Samedi : M. Blachez. Clinique à 9 h. 1/2 sera annoncée ultérieurement. — M. Simon. Consultation pour les maladies aiguës. Consultations de chirurgie tous les jours, sauf le jeudi.

Service de M. Archambault. Salle Saint-Louis : 5, méningite tuberculeuse; 11, broncho-pneumonie consécutive à la rougeole. 13, endocardite, rhumatisme articulaire subaiguë; 15, asthme et emphysème; 28, coqueluche compliquée de bronchite; 30, rougeole, faux croup. — Salle Sainte-Geneviève : 19, scarlatine; 12, anasarque, œdème de la face et du tronc, adénite trachéo-bronchique; 4, phthisie au 2e degré.

Service de M. Blachez. Consultation pour les aiguës le jeudi; pour les chroniques le lundi. Salle Saint-Ferdinand : 2, tumeur blanche du genou; 3, coxalgie suppurée; 4, mal de Pott (abcès par congestion ; 8, mal de Pott, tumeur blanche du genou; 12, coxalgie suppurée, albuminurie; 17, rachitisme; 20, 21, paralysie pseudo-hypertrophique; 25, scrofule; 27, mal de Pott, paraplégie, eschares ; 38, spina ventosa; 40, mal de Pott (paraplégie en voie de guérison). — Salle Saint-Joseph et Salle Saint-Michel (maladies de la peau et teigne): Consultation le mardi et le vendredi, à 9 h.

Service de M. Bouchut. Salle Sainte-Catherine : 3, tumeur cérébrale, ?, pleurésie, érythème noueux; 6, angine diphthéritique; 10, affection cardiaque; 18, myélite; 19, pneumonie du sommet; 21, rhumatisme endopéricardite, pleurésie; 47, pleurésie purulente; 50, vertiges épileptiques; 55, chorée.

Service de M. Labric. Salle Saint-Jean : 2, 3, 13, 21, 22, 23, 24, ?, ?, 27, 28, 29, 30, 31, 34, rougeoles; 17, angine diphthéritique, muguet; 19, pneumonie du sommet droit, 32, pneumonie du lobe supérieur droit; 33, angine diphthéritique; 36, albuminurie à frigore; 38, fièvre typhoïde.

Service de M. Simon. Salle Sainte-Marie : 4, coxalgie; 7, mal de Pott, paraplégie guérie ; 8, tumeur blanche du genou; 32, affection cardiaque; ?, ?8, rachitisme. — Salle Sainte-Elisabeth : Maladies de la peau. — Salle Sainte-Marthe : Service de la teigne.

Service de M. de Saint-Germain. Salle Saint-Côme (G.) : 3, bec de lièvre double; 5, commotion cérébrale, fracture de cuisse; 22, abcès froid, carie du sacrum, œdème des membres inférieurs, albuminurie. — Salle Sainte-Pauline (F.) : 6, séquestre invaginé du fémur; 8, coxalgie ?; 26, staphylome opéré; 28, amputation de cuisse par le serre-nœud de M. Guyot. — Salles Sainte-Thérèse et Saint-Augustin : ophthalmie 1.

Hôpital Sainte-Eugénie. Service de M. Cadet de Gassicourt. Visite à 8 h. 1/2. Clinique les lundis et jeudis. Salle Saint-Joseph : 2, coqueluche, broncho-pneumonie; 3, rougeole, broncho-pneumonie; 5, fièvre typhoïde; 6, congestion pulmonaire à gauche; 10, coryza nostras ? 11, scarlatine, anasarque; 13, méningite tuberculeuse ? 14, fièvre typhoïde, teigne, leucome complet avec atrophie antérieure du globe des deux yeux; 22, 24, chorée. — Brancard ancien n° 1 : varicelle. — Brancard ancien n° 14 : angine, paralysie du voile du palais.

Service de M. Lannelongue. Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les jours. Opérations le mardi. Salle Sainte-Eugénie : 2, abcès de la paupière supérieure à la suite de l'érysipèle; 31, fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, variété sus-condylienne; 32, tumeur sarcomateuse du sinus frontal; 23, phlegmon de la main; 44, mal de Pott. — Salle Napoléon : 1, ongle incarné double; 3, scapulalgie; 5, vaste plaie à lambeau de la jambe et de la cuisse; 45, 47, mal de Pott.

4e ANNÉE. — N° 25 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 17 JUIN 1876.

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÈGE DE FRANCE. — M. RANVIER.

Sixième leçon (1).

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

SOMMAIRE. — Etude de la substance musculaire. — Historique des théories de la contraction musculaire. — Travaux et théorie de Bowman. — Travaux et théorie d'Amici. — Travaux et théorie de Brucke. — Nomenclature des parties constituantes de la substance contractile. — Disque épais; disques accessoires; bande claire; disque mince. — Strie intermédiaire (strie de Hesen). — Théorie de Merkel.

J'arrive actuellement, Messieurs, à la discussion d'une théorie de la contraction musculaire, imaginée en 1868 par Krause, et qui est bien différente de celle de Brücke. Cette théorie repose, en effet, sur des bases anatomiques sérieuses car elle est fondée en grande partie sur les observations d'Amici, c'est-à-dire sur des faits positifs.

Le premier de ces faits est la double striation transversale du muscle, c'est-à-dire l'existence des disques épais, et des disques minces, superposés dans l'élément contractile et séparés les uns des autres par des bandes claires. Le second est l'existence même de la fibrille musculaire, que Krause considère comme l'élément contractile proprement dit, et dont il comprend la striation d'une manière particulière. Vous ne tarderez pas à reconnaître que la conception anatomique de Krause est la base même de sa théorie physiologique de la contraction, et que, pour lui, la structure de la fibrille, et par conséquent la *forme* de l'élément contractile, est en corrélation directe avec la *fonction* qu'il exécute.

Cette structure est la suivante : chacune des fibrilles qui forment par leur réunion le faisceau primitif est entourée par une mince enveloppe membraneuse. Cette membrane est elle-même divisée en segments égaux par des cloisons équidistantes, tendues en travers de la fibrille à la manière de diaphragmes d'une grande minceur, et constituées par les disques minces (Grundmembran). De cette disposition résulte l'existence d'une série de *cases* cylindriques, superposées, divisant la fibrille en segments comparables à ceux formés par les nœuds d'un roseau. Ces cases forment la charpente même de l'élément contractile, et l'on en pourrait prendre une bonne idée en superposant en pile un certain nombre de gobelets cylindriques dont le fond représenterait le disque mince, et qui représenteraient eux-mêmes chacun une case musculaire.

Le contenu de chacune de ces cases musculaires serait constitué, d'après Krause, par deux substances bien distinctes, l'une fluide et peu réfringente, *le liquide musculaire*, l'autre demi-solide, réfractant fortement la lumière, le *prisme musculaire*. Ces deux substances existeraient dans chaque case, l'une à côté de l'autre, réparties à peu près de la même façon que deux liquides, non miscibles l'un à l'autre et contenus dans le même vase. A l'état de repos, le prisme musculaire occuperait la portion centrale de la case, le liquide musculaire ses deux extrémités.

La figure donnée par le muscle au repos, dans cet ordre d'idées, s'expliquerait d'une façon toute naturelle. Les *disques minces* répondraient aux cloisons transversales limitant chaque case, les bandes claires *au liquide musculaire* accumulé aux deux extrémités de la case elle-même, les *disques épais* au *prisme musculaire* occupant sa partie moyenne (*Fig. 63*).

De cette façon durant le relâchement du muscle, et dans chaque case, le *liquide musculaire* serait plus abondant aux deux extrémités du *prisme musculaire* que sur ses côtés. Durant la contraction, ce liquide serait, au contraire, reparti d'une toute autre façon, il se porterait des extrémités du prisme sur ses côtés latéraux, et la case musculaire, prise dans son ensemble, serait de la sorte agrandie transversalement, raccourcie dans sa longueur. Le même phénomène se produisant simultanément dans une série de cases d'un même muscle, le raccourcissement total, égal à la somme des raccourcissements éprouvés par chacune des cases, suivrait naturellement, et la contraction s'expliquerait d'elle-même.

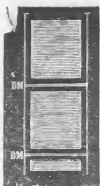


Fig. 63. Fibrille divisée en cases musculaires. D M, disques minces. (Cette figure répond à l'image du muscle au repos d'après Krause.)

L'image microscopique du muscle contracté s'expliquerait également bien. Vous verrez plus tard, Messieurs, que lorsqu'un muscle se contracte, les disques épais semblent se rapprocher considérablement les uns des autres, et que les bandes claires diminuent au contraire de hauteur. Cette diminution de hauteur de la bande claire s'expliquerait, dans la théorie de Krause, par ce fait que le liquide musculaire quitterait, au moment de la contraction, les extrémités des prismes musculaires pour gagner leurs parties latérales. De cette façon les prismes musculaires consécutifs, dans la fibrille contractée, se rapprocheraient nécessairement, tandis que s'amoindrirait la bande claire, traversée par le disque mince, qui, dans la fibrille au repos, les sépare les uns des autres.

Messieurs, la théorie proposée et soutenue par Krause, est tout entière fondée, ainsi que je vous l'avais annoncé, sur les dispositions anatomiques de la fibrille contractile, c'est-à-dire sur l'existence de la *case musculaire* dans laquelle se passent tous les phénomènes actifs de la contraction. De telle façon que si l'existence de cette case est mise en doute, ou que si même l'observation démontre que sa constitution n'est point absolument telle que l'avait pensé l'auteur de la théorie, cette dernière cesse par le fait même d'être soutenable.

C'est, en effet, la découverte d'une particularité anatomique nouvelle qui renversa dans ces derniers temps la conception théorique de Krause, et rendit inadmissible le mécanisme de la contraction musculaire imaginé par lui. Hensen reconnut en effet que la structure de la fibrille était plus complexe que ne l'avaient d'abord pensé *Amici* et *Krause*, et que sous l'influence de certaines conditions que nous aurons à préciser plus tard, on peut voir le disque épais divisé en deux parties par une *strie*. La constitution de la case musculaire était par le fait même changée, la case se subdivisait en deux demi cases ; l'explication de la contraction musculaire n'était plus possible, et il fallait nécessairement trouver une autre théorie, en rapport avec les dispositions anatomiques nouvellement observées. Vous voyez ainsi, Messieurs, qu'à mesure que l'on a découvert de nouveaux détails de structure dans la substance musculaire, les théories de la contraction précédemment proposées sont tombées naturellement d'elles-mêmes, de telle sorte que les progrès seuls de l'anatomie ont démontré leur insuffisance. Dans ce cas donc, en particulier, la connaissance de la forme de l'organe, devenue de plus en plus parfaite, a exercé une influence considérable sur la manière de concevoir le mécanisme de sa fonction. (*Fig. 64.*)

(1) Voir les nos 4, 5, 6, 8, 11, 14, 17 et 19.

Nous appellerons désormais *strie intermédiaire* la strie découverte par Hensen au sein de la substance du disque épais. Il était important de lui donner sa place dans notre nomenclature, car c'est sur son existence qu'est fondée presque entièrement l'une des théories de la contraction les plus récentes, proposée tout dernièrement par Merkel.

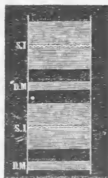


Fig. [illegible] — Striation du faisceau primitif d'après Hensen. D M, Disque mince. — S I, Strie intermédiaire occupant la partie médiane du disque épais, indiquée schématiquement par une bande ondulée.

De même que la théorie de Krause reposait sur les détails anatomiques observés dans le muscle par Amici, de même la théorie de Merkel a pour point d'appui principal les recherches de Hensen et l'existence de la strie intermédiaire. Cette théorie admet que les cases musculaires sont closes de toutes parts dans la fibrille, et de plus, divisées en deux parties par une cloison médiane qui est la strie intermédiaire. Cela posé la contraction s'exécute de la manière suivante, ou plutôt s'accompagne des phénomenes suivants.

1° *Stade de repos*. Considérons un muscle au repos, il présente la striation normale du faisceau musculaire primitif à l'état de moyenne extension, c'est-à-dire qu'on y voit successivement :

demi case musculaire	a. le disque mince b. une bande claire c. un demi disque épais	*case musculaire* ou segment musculaire complet
demi case musculaire	d' la strie de Hensen c' un demi disque épais b' une bande claire a' le disque mince	

L'état de repos du muscle correspond au *stade de repos* décrit par Merkel et auquel succéderont les deux autres stades, dans lesquels la striation musculaire s'efface d'abord, puis subit une modification particulière appelée improprement *retournement* et qui serait mieux nommée *stade d'inversion de la striation musculaire*.

2° *Stade intermédiaire*. Il correspond au début ou à l'approche de la contraction. La substance anisotrope du disque épais et la substance isotrope des bandes claires semblent se mélanger d'une manière intime, comme par l'effet d'une sorte de diffusion de la substance du disque épais dans toute la demi case musculaire. La fibrille paraît alors homogène, complétement dépourvue de toute striation transversale et légèrement rétrécie dans sa largeur.

3° *Stade de contraction, de retournement ou d'inversion*. Enfin, dans le troisième stade ou stade actif, la substance contractile des deux demi cases contiguës, séparées par un espace clair, par exemple, s'accumule autour du disque mince ; ce dernier se trouve ainsi masqué plus ou moins complétement. La strie intermédiaire de Hensen est, au contraire, démasquée par l'éloignement en sens inverse des deux portions du disque épais qui, pendant le repos, lui étaient adjacentes. De la sorte le muscle contracté est encore strié en travers par des bandes alternativement sombres et claires, mais occupant une situation absolument *inverse* de celle qu'elles avaient dans le muscle en repos. En même temps la fibrille s'élargit par un mécanisme que Merkel n'explique pas, et cet élargissement rendrait compte du raccourcissement du muscle.

Il est facile de reconnaître immédiatement, Messieurs, que la théorie de Merkel ne saurait rendre compte du mécanisme de la contraction par la simple inversion de la striation transversale, et par le transport de la substance anisotrope du disque épais du milieu du segment musculaire à ses extrémités. Mais cette théorie est curieuse à plus d'un titre. Elle est le résultat d'observations faites par l'auteur, et qu'il a réunies moins pour construire un nouveau schème de la contraction, que pour exposer le fait intéressant en lui-même de *l'inversion* de la striation transversale, qu'il avait observée et dont nous aurons bientôt à discuter la réalité. Dans tous les cas il ne paraît avoir eu d'idée préconçue analogue à celle des physiologistes qui, pour expliquer le raccourcissement du muscle pendant la contraction, lui ont parfois attribué gratuitement une structure en rapport avec le mécanisme qu'ils avaient conçu. Pour prendre un exemple, l'un d'eux, dernièrement encore, décrivait la fibrille musculaire des insectes, comme un filament roulé en spirale, et cette description cadrait merveilleusement avec le mécanisme de la contraction tel qu'il le comprenait, c'est-à-dire analogue à l'action d'un ressort à boudin tendu et revenant sur lui-même. Je ne vous parlerais point de semblables théories, fondées simplement sur des conceptions idéales, si l'enseignement du Collége de France n'était, comme vous le savez, surtout destiné à la discussion des idées scientifiques du moment. Je me contenterais en pareil cas de vous répéter avec Béclard que: « *les torsions, les spirales etc.. n'ont jamais été vues, mais seulement supposées, au profit de certaines théories sur l'action musculaire.* » Nous abandonnerons donc dès à présent le terrain des hypothèses et des théories, pour étudier, dans la prochaine leçon, les caractères histologiques proprement dits de la substance contractile des muscles volontaires. *(A suivre.)*

MALADIES DE LA PEAU

Notes de thérapeutique recueillies aux cliniques des maladies de la peau de M. le professeur Hardy, à l'hôpital Saint-Louis ;

Par le Dr **E. ORY**, ancien interne des hôpitaux (1).

Traitement des hyperesthésies cutanées.

Dans ce groupe, tout-à-fait artificiel, des hyperesthésies cutanées, nous nous proposons de rassembler plusieurs espèces d'affections cutanées, diverses par leur origine, mais présentant toutes, à un très-haut degré, un symptôme commun fort pénible : l'*hyperesthésie*. Soit par exemple : les prurigo, le strophulus simplex et prurigineux, l'hyperesthésie de l'ictère, puis le zona, l'urticaire et même les engelures.

L'hyperesthésie cutanée peut être la cause de troubles profonds dans l'économie, elle se présente d'ailleurs à notre observation dans les conditions les plus variées. En effet, le symptôme douloureux sera tantôt limité à une région circonscrite, la paume des mains, la plante des pieds, le pourtour de l'anus ou bien les parties génitales ; tantôt généralisé à tout le corps provoquant le grattage, entraînant l'insomnie prolongée. L'hyperesthésie cutanée est souvent liée à la malpropreté, aux excès alcooliques, à un état de débilitation générale de l'économie par la vieillesse ou par la misère, à des troubles des fonctions gastro-intestinales. Développée, entretenue par la présence des parasites, on la voit souvent persister longtemps après la disparition de ces parasites, constituant alors, à elle seule, toute la maladie, mais nécessitant néanmoins une intervention énergique, car elle a une grande tendance à passer à l'état chronique. Il faut intervenir avant que, s'étant prolongée pendant des mois ou des années, la maladie soit devenue rebelle aux agents thérapeutiques; or, c'est ce qu'on doit particulièrement redouter dans le prurit qui siége aux parties génitales.

Le prurit des parties génitales (*prurigo pudendi muliebris*) détermine des démangeaisons irrésistibles qui, poussent les malades à se gratter ; il peut donc entre autres conséquences déterminer des habitudes vicieuses qui persistent, même après la disparition de la maladie.

L'oubli des soins de propreté étant une des causes prédisposantes, on devra conseiller tout d'abord des bains fréquents. Puis, M. Hardy prescrit des lotions avec de l'alun, avec l'eau blanche et surtout avec le sublimé.

Voici comment on doit faire usage des lotions au sublimé.

(1) Voir les nos 20 et 21.

Mettre dans un verre d'eau chaude la valeur d'une cuillerée à café de la solution suivante :

Sublimé	1 gramme.
Eau distillée	125 —
Alcool	Q. S.

On devra répéter ces lotions plusieurs fois dans la journée.

Un traitement analogue peut être conseillé contre le *prurigo scroti* et contre le *prurigo podicis* ; mais on sait que cette dernière affection est souvent rebelle à tous les moyens thérapeutiques, surtout s'il s'agit d'un vieillard ou d'un sujet épuisé.

Pour calmer les démangeaisons liées à l'*intertrigo*, j'ai entendu souvent prescrire par M. Hardy, le liquide suivant :

Glycérine	25 grammes.
Eau distillée	25 —
Chloral	1 —

On devait étendre ce liquide deux fois par jour, sur la région malade, — d'autrefois, l'hyperesthésie cutanée est généralisée, c'est sous cette forme, qu'elle se rencontre chez certains vieillards qui ont été atteints et guéris d'affections parasitaires ou bien d'un eczéma généralisé. Les excoriations multiples, causées par un grattage incessant; l'insomnie et l'affaiblissement qu'entraîne après elle l'absence de sommeil; l'irritabilité nerveuse, telles sont les conséquences de l'hyperesthésie cutanée. On doit donc s'efforcer de la calmer pour faire cesser les désordres qu'elle détermine.

M. Hardy emploie souvent alors un lait de soufre dont voici la formule :

On fait deux fois par jour des lavages avec ce lait de soufre, ce qui amène rapidement une grande diminution de la démangeaison :

Lait d'amandes	250 grammes.
Soufre	5 —

On peut encore prescrire des lavages matin et soir avec la composition suivante :

Lait d'amandes	250 grammes.
Sublimé .... }	aà 0,25 centigrammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque ... }	

Dans le cas où l'on n'aurait pas à sa disposition des amandes fraîches on peut ajouter du soufre à un looch, et l'on obtient de bons résultats de la formule suivante :

Sirop de sucre	30 grammes.
Huile d'amandes douces	8 —
Eau de laurier cerise	10 —
Soufre	5 —
Gomme arabique	4 —

Faire deux fois par jour des lotions avec ce liquide. Ces lotions calmantes, très-utiles pour combattre l'hyperesthésie cutanée qui succède aux parasites, à l'eczéma, rend également des services contre le *prurit sénile*, qui est une véritable névrose.

Le *strophulus prurigineux*, avec éruption papuleuse, siége de démangeaisons très-vives, rentre bien dans le groupe de maladies dont nous étudions actuellement le traitement. C'est une maladie qui persiste parfois pendant des mois, et est sujette à récidive surtout pendant les mois les plus chauds. Le rôle que jouent les mauvaises conditions hygiéniques pour favoriser sa production indique bien que, ici, le premier devoir du médecin est d'améliorer l'hygiène de son malade. Les chambres trop exposées au soleil, où couchent entassées un grand nombre de personnes, où l'air est difficilement renouvelé, telles sont les conditions au milieu desquelles apparaît le strophulus. Les promenades fréquentes au dehors, le changement de domicile suffisent parfois pour faire s'éteindre en quelques jours les éruptions du strophulus ; mais le succès est momentané, les rechutes sont fréquentes. Aussi M. Hardy, non content de surveiller l'habitat du malade, d'améliorer son hygiène en général, prescrit les toniques pour relever la constitution. Le fer, le quinquina, l'huile de foie de morue, les bains sulfureux, les tisanes amères, et s'il est possible, l'éloignement des villes, le séjour au grand air, à la campagne, constituent un traitement s'adressant à l'état général; des bains fréquents, alcalins ou sulfureux, des applications de poudre ainsi composée :

Poudre d'amidon	3 parties.
Oxyde de zinc	1 —

Tel est le traitement local, dont l'importance ne peut être comparée à celle du régime tonique précédemment indiqué.

Une autre forme de strophulus, celle-là très-fréquente chez les enfants, le *strophulus simplex* survient à l'époque de la dentition, ou bien dans un âge plus avancé coïncide avec un peu d'embarras gastrique. Dans ce dernier cas, un léger purgatif peut être utilement prescrit, mais généralement un traitement actif serait tout-à-fait intempestif. Des boissons rafraîchissantes, la poudre d'amidon, celle de lycopode suffisent le plus souvent à calmer les démangeaisons, qui accompagnent cette forme bénigne du strophulus.

Dans le cas où le prurigo est sous une influence nerveuse, s'il y a une *névrose*, les lotions calmantes précédemment indiquées, les pommades contenant les substances opiacées ou narcotico-acres, réussissent bien moins que les préparations contenant de l'éther ou du chloroforme. Mais c'est surtout le traitement général qui sera puissant contre l'hyperesthésie : l'aconit, la belladone, l'opium seront efficaces. L'oxyde de zinc à l'intérieur, de l'avis de M. Hardy, a parfois donné de bons résultats, d'autrefois, 5 à 10 milligrammes de nitrate d'argent à l'intérieur ont amené d'heureuses modifications. Dans d'autres cas la médication substitutive amènera seule une guérison radicale; les eaux sulfureuses d'Aix et de Luchon et surtout celle de Louesche ont, en provoquant des manifestations cutanées (érythème et même pustules), radicalement guéri des malades atteints d'hyperesthésies cutanées très-rebelles.

A la suite de l'*ictère* il n'est pas rare d'entendre les malades se plaindre de violentes démangeaisons par tout le corps, l'hyperesthésie cutanée est manifestement liée à l'ictère. Dans ce cas, les lotions avec le lait de soufre, les bains de sublimé, sont sans effet pour calmer le prurit. C'est contre l'ictère qu'il faut agir, et, en effet, l'usage prolongé d'une solution de bicarbonate de soude comme tisane, soit :

Bicarbonate de soude	2 grammes.
Eau	1 litre.

et l'administration d'une dose de 6 capsules de térébenthine tous les jours, donnèrent quelques soulagements à une femme qui, atteinte d'ictère, éprouvait les pénibles douleurs d'une hyperesthésie cutanée généralisée. On donnait aussi tous les deux jours, à cette malade, un grand bain alcalin, prolongé.

A côté des maladies précédentes, on peut signaler le *zona*. En effet l'herpes zoster pendant la durée de l'apparition des vésicules et même parfois longtemps après la disparition de la lésion, présente souvent à un très-haut degré l'hyperesthésie. Le médecin doit peu intervenir durant la période éruptive du zona; il doit se borner à préserver les vésicules des froissements extérieurs, qui, arrachant l'épiderme, exaspéreraient la douleur. Pour conserver intactes les vésicules d'herpès, on peut appliquer sur la partie malade avec un pinceau, de l'huile d'amandes douces, puis saupoudrer avec de la poudre d'amidon ou de lycopode; on forme ainsi un enduit protecteur. Une épaisse couche de ouate remplirait le même but, on devrait alors la maintenir en place jusqu'à la disparition des vésicules. Un carré de baudruche collé sur ses bords avec du collodion formerait un véritable pansement par occlusion, surtout efficace lorsque des plaies se sont déjà formées.

La poudre d'amidon, unie à l'oxyde de zinc, retrouve ici son application comme antispasmodique ; mais si la douleur est très-vive, on doit prescrire une pilule d'opium de 0,025 milligrammes pour procurer le sommeil. Si le zona s'accompagne d'élancements, on peut même ordonner l'extrait de daturra stramonium 0,05 c. seul ou associé au sulfate de quinine 0,20 c. à 0,30 c.

Si les vésicules du zona se sont rompues et suppurent, on peut alors prescrire des cataplasmes émollients de riz ou de fécule, les bains généraux, ou bien panser la région avec du cérat opiacé. S'il y a des points gangréneux, les lotions astringentes excitantes deviennent utiles, la poudre de quinquina localement, et les préparations toniques à l'intérieur, sont la base du traitement.

Contre la douleur quelquefois très-vive et très-persistante que l'on rencontre à la suite du zona, surtout chez les gens affaiblis et les vieillards, on devra faire usage des narcotico-acres, la belladone, le datura intus et extra. M. Hardy fit disparaître l'année dernière les douleurs très-vives qui persistaient à la suite d'un zona, chez un homme affaibli, âgé de 55 ans, en prescrivant tous les deux jours des injections de chlorhydrate de morphine 0,01 centigramme, avec la seringue de Pravaz loco dolenti. — On peut également administrer la morphine par la méthode endermique; d'autrefois, une médication révulsive énergique (moxas, cautérisations transcurrentes) fera seule disparaître ces névralgies rebelles.

Parmi les maladies de la peau qui s'accompagnent d'hyperesthésie cutanée, l'*urticaire* est l'une des plus pénibles et parfois l'une des plus rebelles au traitement. M. Hardy proscrit les bains, il les croit nuisibles. Voici le traitement que j'ai souvent entendu prescrire dans son service :

1° Saupoudrer les parties malades avec de la poudre d'amidon ou de riz.

2° Prendre chaque jour dans une tasse de tisane, 2 des paquets suivants : Bicarbonate de soude 10 grammes, divisez en 20 doses.

Une purgation légère une fois par semaine dans les cas chronique, soit avec de l'eau de Pullna, soit avec de l'eau de Birmenstorf, soit simplement avec du sulfate de magnésie (20 gram.) une tisane rafraîchissante, d'orge et chiendent, ou bien légèrement acidulée (limonade, orangeade) sont utiles pour remédier aux troubles gastro-intestinaux. La diète végétale et même la diète lactée dans les cas rebelles, l'usage de l'eau de Vichy, de la magnésie, et dans les cas de dyspepsie acide; la limonade nitrique, les bains acides tièdes contenant:

Acide nitrique, 15 grammes, pour un grand bain.

Les eaux de Plombières, les bains gélatineux, peuvent également améliorer l'urticaire chronique.

Si l'affection ne s'accompagne ni de dyspepsie acide, ni de dyspepsie alcaline, on se trouvera bien quelquefois d'employer, les préparations arsénicales, soit la liqueur de Fowler, à la dose de 3 à 12 gouttes, soit celle de Pearson, de 1 à 2 grammes, par jour en 3 fois.

J'ai vu ordonner par M. Hardy, dans un cas d'urticaire chronique de cette nature la formule suivante :

Eau..................	400 grammes.
Bicarbonate de soude....	15 grammes.
Arseniate de soude.....	0.10 centigr.

Une cuillerée à bouche de cette solution à prendre avant déjeuner et avant dîner dans un peu d'eau.

Dans les cas d'urticaire à apparition intermittente, le sulfate de quinine semble agir aussi utilement que les préparations arsénicales.

C'est par ces moyens internes que l'on arrive à faire disparaître cet état douloureux de la peau bien plus sûrement que par les lotions vinaigrées, les topiques pulvérulents : poudre de riz, d'amidon même alors qu'on ajoute à ces derniers le camphre et l'oxyde de zinc.

L'*Erythème pernio* (engelure), affection si fréquente au commencement de l'hiver, est le siége d'une cuisson, d'une démangeaison très-vive qui s'exagère par la chaleur.

Le traitement local varie suivant le degré auquel les engelures sont parvenues. A la première période, les lotions excitantes, les lavages avec une solution de tannin ou d'alun, des onctions de pommade au tannin et même des applications de sinapismes pour activer la circulation, amènent souvent un heureux résultat. A une période plus avancée, lorsqu'il y a ulcération, on devra panser les plaies soit avec du styrax, soit avec tout autre topique excitant, faire des lavages avec le vin aromatique. M. Hardy prescrit encore: de tremper les mains dans un verre d'eau, dans lequel on ajoutera :

Teinture de benjoin, 25 gouttes.

Mais le traitement général est également très-important. les amers, les toniques, l'huile de foie de morue sont nécessaires pour faire disparaître les engelures qui sont une manifestation du tempérament lymphatique.

En résumé, il y a deux indications dans le traitement des hyperesthésies auxquelles on répondra : 1° Par un traitement local : topiques pulvérulents, lotions calmantes ; 2° Par un traitement général : toniques reconstituants, anti-dyspeptiques, anti-névralgiques, suivant les cas. (*A suivre*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. CHARCOT.**

XIe LEÇON (suite) — **Influence des altérations hépatiques sur la fonction glycogénique du foie (1).**

(Résumé de la leçon du 5 mai).

Messieurs,

II. Je m'aperçois un peu tard que je me suis laissé entraîner fort loin à propos de l'acide urique et de la goutte, de telle sorte qu'il me reste fort peu de temps pour vous parler du glycogène et de la fonction glycogénique du foie. A tout prendre, il n'y a pas lieu de le regretter : C'est un sujet, en effet que l'enseignement de M. Cl. Bernard, le grand initiateur dans ce domaine, a depuis longtemps rendu classique parmi nous. D'ailleurs, nous aurons l'occasion de le rencontrer de nouveau dans le cours de nos études lorsqu'il s'agira des altérations du foie chez les diabétiques.

Vous savez que le *glycogène*, qu'on appelle encore *zooamyline* ou *hépatine*, est une substance chimiquement analogue à l'amidon et dont l'existence dans le foie a été démontrée en 1856 par M. Cl. Bernard. Elle se présente dans le laboratoire sous forme d'une poudre blanche, légère, amorphe, qui, sous l'influence de la teinture d'iode, se colore en brun acajou; mise en contact avec la salive, la diastase, le tissu du pancréas, elle se transforme : 1° en dextrine, 2° en glycose tout-à-fait semblable au sucre de raisin. Vous n'avez pas oublié que le glycogène occupe dans le foie la cellule hépatique et vous savez aussi sous quelle apparence il s'y révèle à l'examen microscopique.

A ne considérer que l'adulte c'est surtout dans le foie qu'on trouve le glycogène. Il ne faut pas ignorer toutefois que quelques auteurs en ont signalé dans les muscles. [Observations de Mac Donnell chez les oiseaux, de Nasse et Weiss chez les lapins (2)]. On rencontre le glycogène dans les leucocytes vivants (Hoppe Seyler); dans les cellules en voie de développement (chondromes, épithéliomes (Ranvier)]. Enfin, M. Abeles prétendait tout récemment (2) en avoir trouvé dans la rate, les poumons et les reins chez le chien. Mais toujours est-il que c'est dans le foie que le glycogène existe en abondance et en permanence et c'est à propos du foie seulement qu'il peut être question d'une fonction glycogénique.

La proportion de glycogène dans le foie varie suivant des conditions physiologiques bien connues et sur lesquelles il n'est pas nécessaire d'insister et aussi suivant diverses conditions pathologiques. Il importerait de connaître et de déterminer exactement les variations du dernier genre chez l'homme. Malheureusement, le glycogène est une substance qui, en ce qui concerne l'homme, n'arrive pas jusqu'à l'anatomo-pathologiste. Spontanément, soit au moment de la mort, soit peu après, elle disparait en se transformant en sucre. En fait de glycogène chez l'homme, on n'a guère de notions que sur celui qu'on a pu recueillir quelquefois chez les suppliciés. Je vous ai montré l'autre jour un échantillon de cette provenance que M. Cl. Bernard, avec la plus grande obligeance, avait bien voulu me confier.

Si les variations du glycogène, dans les maladies, ne peuvent pas être constatées *post mortem*, les modifications que subit la fonction glycogénique, sous l'action de diverses lésions du parenchyme hépatique sont cependant susceptibles

(1) Voir les nos 13 à 24.

(2) Voir à ce sujet : Seegen.—*Der Diabetes Mellitus*. p. 12 ; Berlin, 187[illegible].

(3) *Centralblatt*, 1876, p. 84.

de se révéler durant la vie, d'une façon indirecte, en produisent, comme nous le dirons tout-à-l'heure, une forme particulière de glycosurie.

Je ne m'arrêterai pas à envisager la fonction glycogénique dans son ensemble; je me bornerai à y relever un épisode qui nous intéresse particulièrement.

Il est prouvé par les expériences les plus variées que le glycogène prend naissance aux dépens des substances albuminoïdes fournies par la digestion; mais il est aussi parfaitement établi que les matières amylacées, transformées en glycose dans la digestion augmentent remarquablement la proportion de glycogène contenu dans le foie. Le rôle du foie, d'après M. Cl. Bernard, en ce qui regarde les substances amyloïdes et le sucre, est donc le suivant : « Il retient fixe et modifie le sucre digéré dans l'intestin (1) en l'amenant à l'état de glycogène. « Et encore : »Le foie empêche ou modère l'entrée du sucre alimentaire dans le sang. »

Ce rôle particulier du foie, à l'égard du sucre apporté par le sang de la veine porte, a été depuis longtemps mis en évidence par M. Cl. Bernard dans une expérience très-saisissante. Si l'on injecte une solution de glycose dans la veine jugulaire d'un animal, le sucre passe dans les urines. Si, au contraire, le sucre est injecté par la veine porte, il est arrêté par le foie et n'apparait pas dans les urines. Ces expériences ont été récemment répétées et confirmées par M. Schöppfer (2).

Dans ces expériences, le foie est supposé normal. Il était à prévoir qu'une altération profonde du parenchyme, en modifiant les conditions anatomo-physiologiques de la cellule aurait pour effet d'annihiler la fonction glycogénique. D'où il résulte que le sucre, provenant de l'alimentation amylacée, n'étant plus fixé dans le foie sous forme de glycogène, devra passer sous forme de sucre à travers la glande hépatique et arrivera dans le torrent circulatoire pour en être éliminé, toujours sous forme de sucre, par les reins.

Les prévisions de la physiologie expérimentale ont eu leur réalisation dans le domaine de la clinique. Un médecin distingué des hôpitaux de Lyon, M. Colrat, a eu l'idée que les sujets qui sont atteints de lésions diffuses graves du parenchyme hépatique doivent être, sous le rapport de la digestion des matières sucrées, dans les conditions où se trouve un animal auquel du sucre est injecté dans la veine jugulaire. Il cite, en effet, trois cas de cirrhose, dont deux avec autopsie, et un cas d'oblitération des voies biliaires dans lesquels le sucre en proportion notable apparaissait régulièrement dans les urines pendant la période de digestion des féculents, reproduisant ainsi les conditions de ce que M. Cl. Bernard appelle la *glycosurie alimentaire*, par opposition à la glycosurie résultant de la transformation exagérée du glycose en sucre (3).

A son tour, M. Lépine s'est récemment attaché à provoquer en quelque sorte expérimentalement ce *diabète alimentaire*, chez des sujets qu'on soupçonnait être affectés d'une lésion grave du parenchyme hépatique. L'expérience — il s'agit d'une expérience clinique — a consisté à faire prendre aux malades de 300 à 500 grammes de sucre. Dans trois cas de cirrhose confirmée, le résultat a été de produire, en effet, une glycosurie qui, dans un cas même, s'est prolongée six jours après l'ingestion du sucre (4). On conçoit qu'il y ait là une donnée à utiliser pour le diagnostic. Les maladies abdominales qui n'intéressent pas le foie, ou les altérations du foie qui n'affectent pas gravement le parenchyme, d'une façon diffuse, ne produiront pas le diabète alimentaire.

Dans la prochaine séance, j'entrerai, Messieurs, dans le domaine de l'anatomie et de la physiologie pathologiques spéciales en commençant par l'histoire de la lithiase biliaire.

(*A suivre*).

(1) *Revue des cours scientifiques*, 1872–1873.
(2) *Archiv für Exp. Pathologie*, 1873.
(3) Couturier, Thèse de Paris, 1875.
(4) *Gazette médicale*, n° 11, mars 1876.

— En faisant des fouilles derrière l'abside de la métropole, on a découvert le dessus d'un monolithe qui semble dénoter l'existence d'un temple païen. A une époque très-reculée, paraît-il, il y avait sur l'emplacement de l'Hôtel-Dieu actuel un temple d'Esculape, où les prêtres prétendaient guérir les malades par l'incubation du feu sacré. Devant ce temple se trouvait un cippe semblable à celui qu'on remarquait devant le temple d'Epidaure. Ce cippe avait été enlevé en 1748, lorsqu'on agrandit la place du Parvis-Notre-Dame, et on ignorait ce qu'il avait pu devenir. Les traits que l'on distingue dans le monolithe retrouvé représentent Esculape, le dieu de la médecine, dont le serpent est un des symboles. C'est au musée Carnavalet que cette pierre va être transportée.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Sur le Congrès international et sur les Cercles scientifiques entre étudiants.

C'est obéir à la devise du *Progrès médical* et se conformer à ses traditions que d'étudier les récents projets de Congrès d'étudiants. Dans ces derniers temps, il s'est produit des tentatives que nous allons brièvement exposer.

Le 18 mai une foule attentive et recueillie suivait le corps de Michelet, manifestation d'autant plus imposante qu'elle était plus sagement conduite : aussi ce pauvre *Univers* n'eut-il d'autre reproche à faire à la jeunesse des écoles que de ne pas s'être livrée, « *sans préoccupation de la police,* « *à de bruyantes démonstrations.* » Jusque là on n'était convenu, entre étudiants, que d'acheter une couronne, et d'entretenir des fleurs sur la tombe du célèbre historien.

De nombreux délégués des Facultés étrangères et des Ecoles secondaires étaient venus pour assister à la cérémonie funèbre; c'était un prétexte tout trouvé pour quelques-uns des partisans des *Congrès internationaux*, aussi ne manquèrent-ils pas, dès le lendemain, d'organiser une réunion privée; cette convocation précipitée ne put réunir que peu d'étudiants, six cents au plus, et encore quelques-uns des orateurs que l'on dut entendre n'avaient-ils aucun droit au titre d'étudiant — surtout quand on pouvait le compromettre : — le simple bon sens indiquait de ne prendre dans cette réunion que des mesures préparatoires, de fixer un rendez-vous ultérieur, où les propositions méditées eussent pu se faire entendre, et être votées après une discussion sérieuse. On eut hâte au contraire de précipiter le vote, et l'on crut pouvoir résoudre à la légère l'importante question de l'admission des Allemands. Dans un congrès international, on doit admettre toutes les nations; mais faut-il alors décider *actuellement* un tel congrès? faut-il surtout nommer une commission chargée d'*inviter* spécialement les étudiants allemands *au nom* des étudiants français? Non, car ce serait s'exposer à un refus humiliant de la part de ceux qui, dès 1867, répondaient aux étudiants de Strasbourg :

« Nous voulons garder ce qui nous appartient et nous garer des voleurs...
« vous voulez coûte que coûte être Français, et vous chantez à votre honte
« les louanges de la France au lieu de répéter avec nous : l'Allemagne est
« au-dessus de tout le monde. — Reconnaissez-vous donc vous-mêmes !

Sans tenir compte de toutes ces raisons, agissant avec une grande légèreté, un certain nombre des assistants crurent pouvoir assumer sur eux de prendre la responsabilité d'un Congrès international, mais ils le firent au nom des étudiants en général. Il fallut d'abord arrêter l'ardeur cosmopolite, empêcher les indifférents d'aller grossir les rangs de cette majorité d'un jour, forcer un groupe trop empressé à ne parler qu'en son nom, tel fut le but d'une protestation rapidement rédigée : elle était prête à circuler, quand devant des étrangers, dans un banquet donné en leur honneur et où les protestateurs ne s'étaient rendus que par convenance, on crut encore devoir à dessein prononcer les paroles, à notre avis, blessantes pour tout Français et remettre sur le tapis toutes les questions de la veille; on lut un des nombreux manifestes que nous commencions à voir paraître dans quelques journaux, — on parlait naturellement toujours au nom de tous les étudiants.

C'était chercher à diviser les étudiants, mais c'était aussi

fournir un magnifique terrain à la protestation ; faire imprimer des listes, les faire signer, publier une protestation énergique dans tous les journaux, fut l'affaire de deux jours pour un comité de gens actifs *qui dénièrent aux convocations des réunions précédentes toute qualité pour représenter le corps des étudiants de Paris*, et surtout pour oser en leur nom préférer des alliances problématiques à l'amitié certaine de leurs nombreux camarades Alsaciens-Lorrains : appuyée par plus de 800 signatures, la minorité de la veille devenait la majorité du lendemain. Il devenait par cela même évident que les projets internationaux mis en avant n'étaient pas, au moins quant à présent, acceptés par l'immense majorité des étudiants.

Laissant momentanément de côté toute question patriotique, voyons donc ce que pourrait être un *Congrès international d'étudiants*. Les étudiants iraient-ils à l'étranger tout exprès pour apprendre de leurs camarades comment on enseigne à *Moscou* ou à *Lima* ? Se raconterait-on les petites subtilités de chaque professeur ? Serait-ce par hasard, pour s'informer des progrès scientifiques accomplis d'une année à l'autre ? Non, mille fois non, on se rendrait à l'Etranger comme *international*, mais alors à quoi sert d'y aller en tant qu'*étudiant ?* pourquoi exposer ses camarades à des critiques malveillantes comme celles dont dès maintenant le parti clérical inonde ses journaux ?

Serait-ce un *congrès scientifique* que l'on désire? On a bien dit que la « *science n'a pas de patrie.* » — C'est vrai, mais... n'est-ce pas un peu d'orgueil de la part d'étudiants de se croire des *savants ?* — Du reste, il est facile à tous les étudiants, d'entrer dans les associations déjà existantes, et pour n'en citer qu'une, l'*Association Française pour l'avancement des sciences* a toujours accueilli avec joie les jeunes travailleurs.

Si c'est dans un conciliabule politique que l'on désire s'enfermer, on peut y aller comme citoyens en laissant son titre d'étudiant de côté.

Au nom de la *Fraternité universelle*, on venait donc de forcer les étudiants à se séparer en deux groupes bien distincts : d'un côté ceux qui, pour éviter d'être *chauvins*, foulaient aux pieds des sentiments ordinaires à la jeunesse ; de l'autre l'ensemble des étudiants ennemis de certains sophismes internationaux. C'est alors que parut une nouvelle proposition de Congrès, ne s'adressant qu'aux étudiants français.

Cette idée, émise sans doute dans un but de conciliation, ne pouvait encore réunir tous les suffrages ; on lisait bien dans ce document : « Ecartons pour l'instant tout ce qui » peut nous diviser, pour ne songer qu'à ce qui doit nous » unir. » Mais plus loin on trouvait : « La fédération des » Ecoles une fois formée, nous jugerons ensemble de l'op- » portunité d'un Congrès international.....» et l'on semblait indiquer l'Exposition prochaine comme une occasion d'étendre à l'étranger le Congrès national.

Comme beaucoup de mesures conciliatrices, celle-ci était trop large, elle ne pouvait pleinement satisfaire ni l'un ni l'autre des deux groupes en présence ; les objections, faites au Congrès international, peuvent en grande partie s'appliquer à un *Congrès d'étudiants*, même *national* — il se trouve sans but si on y convie tous les étudiants, sans distinction d'opinions politiques ou religieuses ; il devient la manifestation d'un parti, si comme le voulaient les auteurs de la proposition, on ne conviait que les étudiants anticléricaux — restreindre ainsi une association générale, c'est l'exposer sans défense aux attaques de ceux qui sont toujours prêts à blâmer la jeunesse de se tenir par la main, c'est aussi s'aliéner les sympathies de l'Université, qui, quoique *laïque*, n'est ni *agressive*, ni hostile aux véritables sentiments religieux.

En outre, s'occuper sitôt de cette question c'était s'exposer à la faire confondre avec les propositions précédentes, et donner ainsi lieu à des méprises profitables à ceux là même avec lesquels on est en désaccord.

Nous pensons donc que le moment n'est pas encore venu de songer à grouper ensemble *tous* les étudiants, qui ne retireraient d'une pareille tentative que peu de profit, et risqueraient de se faire interdire toute association future.

Est-ce à dire pour cela qu'on ne doive pas profiter du mouvement actuel, et que de cette exubérance de jeunesse il ne puisse rien sortir de durable ? Nous croyons qu'il est temps au contraire de s'efforcer à nouveau de réunir entre eux les étudiants de chaque faculté. On pourrait par exemple faire à Paris un *Cercle universitaire des étudiants*.

Un noyau de jeunes gens sérieux saurait élaborer des statuts tels, que sans esprit de coterie, sans se laisser diriger par des vues ambitieuses, tout étudiant *honorable* pourrait trouver, dès le début de ses études, l'assistance morale qui lui manque à son entrée dans nos facultés ; au sortir de la famille, il trouverait des amis et des conseillers plus âgés ou plus avancés que lui ; il éviterait ainsi les connaissances éphémères, mais cependant dangereuses, qui trop souvent lui font perdre des mois, sinon des années d'études. Peut-être aussi certains pères de famille n'enverraient-ils plus leurs enfants aux cercles catholiques, alors qu'ils verraient qu'on peut se conduire honorablement en dehors de leur assistance.

Commencé lentement, avec sagesse, très-restreint au début, un tel Cercle ne saurait manquer de réussir avec le temps ; peu à peu il prendrait de l'extension, pourrait se subdiviser en sections selon les différentes branches de l'Enseignement universitaire qui y seraient représentées ; puis progressivement, mais sûrement, le niveau scientifique s'élèverait ; tel ferait une conférence littéraire, tel autre un cours scientifique élémentaire ; les étudiants en droit enseigneraient aux autres ces principes généraux de droit commun que tout Français *devrait* connaître ; les futurs médecins parleraient d'hygiène, etc.— Tout le monde y gagnerait. Puis, dans la suite des années, des Cercles analogues s'étant formés partout, on ne craindra plus de voir des étudiants réunis ensemble, car une prompte exclusion punirait tout agitateur ; — alors on pourra entrer en correspondance avec les associations analogues de l'étranger, s'informer des études que l'on préfère, des succès que l'on obtient de tel ou tel mode d'enseignement.

Ainsi serait réalisée, croyons-nous, cette idée généreuse et séduisante, d'entrer en relations avec les étudiants étrangers ; ce serait commencer réellement à fraterniser, mais en prenant comme bases l'honnêteté et l'amour du travail ; on ne saurait alors blâmer la jeunesse des Ecoles de se réunir et de tirer profit d'un vaste système d'enseignement mutuel. Procédons donc du simple au composé ; surtout ne faisons rien à la légère. H. C. de Boyer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 *juin* 1876.—Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Renaut, au nom de M. Debove et au sien, communique à la Société une nouvelle méthode de dissociation des muscles chez les animaux supérieurs. Il consiste à durcir la fibre musculaire dans l'acide picrique, puis à la maintenir dans un tube scellé à la lampe pendant 24 heures, sous une température de 50 à 75°. La dissociation devient alors très-facile. La préparation se colore par le violet de méthylanyline dissous dans la glycérine salée. On constate alors que les fibrilles ainsi obtenues ont un diamètre inférieur à celui qu'on accorde aux soi-disantes fibrilles élémentaires : elles présentent la même striation que les faisceaux musculaires. Du reste, MM. Renaut et Debove comptent donner ultérieurement le résultat de leurs recherches sur cette question d'histologie.

M. de Sinéty fait part à la Société d'un fait intéressant au point de vue de la glycosurie des nourrices. Il s'agit d'une femme de 26 ans, heureusement accouchée dans le service de M. Depaul et qui ne nourrit son enfant que pendant 3 jours. Elle fut examinée par M. de Synéty trois jours après la cessation de l'allaitement alors que les mamelles étaient encore gonflées. Les urines renfermaient 8, 9 gr. de sucre par litre. Quelques jours après, alors que la tension des seins eut disparu, l'urine ne renfermait plus de sucre. La malade accusa une soif vive, non pendant l'allaitement, mais seulement pendant la période de glycosurie.

M. Moreau présente au nom de M. Philippeaux une note sur l'accroissement considérable de la tige des renoncules dans certaines circonstances.

M. Gellé présente à la Société des planches à l'appui de sa dernière communication. Il ajoute que dans quelques cas, quelques jours après la naissance, il a pu observer une inflammation de la muqueuse tympanique.

M. Parrot demande à M. Gellé comment sont morts les enfants dont il a examiné les oreilles. Les nouveau-nés, en effet, pour peu qu'ils aient souffert pendant quelques jours de troubles digestifs, sont atteints d'une inflammation très-nette de l'oreille moyenne : vascularisation intense des parties molles, sécrétion mucosopurulente, etc. D'autre part, la congestion physiologique de la muqueuse tympanique signalée par M. Gellé peut rendre compte de la fréquence de ces processus inflammatoires.

M. Glénard présente à la Société un instrument qui sert à démontrer l'indépendance qui existe chez l'homme entre la voix et la parole.

M. Drouin donne les résultats d'expériences intéressantes sur le rapport que l'on dit exister entre l'accommodation de l'œil et le diamètre de la pupille. Il en arrive à conclure que le pouvoir accommodatif est sans influence sur le diamètre pupillaire.

M. Poncet tient à faire ses réserves : car cette assertion est en contradiction avec des phénomènes journellement constatés par les ophthalmologistes.

M. Braume donne les conclusions d'un travail sur les modifications histologiques que subit le testicule à la suite de la ligature du cordon. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 *juin* 1876. — Présidence de M. Chatin.

Après le dépouillement de la correspondance et la présentation des livres et brochures, M. Bouillaud a fait une communication ayant pour titre : *De l'identité du bruit de soufflet dit placentaire avec le bruit* de soufflet des grosses artères, et de sa localisation dans les artères intra-pelviennes. Nous donnerons une analyse de ce travail.

Séance du 13 *juin* 1876. — Présidence de M. Chatin.

L'Académie nomme plusieurs commissions.

M. de Piétra-Santa lit un travail sur la phthisie pulmonaire observée en Algérie et sur l'acclimatement des Européens bien portants et malades dans cette colonie. Ce travail est porté à la tribune académique au nom de la Société de climatologie d'Alger.

M. Decaisne fait part à l'Académie de quelques réflexions sur la liqueur de la Grande Chartreuse et l'Eau de Mélisse des Carmes au point de vue de l'alcoolisme. Voici ses conclusions:

1° Les plantes qui entrent dans la composition de la liqueur de la *Grande Chartreuse* et dans celle de l'*Eau de Mélisse des Carmes*, sont à peu près les mêmes que celles qui servent à faire la liqueur d'*Absinthe*, elles sont rangées dans les familles botaniques suivantes : Dans les *Ombelifères :* L'Angélique, la Coriandre, l'Anis vert; dans les *Labiées*: l'Hysope, la Mélisse, la Menthe poivrée, le Thym, le Romarin, la Sauge, la Marjolaine; dans les *Synanthérées:* l'Arnica, l'Absinthe, la Balsamite; dans les *Callacées:* le Calamus aromaticus; dans les *Laurinées :* la Canelle de Chine; dans les *Amomées* : la Cardamome; dans les *Myristicées*: le Macis, la Muscade; dans les *Myrtacées:* le Girofle; dans les *Salicacées :* le peuplier Baumier; dans les *Légumineuses:* la fève de Tonka. Or ces plantes sont toutes considérées en thérapeutique comme *excitantes* et présentent les mêmes effets physiologiques. Elles contiennent toutes ou presque toutes des huiles essentielles plus ou moins actives, plus ou moins dangereuses. Leur proportion dans la fabrication des trois liqueurs varie selon la liqueur et le goût que le distillateur veut lui donner.

2° A dose égale ou à peu près les effets de l'Absinthe, de la liqueur de la *Grande Chartreuse* et de l'*Eau de Mélisse des Carmes* sont les mêmes sur l'économie, sur le système nerveux en particulier et produisant de la même façon l'alcoolisme.

3° *A priori*, et des observations ultérieures pourront le démontrer, nous avons la conviction que toutes les liqueurs fabriquées avec les mêmes plantes ou des plantes analogues contenant des huiles essentielles actives et présentant le même degré alcoolique ou à peu près, peuvent produire quand on en fait un certain abus, les divers accidents qui constituent l'état qu'on a désigné sous le nom d'*alcoolisme*.

L'Académie se forme en comité secret à 4 heures. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance de 18 *février* 1876. — Présidence de M. Charcot.

Myome de la prostate ; par M. Lebec, interne des hôpitaux.

L. Fr., 76 ans, entré le 5 janvier 1876, salle Saint-Antoine, n° 24, à l'Hôtel-Dieu (service de M. Guérin).

C'est un vieillard débilité, affaibli par une longue misère. Il se plaint d'une impossibilité d'uriner, datant de quelques jours. Comme seule maladie antérieure, il accuse une blennorrhagie vers l'âge de 25 ans.

La vessie, très-distendue, forme une tumeur volumineuse, remontant à peu de distance de l'ombilic. L'urine s'écoule par regorgement. Le malade n'accuse aucune douleur, autre que la gêne produite par la distension exagérée de ce réservoir.

Le rectum est complétement sain, mais par le toucher rectal, on trouve une prostate notablement hypertrophiée dans le sens transversal. Elle ne fait aucune saillie dans l'ampoule rectale. On ne sent rien du côté des vésicules séminales, ni autour d'elles.

Le malade n'accuse aucune douleur dans le canal, ni au périnée. Une sonde d'argent est introduite avec beaucoup de précaution dans le canal; elle pénètre sans aucune difficulté jusqu'à la portion prostatique. Arrivé là, on sent que le bec de la sonde butte contre un obstacle, et en même temps on voit le pavillon se renverser de côté, comme quand l'instrument pénètre dans un canal sinueux. Craignant quelqu'accident chez un vieillard, M. Guérin retire la sonde métallique, introduit une sonde en caoutchouc molle, et évacue l'urine.

Il est bien évident que jusqu'à ce moment on n'avait que les simples symptômes d'une hypertrophie de la prostate, aussi ce diagnostic fut-il immédiatement posé.

L'urine générale est claire, sans odeur alcaline bien marquée, sans la moindre trace de sang. A la fin cependant, il s'écoule quelques gouttes de pus mêlé à du mucus filant. La quantité d'urine est de 1 litre et demi environ.

L'examen des autres organes ne révèle rien à remarquer d'important. Le cœur est sain. 80 Pul.

Dans les poumons on entend des râles sibilants et ronflants disséminés çà et là. Comme traitement, on ordonne : cathétérisme 3 fois par jour avec une sonde molle.

6 *janvier*. Pendant toute la journée du 6, on remarque que le malade a une grande tendance à rester assoupi. On essaie

de fixer la sonde à demeure, mais inutilement. A la fin de chaque cathétérisme on amène toujours un peu de pus.

12 janvier. Le soir le malade est très-affaissé. La figure est un peu plus colorée que les jours précédents, le pouls bat 130 p. La langue est sèche, le malade très-oppressé. On constate une pneumonie au premier degré du poumon gauche en arrière.

15 janvier. Le malade meurt de sa pneumonie dans la matinée.

Autopsie. — Poumon gauche pneumonie tendant à passer au 3e degré. Rien dans le cœur ni du côté de la rate. Les reins sont un peu congestionnés mais sains.

Vessie. La capacité de l'organe n'offre rien de remarquable. Les parois en sont épaisses. A la face interne on voit des cellules formées par l'entrecroisement des faisceaux musculaires dont la saillie esi considérable. Ces cellules pouvant contenir un noyau de cerise sont groupées vers le bas-fond de la vessie.

En avant de la ligne qui rejoint les embouchures des uretères se voit une tumeur volumineuse qui occupe exactement le point de la vessie qui correspond au lobe moyen de la prostate. Cette production s'étend en avant jusqu'au col vésical qu'elle déforme considérablement.

Vue par la vessie, l'ouverture de l'urèthre a l'aspect d'un triangle à base postérieure, et dont les deux côtés sont très-rapprochés l'un de l'autre. Le voisinage de la tumeur qui venait encore diminuer la lumière du conduit, rend compte de la difficulté du cathétérisme avec une sonde rigide.

La tumeur elle-même sort du lobe moyen de la prostate, sa base est limitée en arrière par la ligne qui joint les uretères, latéralement, par les lignes qui vont de ces conduits à l'ouverture de l'urèthre.

La base a 11 cent. de circonférence. La hauteur est de 3 1/2 à 4 cent. Au niveau du tiers supérieur se voit une ligne circulaire, formée par un bourrelet de la muqueuse dans toute la partie inférieure ; on voit que la muqueuse qui couvre la tumeur est normale, mais daus la partie supérieure, il en est autrement.

Au-dessus du bourrelet, le tissu a un aspect fongueux, et l'on reconnaît que c'est le tissu même de la tumeur qui a perforé, ou tout au moins aminci la muqueuse de telle sorte que la tumeur est visible au travers. Sur la face antérieure existent trois petites fongosités qui sont des kystes, renfermant un liquide blanchâtre.

Une coupe faite à la partie postérieure, fait voir que la tumeur est constituée de deux parties superposées, dont la supérieure est la plus volumineuse. L'inférieure se confond avec le lobe moyen de la prostate. La supérieure est facile à séparer de l'inférieure, et peut s'énucler avec le manche d'un scalpel. Sur la coupe, on trouve de petits kystes, semblables à ceux décrits plus haut, et renfermant du liquide prostatique.

L'examen microscopique fait reconnaître facilement dans la tumeur des fibres musculaires lisses, semblables aux fibres utérins ; c'est donc un myôme de la prostate. La prostate est hypertrophiée. Elle mesure à sa face postérieure : 5 c. 1/2 transversalement ; 6 c. dans son axe longitudinal ; 10 c. 1/2 d'épaisseur devant le canal. La portion prostatique du canal est peu déformée.

Dans la vessie, on a trouvé libres deux petits calculs ; le premier brun rougeâtre, de forme prismatique et allongé, est formé d'acide urique ; le deuxième, jaune blanchâtre, est formé de phosphate de chaux.

Fracture du col du fémur ; par M. Lebec, interne des hôpitaux.

Dem., 73 ans, imprimeur, entré le 22 décembre 1875 à l'Hôtel-Dieu (service de M. Guérin), mort d'un ramollissement cérébral le 12 février 1876.

Sur le cadavre intact, on constate facilement l'aplatissement et l'épaississement de la région trochantérienne. L'articulation est mise à nu en conservant les tendons des muscles. Le tendon du psoas glisse dans une rainure, dont la profondeur est augmentée par des tissus fibreux déposés autour d'elle. Ce tendon est dur, et contient un dépôt calcaire.

La portion réfléchie du tendon droit antérieur est englobé dans une masse fibreuse. Les muscles fessiers n'ont rien de remarquable.

Au bord postérieur du grand trochanter, au point d'insertion des jumeaux et de l'obsturateur interne, on trouve une plaque de 3 cent. de haut et de 1 cent. d'épaisseur. Cette plaque est rouge, infiltrée de sang noirâtre. Elle se laisse facilement couper avec un scalpel. Elle prolonge le bord postérieur du trochanter et se continue avec un tissu de même aspect, situé à la partie inférieure de la capsule, au milieu des tendons qui passent en cet endroit.

Une section horizontale faite dans ce tissu fait reconnaître une structure aréolaire, spongieuse, comme le tissu spongieux d'un os ramolli.

Cette plaque ne se continue pas directement avec le tissu osseux du trochanter. Elle lui est unie par du tissu cellulaire fibreux peu serré qui rend facile la séparation des deux surfaces.

Le microscope fait reconnaître du tissu fibreux en voie d'ossification. La capsule est intacte en avant et en haut ; en bas et en arrière, elle a un aspect différent ; dans cette partie en effet, elle est amincie, noirâtre et infiltrée de sang. Elle est séparée de la production, que j'ai signalée plus haut, par une cavité étroite, où se voient des brides de tissu cellulaire formant des aréoles lâches. En haut et en avant la capsule a plus d'un demi-centimètre d'épaisseur.

Le fémur est très-déformé. Le col est diminué de longueur, et la capsule étant ouverte on peut facilement constater le trait de la fracture.

La tête est complétement détachée au niveau de la limite du cartilage d'encroutement à peu près, de telle sorte que le trait de la fracture est intra-capsulaire.

La tête est parfaitement contenue dans la cavité catyloide, et roule facilement sur elle-même. La surface de section est irrégulière, mais sans aspérités aigues, qui ont été usées par les frottements du fragment externe, qui présente les mêmes particularités.

Une section horizontale est faite à la base du grand trochanter. Elle permet de constater qu'il n'y a pas d'enfoncement de la partie externe du col. L'os est seulement rouge, infiltré de sang surtout au voisinage de la fracture. Il est sain partout ailleurs. De petits fragments sont libres entre les surfaces de section.

M. Longuet. Il y avait ceci d'intéressant dans cette pièce que le tissu osseux ne présente aucune trace de tendance à la réparation ; les tissus fibreux ont seuls servi à la formation d'un col provisoire tout-à-fait insuffisant.

Variole hémorrhagique. — Caduque menstruelle ; par Alf. Jean, interne des hôpitaux.

La nommée R..., Marie, âgée de 26 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu, service de M. le docteur Frémy, dans les premiers jours du mois de février. Chez cette femme la menstruation avait presque toujours été régulière ; mais les règles du mois de janvier avaient duré trois semaines ; depuis la fin de cette ménorrhagie, cette femme se plaint de douleurs très-vives dans les aines et perd un liquide séro-sanguinolent qui l'affaiblit beaucoup. Elle avoue avoir fait depuis deux mois beaucoup d'excès de coït. Examinée au spéculum, on trouve un col gros, fongueux, mamelonné. Le pourtour de l'orifice est très-rouge, ulcéré et saigne facilement. Le corps de l'utérus est gros, il ne paraît pas dévié, mais est complétement enclavé dans le petit bassiu. Après trois cautérisations au nitrate d'argent et un traitement approprié, la malade était en voie d'amélioration, mais elle fut prise tout-à-coup, le 15 février, de douleurs lombaires extrêmement intenses, de céphalalgie, la langue se couvrit d'un enduit épithélial très-prononcé. Le pouls s'accéléra, et le soir même le thermomètre marquait 39.9. Le lendemain, même état ; douleurs lombaires aussi vives ; catarrhe oculo nasal. Toux légère, rien à l'auscultation de la poitrine. Le ventre n'est ni ballonné, ni douloureux. Douleurs légères dans les aines, mais elles existaient avant cette poussée aiguë. La malade était à l'époque de ses règles et ces symptômes pouvaient être rapportés à la dysmenorrhée. Le soir,

10. 4. Même état, prostration de plus en plus complète. Langue noire fuligineuse. Apparition aux aînes de rasch hémorrhagique, et sur le ventre de quelques taches purpuriques. Le lendemain matin, la malade nous dit que ses règles commençaient à paraître; l'état général cependant ne s'améliora pas, et le soir elle succomba avec une température de 40°, 3

AUTOPSIE. Cœur. Le péricarde viscéral présente des taches purpuriques variant depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une lentille; ces taches occupent les auricules et les sillons verticaux et horizontaux Pas de lésions valvulaires, pas d'endocardites.

Poumons. Sains.

Intestin. Rien à noter.

Reins. Un peu congestionnés; la muqueuse des bassinets et des uretères est le siége d'une extravasertion sanguine sous forme de piqueté très-abondant.

Utérus. L'utérus est très-gros. Les trompes sont dilatées, flexueuses et adhérentes aux parties latérales de l'utérus. Les deux ovaires ont subi une dégénérescence remarquable, ils sont formés d'un tissu grisâtre, ressemblant à du caséum, le gauche présente un petit abcès de la grosseur d'une noisette; il est impossible de reconnaître la présence des vésicules de de Graaf. Le corps de l'utérus est rempli par un caillot gélatiueux de forme triangulaire à base supérieure, le sommet se prolongeant dans la cavité cervicale et le vagin. Ce caillot est recouvert d'une lamelle grisâtre ressemblant à de la fibrine; mais dans cette couche ou rencontre une quantité considérable de cellules analogues à celles de la muqueuse utérine; au reste, la face interne de l'utérus est villeuse, chagrinée et présente des cellules analogues à celles de la périphérie du caillot. Ces faits indiquent que nous avons affaire, non à une épistaxis utérine symptomatique de la variole hémorrhagique, mais bien à une hémorrhagie menstruelle avec desquamation de la muqueuse de l'utérus.

29. Anomalies du cerveau; par M. FÉRÉ, interne provisoire.

Voici l'hémisphère gauche du cerveau d'un vieillard de Bicêtre, sur l'intelligence duquel on n'a rien noté de spécial pendant la vie. Il offre à considérer plusieurs anomalies remarquables. Je ne puis dire si elles étaient symétriques car l'hémisphère droit présentait un ramollissement cortical ancien, qui occupait à peu près tout le domaine de la sylvienne.

1° C'est d'abord l'*interruption du sillon de Rolando* par un pli de passage qui se trouve à peu près à l'union des deux tiers supérieurs, avec le tiers inférieur du sillon et qui relie les deux circonvolutions ascendantes.

Cette disposition est très-rare, on n'en trouve qu'un exemple signalé par Wagner. J'en ai cependant rencontré un autre l'année dernière dans le service de M. Charcot: dans ce cas l'anomalie existait des deux côtés, et le pli du passage situé sur le milieu du sillon de Rolando formait avec les deux circonvolutions ascendantes une H inclinée en arrière.

2° On voit aussi une disposition remarquable de la *scissure parallèle* qui, arrivée au niveau de la partie postérieure de l'insula de Reil, parait plonger dans la scissure de Sylvius et se confondre avec elle. Mais, comme me l'a fait remarquer M. Pozzi, ce n'est là qu'une apparence, le pli marginal inférieur est extrêmement aminci et à peine saillant en arrière; pour le voir il faut écarter fortement la scissure de Sylvius; on peut constater ainsi qu'il se continue avec la racine postérieure du pli courbe qui est très-peu développé, de sorte que le lobule pariétal inférieur est de beaucoup moins volumineux que de coutume.

3° Je noterai enfin une disposition spéciale des *plis de passage* pariéto-occipitaux et le lobule pariétal supérieur fournit deux plis de passage volumineux et bien distincts; le lobule pariétal inférieur ne fournit qu'un pli de passage assez grêle; c'est la disposition inverse qu'on observe d'ordinaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 juin 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. VERNEUIL dépose sur le bureau: 1° une thèse récemment soutenue à la Faculté de Paris et intitulée: *Etude sur la statistique chirurgicale de l'hôpital de Besançon*; 2° une observation de trachéotomie pratiquée chez une femme enceinte de six mois. L'enfant était très-bien portant; quelques heures après l'opération l'avortement avait lieu.

M. HOUEL annonce à la Société la mort de M. Pétrequin, membre correspondaut depuis le mois de janvier 1866.

M. GUÉNIOT continue sa communication relative à l'influence de la grossesse sur le traumatisme. La grossesse elle-même peut être considérée comme une cause prédisposante de traumatismes (Chutes, contusions, fractures, etc.) Ce qui est important à savoir c'est l'influence de la grossesse comme cause efficiente. Le diabète, la syphilis, le scorbut, l'albuminurie agisseut sur les plaies d'uue manière très-défavorable. N'est-on pas conduit à penser que la grossesse peut avoir uue influence analogue. La grossesse est bien, il est vrai, une fonction naturelle; mais elle entraine des modifications dans la composition du sang, dans la structure du foie; et ces modifications peuveut exercer sur les traumatismes une actiou qu'il s'agit de déterminer.

Dans ce but, M. Guéniot a interrogé les faits à deux points de vue: 1° En recherchant la proportion de mortalité constatée dans les traumatismes survenus pendant la grossesse; 2° en étudiant la marche des traumatismes soit dans les cas de guérison, soit dans les cas suivis de mort. Aujourd'hui, il ne sera question que du degré de la mortalité. Les contusions, les plaies accidentelles (y compris-même des plaies très-graves, comme de vastes plaies de tête) n'ont donné lieu qu'à une mortalité très-faible. La question est très-intéressante en ce qui concerne les plaies chirurgicales: 85 cas ont été réunis. Dans ce nombre sont comprises 25 grandes opérations, telles que: hernies étranglées, 6; amputations de cuisse, 5; de jambe, 3; de bras, 1; désarticulation de l'épaule, ligature de l'artère crurale, ablation de tumeurs du sein, du maxillaire inférieur, de tumeurs cancéreuses à la racine de la cuisse, d'une tumeur osseuse intra-pelvienne.

Parmi les 85 cas mentionnés, il faut comprendre 40 opérations des plus diverses, ovariotomies, cataractes, etc., enfin plus de 20 ouvertures d'abcès, dont un grand nombre dans la région du sein. Chose curieuse, les 25 grandes opérations qui viennent d'être énumérées out déterminé la mort quatre fois seulement, (hernie étranglée, amputation de cuisse, ligature de la crurale, ablation du sein). Cette faible mortalité est comparable à ce qui a lieu dans l'état de vacuité. Dans les 40 observations diverses, nous voyons des cas de mort plus nombreux se produire à la suite d'opérations insignifiantes en apparence, telles que des mouchetures de la grande lèvre, de simples ponctions, des excisions de polypes vaginaux. Ici la grossesse n'agit que très-indirectement comme cause de mort. L'avortement a lieu d'abord, et devient à son tour la cause de nouveaux accidents auxquels succombera la malade. Mais à quoi est dû l'avortement? M. Guéniot est persuadé qu'il est dû à ce que l'œuf est malade.

D'autres faits encore présentent une grande importance. Dans une autre thèse (Massot) ont été réunies 40 observations de fractures: 27 fractures simples et 13 fractures compliquées. En tout il n'y a eu que deux cas de mort. Sur deux cas de luxations, deux fois la guérison a eu lieu. L'ensemble de ces observations représente donc un tout de 150 traumatismes à peu près, traumatismes très-variés par leurs formes, leurs siéges, leur intensité. Si l'on met à part quelques faits à négliger, on arrive à cette conclusion que: la grossesse n'a augmenté en rien la mortalité que l'on constate dans les conditions normales de traumatisme. Toutefois, il faut faire une exception en ce qui concerne: les traumatismes de la zoue génitale; les excisions de veines variqueuses des membres inférieurs; les cas de grossesses compliquées — Reste à étudier l'influence de la grossesse sur la marche des traumatismes.

M. RÉGNIER lit un travail sur la compression digitale dans le traitement des anévrysmes.

M. TRÉLAT appelle l'attention de la Société sur deux cas d'ichthyose, de psoriasis lingual qui se sont transformés sous ses yeux en épithéliomas. A la fin de l'an dernier cette question a été étudiée dans une brochure de M. R. Weil, où ont été réunis 43 faits de psoriasis lingual, 8 fois l'affection dura plus de 10 ans; 3 fois elle dura plus de 20 ans; 1 fois

elle dura 40 ans; et 31 fois le passage de l'ichthyose à l'épithélioma se développa sous les yeux du chirurgien. Le premier fait que M. Trélat expose à la Société est relatif à un homme de 56 ans, grand fumeur, qui depuis 12 ans était atteint de psoriasis lingual. Il y a deux mois et demi environ il cessa de fumer et partit en voyage. A sou retour, la langue était occupée par un vaste épithélioma, ovoïde, dépassant de beaucoup la ligne médiane, mais ulcéré seulement à la superficie. Il n'y avait pas d'envahissement ganglionnaire; pas de cachexie; l'ablation totale fut pratiquée avec l'anse galvanocaustique. — Aujourd'hui la guérison est complète.

La deuxième observation a trait à une femme sujette à des eczémas répétés, et qui particulièrement, il y a deux mois, fut atteinte d'une poussée eczémateuse générale. Depuis longtemps, elle portait sur la langue de petites plaques blanchâtres, transparentes. Il y a quinze jours la langue présentait une large ulcération épithéliomateuse, déchiquetée à son centre, indurée, anfractueuse, et qui venait d'être le siége de quelques hémorrhagies. De concert avec M. Verneuil, il fut décidé qu'il en fallait venir à l'opération. Ces deux uouveaux faits peuvent être ajoutés à ceux du chirurgien auglais. Non-seulement la parenté entre les deux affections présente un grand intérêt au point de vue anatomo-pathologique, mais l'importance du diagnostic est capitale, car il faut alors se décider à intervenir promptement. M. Trélat croit que la connaissance de ces faits sera utile surtout aux médecins; il recommande les diagnostics précoces et les opérations hâtives.

M. Verneuil a vu depuis longtemps la coïucidence des deux affections, et non-seulement en ce qui concerue le psoriasis lingual, mais le psoriasis buccal. Dans de semblables cas, le chirurgien est souvent fort embarrassé, car pendant des années on peut n'avoir affaire qu'à un papillome et nou à un épithéliome. Souvent, on abandonne le papillome à lui-même, et cela sans inconvénient; d'autres fois en l'enlève; et alors il peut se faire que tout d'un coup les ganglions se prennent en masse; l'opération a été le coup de fouet qui a donné un nouvel élan à la maladie.

M. Panas a eu l'occasion d'étudier la question depuis quelques années. La succession des trois états signalés par M. Verneuil, plaques laiteuses psoriasiques, papillomes, épithéliomes est parfaitemeut exacte. Pour la première forme, il ne vient à l'idée de personne qu'une opération soit pratiquable. Quant aux papillomes, fréquents surtout sur les côtés de la langue, il est bon de les détruire si l'on ne veut voir se produire la transformation épithéliale. Lorsque le tissu de la langue est envahi, l'opération est nécessaire; en pareil cas, M. Pauas admet que la guérison soit possible pour un an ou un an et demi; mais il croit qu'il faut attendre plus longtemps pour affirmer la guérison complète.

Le cancer psoriasique de la langue est une forme excessivement grave. Sans uier les cas de guérison ou d'amélioration, M. Panas juge qu'il faut atteudre les résultats d'une statistique plus complète. Car si l'on a eu à se féliciter de quelques succès, il faut aussi tenir compte des cas où l'opération a déterminé les récidives ganglionnaires qui ont abrégé la vie de l'opéré.

M. Trélat. L'histologie uous enseigne formellement que les épithéliomes ont dans leur marche et dans leur développement des lois inexorables. Qu'on soit embarrassé au point de vue pratique, cela est tout naturel: papillomes, ulcérations, cancroïdes, peuvent être à un moment donné, impossibles à différencier. Mais si peu que le cancroïde se montre, il faut l'eulever immédiatemeut, et toujours dépasser ses limites, car on ue sait pas jusqu'où il va.

E. Brissaud.

Le témoignage d'un frère ignorantin. — Dans l'Aveyron existe, paraît-il, une femme dont la spécialité consiste à remettre les estomacs déplacés, et qui exploite, sur ce chapitre, la crédulité des paysaus. Un frère de l'école chrétienne, guéri d'une *luxation de l'estomac* par la femme Julie Besse, et appelé en témoignage devant le tribunal, répond à cette demaude du président : « Vous u'avez plus rien à dire ? » par ces paroles : « Pardon, je veux ajouter qu'il serait bon que cette femme fût autorisée à continuer son utile métier, parce que les médecins ne connaissent pas cette maladie. » Ces paroles ne furent pas relevées par le tribuual; mais la femme fut condamnée à 5 fr. d'amende pour chaque contravention, en tout 10 fr. d'amende, et aux dépens, liquidés à 81 fr. 28 cent. (*Lyon médical*).

REVUE MÉDICALE

Hémiplégie spinale gauche, due à une compression unilatérale du segment inferieur de la moelle cervicale, par un syphilôme. — Guérison; par Federico Lanzoni. (*Il Morgagni*, 1874, et tirage à part).

Guiseppe Ciferri, militaire, âgé de 22 ans, entré à l'hôpital en septembre 1873. Bien portant jusqu'en février 1873. A cette époque, il fut traité pour des ulcérations de la langue et des lèvres qui guérirent après 40 jours de traitement. Un peu plus tard, il eut une tuméfaction du côté droit du maxillaire inférieur qui se termina par suppuration et un mois après, un gonflement douloureux de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil droit qui se termina également par suppuration. — En même temps il commença à se plaindre d'une douleur dans la région cervicale, exaspérée par les moindres mouvements de la tête, et de sensations périodiques de froid, dans le membre supérieur gauche. Ce membre était aussi le siége de contractures pénibles, et d'un affaiblissement progressif. — Bientôt ces symptômes augmentèrent: le torticolis devint plus fort et le bras gauche, puis la jambe du même côté devinrent complétement paralysés, tandis que tout le côté droit du corps devenait anesthésique.

Etat actuel en septembre 1873. — Etat général bon. Facultés intellectuelles bien conservées. Tête fortement inclinée sur l'épaule gauche et rejetée en arrière : la face dirigée en haut et à droite. Muscles du côté gauche du cou, durs, rigides, contracturés.

Douleur fixe, exaspérée par la plus légère pression au niveau des 6e et 7e vertèbres cervicales. — L'œil gauche et le pavillon de l'oreille du même côté sont plus rouges que les mêmes organes du côté opposé. Pupilles inégales, la droite plus large que la gauche. Mouvements des yeux normaux. Déglutition et articulation uormales. Langue mobile, non déviée.

Hémiplégie gauche avec atrophie musculaire portant sur la face et les membres. — Diminution de la contractilité électrique des muscles. Hyperesthésie tactile, thermique et douloureuse dans toute la moitié gauche du corps (face, tronc et membres).

A droite. — Affaiblissement des mouvements volontaires dans le membre supérieur. — Perte complète de la sensibilité tactile et diminution considérable des sensibilités à la température et à la douleur. — La température est sensiblement plus élevée dans la moitié gauche du corps que dans la moitié droite.

Oreilles ...	droite.........	37°
	gauche........	40°
Aisselle ...	droite.........	37°
	gauche........	38°
Maius.....	droite.........	23°
	gauche...	25°

Pouls et respiration normaux.

Miction et défécation régulières. Le malade soumis à un traitement antisyphilitique guérit très-rapidement.

Un cas remarquable de paralysie bulbaire due à la compression exercée par une tumeur au cervelet; par Federico Lanzoni.

Giovanni Cat..., 28 ans, cultivateur, entré à l'hôpital le 14 déc. 1874. Jeune homme robuste, d'une forte constitution, ayant joui jusqu'à l'âge de 26 ans, d'une excelleute santé. A cette époque il commeuça à ressentir une douleur fixe à la région occipitale.

Cette douleur était sujette à des redoublements si violents que le malade était forcé, pendant ses accès, de se coucher par terre. Il pouvait néanmoins continuer ses travaux et ne les interrompit que 40 jours avaut son entrée à l'hôpital, époque à laquelle apparurent de uouveaux symptômes. Sa démarche devint incertaiue; il eut des vomissements fréqueuts, une gêne uotable dans l'articulation des mots et la déglutition, et sa tête fortemeut inclinée en avant ne pouvait être relevée saus que ce mouvemeut ne fut suivi d'une exacerbation douloureuse, atroce.

Etat actuel à l'entrée à l'hôpital. Le malade est couché sur

le côté droit, la tête penchée en avant, de telle sorte que le mentou est appliqué contre le sternum. Il n'y a pourtant pas de contracture des muscles du cou. Douleur fixe à l'occiput et à la région cervicale, exaspérée par la pression, les mouvements de la tête, etc. Parole embarrassée, déglutition difficile. Pupille gauche plus dilatée que la droite. Paralysie faciale gauche.

Langue déviée à gauche : sa moitié gauche très-atrophiée. Pas de paralysie ni d'anesthésie dans les membres. — Trouble sérieux de l'équilibration.

Si on fait lever le malade, il sent la résistance du sol, mais il chancelle et menace de tomber en avant si on ne le retient. En le soutenant uu peu, il marche, sans lancer ses jambes comme un ataxique. En lui fermant les yeux, on n'augmente pas les troubles de l'équilibration. Intelligence conservée. Miction régulière. Pouls ralenti, à 40. Respiration irrégulière.

De temps en temps surviennent des accès de douleur spontanée pendant lesquels ont lieu des vomissements, du strabisme, le malade pousse des cris plaintifs, le pouls et la respiration deviennent très-irréguliers. — Mort de syncope dans un effort pour faire un mouvemeut, 15 jours après son entrée à l'hôpital.

A l'AUTOPSIE, on trouve une tumeur située au-dessous des méninges, indépendante de la substance de l'encéphale, logée dans une cavité qu'elle s'était creusée eu refoulant les organes voisins et limitée d'une part par le vermis inferior et les amygdales, et d'autre part par la face postérieure de la moelle allongée. Elle a le volume d'un œuf de poule et une consistance un peu supérieure à celle de la substance cérébrale. La couleur est blanche, elle est enveloppée dans une membrane propre légèrement vascularisée. M.Taruffi, qui en a fait l'examen microscopique, l'a trouvée constituée par des faisceaux de fibres nerveuses entrecroisés au milieu desquels existaient de nombreux éléments lymphoïdes, et il pense qu'il s'agit d'un névrome enflammé. — Les autres organes sont sains. — L'auteur avait diagnostiqué pendant la vie l'existence d'uue tumeur du cervelet à cause des signes de compression du côté du bulbe et de la protubérance. P.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur la ladrerie chez l'homme, comparée à cette affection chez le porc, par J. BOYRON ; chez A. Delahaye 1876.

A propos d'uu malade des cliniques qui présentait des kystes disséminés sur tout le corps, le Dr Boyron a eu l'idée de rassembler les observations semblables et de comparer la ladrerie humaine à la ladrerie porcine.

On trouvera, dans cette étude intéressante, bien établie la filiation entre le tænia solium de l'homme et la ladrerie porcine ; entre celle-ci et le développement chez l'homme du tænia solium , entre l'absorption des œufs du tænia par l'homme et son infection ladrique.

Les observatious et les documents réunis dans cette thèse montreront l'importance capitale des mesures hygiéniques dans uue affection dont les difficultés diagnostiques, inhérentes à l'absence ou à l'obscurité même des symptômes, ajoutent aux incertitudes de la thérapeutique.

VARIA

La collation des grades.

Le 29 avril, M. A. Latour, adhérant à la proposition de M. Gallard, demandait que le diplôme professionuel fût délivré par un jury nommé par le Ministre sur la présentation du Conseil supérieur de l'instructiou publique ; il déclarait vicieux et capable d'entraîner les plus graves inconvénients tout autre mode de collation du diplôme Le 13 juin, la solution pratique se trouve pour M. Latour dans l'élection par l'Académie de médeciue, le corps le plus indépendant et le plus compétent possible. La genèse des phénomènes intellectuels étant fort obscure, il est difficile de dire comment et pourquoi s'est opéré ce changement d'opinion.

Nous aimerions à l'attribuer aux quelques réflexions émises par le *Progrès médical*, le 10 juin, sur le projet de MM. Gallard et Latour. Mais M. Latour n'en disant mot, il est plus probable que nos critiques ne sont pour rien dans son revirement soudain. Il semble croire qu'en dehors du jury mixte et des Facultés d'Etat, il ne s'est produit, pour sauvegarder les droits de l'Etat, que le système de M. Gallard ; il n'est pas bien sûr que ce système ait des inconvénieuts et paraît ignorer les objections faites par M. Barni à la présentation par le conseil supérieur, et par nous à la pratique préconisée par M. Gallard. Sa conversion subite est douc un pur effet du jeu naturel de ses facultés intellectuelles et ne relève d'aucune influeuce étrangère qu'il aurait certainement signalée.

Ou peut donc espérer voir cette évolution se continuer d'autant mieux qu'elle est toute spontanée, et M. Latour se rapprocher de plus en plus, en gardant tout le mérite de son initiative, du système proposé par le *Progrès*. Il n'échappera pas à M. Latour que l'autorité d'un corps électoral dimiuue à mesure qu'il devient moins nombreux, partant plus accessible à la brigue, et que le temps est passé des suffrages restreints ; il réfléchira que l'Académie élisant le jury, on priverait celui-ci d'éléments précieux si les électeurs étaient déclarés inéligibles ; et qu'à permettre l'élection des académiciens, on risquerait de les voir accaparer toutes les places. L'expérience a déjà prouvé que cette hypothèse n'a rien d'invraisemblable ; se réalisant, elle amènerait la décousidération de l'Académie et du jury. M. Latour eu viendra donc forcément, de lui-même à élargir la base électorale, à accepter, sans le mutiler, le système du *Progrès médical* qui, heureux de cette adoption, n'élèvera aucune revendication de paternité.

Association scientifique des Etudiants.

Samedi dernier a eu lieu, dans la salle de la rue d'Arras, une réunion composée de huit cents étudiants environ. Le but vers lequel tendaient les organisateurs était la formation d'une association entre les étudiants des diverses facultés de France. Après une longue discussion, on a voté le principe de cette association et une commission a été nommée pour chercher les moyens pratiques qui permettront d'arriver à ce résultat désirable. Elle est composée de 10 membres, ce sont : MM. Bétanier, élève à l'Ecole de Beaux-Arts ; Dreyfus, interne en médecine ; Favier, interne en pharmacie ; Giraud, étudiant en médecine ; Godlewski, étudiaut en médecine ; Jourdan, étudiant en droit ; Maunoury, interne en médecine ; Monod, interne en médecine ; Pottier, étudiant en médeciue, et Reclus, interne en médecine.

D'après les déclarations publiques de plusieurs membres de la commission, nous pouvons inférer que, s'inspirant du mandat qui leur a été donné, « ils chercheront avant tout les moyens pratiques » d'arriver à un résultat. Il leur faudra probablement restreindre un peu leur ambition, du moins au début. Une association générale n'est guère possible aujourd'hui, on ne saurait du reste la fonder en uu jour ; il faut du temps, beaucoup de temps, sans parler des fonds qu'on ne trouvera pas tout de suite. Mais comme pierre d'attente, ils ont, paraît-il, songé à la création d'une bibliothèque et d'une salle de travail qui, répondant à un besoin immédiat, serait le noyau autour duquel viendrait se grouper plus tard et à leur heure d'autres institutions importantes, cercle, caisse de secours mutuels, etc.

En débutaut par la création d'une bibliothèque, les membres de la commission grouperont certainement autour d'eux les sympathies de tous, et la réussite nous semble assurée. On ne saura leur refuser l'autorisation nécessaire d'une part, et d'autre part les souscriptions seront nombreuses. En effet, cette bibliothèque n'existe pas. — La bibliothèque de l'Ecole de médecine, excellente pour ceux qui ont des recherches bibliographiques à faire pour un travail tout personnel, thèses ou mémoires, est absolument insuffisante pour les étudiants ordinaires ; il n'y a qu'un seul exemplaire des livres de première nécessité : traités classiques d'anatomie, de physiologie, de pathologie, les dictionnaires, atlas, c'est-à-dire des livres les plus demandés, alors qu'il en faudrait 10 à 20. Les journaux de médecine et les revues ne peuvent être mis à la disposition des lecteurs que trois ans après la publication, de sorte que les étudiants qui veulent se tenir au courant des questions scientifiques du moment ou lire le compte rendu des séances des sociétés savantes ne peuvent le faire que d'une manière incomplète en allant soit dans les cafés, soit dans les cabinets de lecture.

Il nous resterait encore bieu des reproches à faire à l'organisation actuelle de la bibliothèque : elle est fermée de 4 à 7 heures, précisément au moment où les étudiants sortant des laboratoires ou des amphithéâtres de dissection, auraient besoin d'avoir une salle de lecture et de travail jusqu'à l'heure du dîner. Enfin, chose plus sérieuse encore, la bibliothèque ferme pendant la durée des vacances, c'est-à-dire deux mois avant les concours de l'internat et de l'externat ; tous les étudiants qui restent à Paris en ce moment, soit pour préparer ces concours, soit pour préparer les examens de la session de novembre, soit pour faire leur thèse, sont obligés de se contenter de leur bibliothèque particulière. — Nous ne pouvous donc qu'applaudir aux efforts des étudiants qui, voulant remédier à uu pareil état de choses, ont cru qu'ils pourraient le faire en créant eux-mêmes une bi-

bliothèque ; les débuts seront certainement difficiles, mais le succès d'une œuvre aussi éminemment utile ne saurait être douteux, et en tous cas les encouragements de tous sont acquis à ceux qui ont pour mission de réaliser ce projet.

Circulaire concernant les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Monsieur le Recteur, le décret du 15 juillet 1875 a rendu obligatoire, pour les aspirants au grade pharmacien, les travaux pratiques dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie; mais l'exécution de ce décret paraît rencontrer, dans certaines écoles, quelques difficultés relativement au nombre des auxiliaires qu'exigent la direction et la surveillance des manipulations. J'ai l'honneur de vous adresser à ce sujet des instructions que vous voudrez bien faire connaître à MM. les Directeurs des écoles de votre académie.

Les travaux pratiques exigent des préparateurs et des chefs de travaux. Un préparateur peut utilement être chargé de trente ou quarante élèves, de cinquante même, si le laboratoire est disposé pour un service et une surveillance faciles. La surveillance doit être de tous les instants : en chimie pour démontrer l'emploi des appareils ou des réactifs et prévenir les accidents; en micrographie pour diriger les élèves dans la préparation des objets à observer, dans le maniement des microscopes et l'exécution des dessins. Les chefs de travaux doivent exposer dans des conférences le sujet de chacune des opérations ou observations à faire dans les laboratoires. Ces conférences comportent avec un résumé des données théoriques, l'indication minutieuse de la pratique des opérations ou observations.

Il est bien entendu cependant que ces conférences ne sont nécessaires qu'autant que les travaux pratiques ne sont pas exécutés dans l'ordre même des cours; les cours remplacent alors les conférences. Enfin, la direction et la surveillance des laboratoires appartiennent exclusivement, mais sous le contrôle des professeurs titulaires, aux chefs de travaux pratiques.

Dans quelques écoles et spécialement dans celles qui ne comptent qu'un petit nombre d'élèves, il pourrait y avoir lieu de confier à un seul fonctionnaire ces emplois de préparateur et de chef des travaux pratiques. On comprend que, dans ce cas, ce fonctionnaire doit présenter des garanties spéciales de savoir, d'activité et de dévouement. L'importance des travaux pratiques dans les études pharmaceutiques fait désirer que le traitement des fonctionnaires attachés à leur préparation soit assez élevé pour permettre de choisir parmi les candidats les plus capables et ceux qui sont susceptibles de conserver leurs fonctions. A ce point de vue, il pourrait y avoir avantage à réunir dans les mêmes mains, avec un supplément de traitement, les doubles fonctions de préparateur du cours et des travaux pratiques.

Je vous prie de m'accuser réception de la présente circulaire. Agréez, M. le Recteur, etc.,

Le Ministre de l'Inst. pub. et des Beaux-Arts, signé: WADDINGTON.

25. Pilules laxatives et antibilieuses (*Vance*).

Extrait composé de coloquinte......	5 grammes.
Scammonée....................	1 gr. 25.
Extrait de rhubarbe..............	70 centigr.
Savon blanc....................	30 —
Essence de cannelle..............	4 gouttes.

Mêlez et divisez en 24 pilules. — Une à deux, le matin à jeun, pour provoquer des selles bilieuses, et augmenter l'appétit, dans le cas d'embarras gastrique.

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS. — Population, d'après le recensement de 1872 — 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 8 mai 1876, on a constaté 860 décès, savoir : variole, 13 ; rougeole, 42 ; scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 15; érysipèle, 8 ; bronchite aiguë, 26 ; pneumonie, 67 ; dysenterie, 3, diarrhée cholériforme des enfants, 4 ; choléra nostras, 4 ; angine couenneuse, 7; croup, 12 ; affections puerpérales, 4 ; autres affections aiguës, 196 ; affections chroniques, 384 dont 174 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 51 ; causes accidentelles, 26.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours libres.* — 1er semestre de l'année scolaire 1876-1877.— *Avis.*— Le doyen de la Faculté de médecine de Paris a l'honneur d'informer MM. les docteurs en médecine qui désirent faire des cours libres à l'Ecole pratique, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1876-1877, qu'ils doivent en adresser la demande à M. le Ministre de l'Instruction publique, par l'intermédiaire de la Faculté avant le 1er juillet prochain. Ils voudront bien indiquer dans leur demande la nature du cours qu'ils ont l'intention de faire. — Paris, le 9 juin 1876. *Le doyen de la Faculté,* A. VULPIAN.

Concours pour la nomination à deux places de chefs de clinique médicale et à une place de chef de clinique d'accouchements. Ce concours aura lieu dans le courant du mois de juillet. Le jour de l'ouverture du concours sera annoncé ultérieurement. Sont admis à concourir les docteurs en médecine, âgés de moins de 34 ans. Les inscriptions seront reçues du 15 juin au 10 juillet, de 1 heure à 4 heures.

Adjuvat. — Les pièces anatomiques ont été remises le 10 juin. L'épreuve écrite a eu lieu le 13 juin. Les candidats, au nombre de sept, ont eu à traiter les questions suivantes : *Anatomie et physiologie des capillaires généraux ; — Anatomie pathologique des tumeurs érectiles.*

HÔPITAUX.— *Prosectorat.* Le concours pour deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, aura lieu le 3 août.

Concours pour deux places de chirurgien du bureau central. — A la suite de ce concours, MM. Terrillon et Marchand, prosecteurs à l'amphithéâtre d'anatomie de Clamart, viennent d'être nommés chirurgiens des hôpitaux.

— Au concours pour deux places de *médecins* du Bureau central, les candidats *admissibles* pour les épreuves définitives sont : MM. Dieulafoy (59 points), Straus (57), Huchard (54), Quinquaud (53), Lacombe (53), Gouguenheim (52), Rück (52), Chouppe (52). Ils ont eu à traiter comme *composition écrite* : De l'Embolie cérébrale.

Les sujets traités aux *questions orales* (de 20 minutes) avaient été : 1° Péricardite aiguë sèche ; 2° Muguet ; 3° Scarlatine maligne ; 4° Périnéphrite ; 5° Dilatation des bronches ; 6° Symptômes de la paralysie générale.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Sont nommés pour une période de deux années, suppléants à l'Ecole de plein exercice de Nantes : chaire de médecine, M. Kirchberg; cours d'anatomie et de physiologie, M. Kaingeard; chaires de sciences naturelles, MM. Herbelin et Bertin.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Le concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques près l'Ecole de médecine et de pharmacie de plein exercice de Nantes, fixé au 9 novembre 1876, par arrêté du 29 avril, aura lieu le 2 août prochain.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Sont nommés pour une période de deux années, chef de clinique à l'Ecole de plein exercice de Marseille, les docteurs en médecine, anciens internes des hôpitaux dont les noms suivent, savoir : clinique obstétricale, M. Dagout-Bailly; clinique chirurgicale (1re chaire), M. Bousquet; clinique médicale (2e chaire), M. Vidal; clinique chirurgicale (1re chaire), M. Garsin; clinique médicale (2e chaire), M. Fallot, M. Richard, bachelier ès-lettres et ès-sciences, est nommé préparateur de chimie et de pharmacie.

EXCURSIONS SCIENTIFIQUES. — *Herborisation.* M. Cornu fera une excursion pour l'étude et la récolte des cryptogames le dimanche 18 juin, dans les bois de Châville. Rendez-vous à Châville à l'arrivée du train partant de Paris (Montparnasse) à 11 heures.

Géologie. — M. Daubrée (en son absence M. St. Meunier), fera le 18 juin une excursion à Gaillon, Oiuville, Fontenay-St-Pères. Rendez vous à la gare Saint-Lazare pour le train partant à 7 heures 1/4.

NÉCROLOGIE. — Le *Lyon médical* nous apprend la mort, à l'âge de 67 ans, de M. le Dr J. E. PÉTREQUIN, ex-chirurgien major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de cette ville, etc.

CONFÉRENCES D'EMBRYOGÉNIE. — M. le dr Dareste commencera ses conférences d'embryogénie dans le laboratoire d'embryogénie de l'Ecole pratique le mardi 13 juin, à quatre heures, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. (*Gazette des hôpitaux.*)

RÉUNION DES MÉDECINS DÉPUTÉS-SÉNATEURS. — La réunion des médecins de la Chambre et du Sénat vient de se constituer. Elle a nommé M. Laussedat président, M. Soye vice-président, et M. Liouville secrétaire. Elle a décidé de commencer ses travaux par l'étude de la proposition de M. Richard Waddington sur l'assistance publique dans les campagnes, et celle de M. Parent sur les eaux minérales. Deux sous-commissions ont été nommées pour faire chacune un rapport sur ces propositions. (*Union médicale*.)

UNE BIENFAITRICE DE L'HUMANITÉ. — Mme Hagelle vient de léguer à l'Assistance publique de Paris une somme de dix millions, pour établir, aux environs de la capitale, un hospice destiné à recueillir les vieillards, des infirmes et des incurables. (*Bordeaux méd.*)

LE CHOLÉRA A CASHMERE. — Les nouvelles de Bombay, jusqu'au 15 mai, nous apprennent que le choléra se répand dans la vallée de Cahsmere. On craint de le voir s'étendre jusqu'à Murree malgré la quarantaine la plus sévère. En outre on a compté trente-cinq cas de choléra jusqu'au 26 avril dans le camp de *Bolan-Pass*. Cependant les nouvelles de Raycote sont satisfaisantes ; l'épidémie a complètement disparu dans cette région. (*Medical Times and Gazette*.)

L'EAU ANTINÉVRALGIQUE ; ESCROQUERIE. — Alphonse Baër, d'origine allemande, qui s'était, après la guerre, fait naturaliser français et s'était même fait donner la croix, vient de comparaître devant la 8e chambre correctionnelle, sous la prévention d'escroquerie. Le nom de Baër est lié à celui de l'*eau antinévralgique*, dont le succès d'argent est incontestable, puisqu'il en a été vendu pour 1 million 800,000 fr. Ce précieux remède, qui guérit les névralgies, prévient l'apoplexie, combat l'épilepsie, se compose, d'après le rapport du docteur Bergeron, expert de la justice, de mauvaise eau-de-vie, dans laquelle on a fait macérer du tabac épuisé par de l'eau bouillante. La présence du tabac ne paraît pas avoir eu d'autre but que de colorer le mélange ; on y ajoutait aussi un peu d'indigo.

Il résulte de l'instruction que le prévenu aurait apporté autant d'habileté à tromper les pharmaciens qu'il en avait mis à fabriquer son eau merveilleuse. Le tribunal le condamne à un mois de prison. Le nom de Baër n'est pas inconnu à Lyon parmi la jeunesse médicale. En 1871, sur la demande des étudiants en médecine, et pour des motifs que nous n'avons pas à relater ici, l'école de médecine lui fut fermée, malgré sa qualité d'allemand récemment naturalisé français et décoré de la Légion d'honneur. (*Lyon méd.*)

Le Progrès Médical

MALADIES DES YEUX

ÉCOLE PRATIQUE. — COURS DE M. LE Dr **E. LANDOLT.**

Du diagnostic des maladies des yeux.

IVe LEÇON. — **Insuffisance des droits internes** (1).

Leçon recueillie par A. CHARPENTIER.

Messieurs,

Je ne puis quitter l'étude du mouvement des yeux sans vous parler de certains troubles visuels qui, au premier abord, pourraient paraître indépendants de tout fonctionnement musculaire et qui s'y rattachent cependant d'une manière très-nette.

Un malade se plaint, par exemple, de ce que sa vue se fatigue très-vite : le soir surtout, il ne peut plus lire ni écrire d'une façon continue, parce qu'au bout de quelque temps les lettres dansent devant ses yeux. Cherche-t-il à résister à cette fatigue, il n'y réussit que pour quelques moments, et ne manque pas d'éprouver ensuite des douleurs dans les yeux et dans la tête. C'est là en un mot l'état que l'on désigne sous le nom d'*asthénopie*.

Votre première pensée est que le malade est hypermétrope ou presbyte ; tels sont en effet les troubles qu'accusent ces derniers : difficulté de voir de près ; impossibilité de continuer longtemps le travail. La raison de ces phénomènes est alors, comme nous le savons, un défaut d'accommodation.

Mais vous examinez votre malade, et vous constatez, au contraire, l'existence d'une myopie bien caractérisée et souvent assez considérable.

Cela suffit pour exclure toute idée de presbyopie, car le sujet, même sans accommodation, devrait voir facilement de près. Dans ce cas, insistez sur les faits que le malade vous a exposés, et demandez une description plus précise des troubles visuels dont il se plaint. Faites-lui dire surtout s'il ne lui arrive pas quelquefois de voir doubles les objets qu'il regarde. La réponse est-elle affirmative, comme c'est l'ordinaire en pareil cas, voilà votre attention attirée sur le système musculaire de l'œil.

Il ne vous paraît cependant exister aucune trace de strabisme. Malgré cela, faites fixer un objet par un seul œil, et vous verrez que l'œil couvert se dévie légèrement en dehors : dès qu'on le découvre, il fait un mouvement en dedans pour se diriger sur l'objet. Le même fait se produit pour les deux yeux. Vous avez affaire dans ce cas à une affection très-fréquente, à l'*insuffisance des muscles droits internes*.

La fréquence de cette affection n'a rien qui puisse surprendre. Il y a, en effet, peu de muscles dans l'économie qui soient aussi constamment en action que les *droits internes*.

Tout objet non situé à l'infini exige, pour être fixé, la convergence des deux yeux, c'est-à-dire une contraction plus ou moins forte des muscles en question. Et plus l'objet est rapproché, plus est grand le travail nécessaire. Cela vous rend compte de ce fait, que la fatigue, la faiblesse de ces deux muscles, se manifestent surtout dans le travail de près ; et de cet autre, qu'elles se montrent surtout chez les myopes : c'est en effet chez ces derniers que la convergence a le plus à s'exercer, les myopes étant obligés d'approcher d'eux tous les objets qu'ils veulent voir nettement, à l'inverse des hypermétropes, qui mettent moins en jeu leurs muscles droits internes.

Pour la même raison, cette asthénopie se produit surtout le soir, parce que les malades ont déjà exercé leur convergence pendant toute la journée.

Mais il ne suffit pas d'avoir constaté la déviation des yeux sous la main ou le verre dépoli : il faut l'étudier de plus près et déterminer le degré qu'elle a atteint. Pour cela, nous ne pouvons employer la mensuration objective, parce que la déviation spontanée manque généralement et ne se manifeste qu'à la longue et par la suite de la fatigue.

Vous aurez donc recours à la *diplopie*. Mais encore celle-ci ne se produit-elle pas spontanément, surtout dans la vision au loin. Pour la provoquer vous placez devant un des yeux du malade un verre prismatique d'environ 15°, tenu verticalement.

Nous avons déjà vu, à l'occasion du strabisme d'un faible degré, que la superposition des images, produite par le prisme, rend leur fusion impossible. Aussi le malade, abandonne-t-il ses yeux au jeu naturel de leurs muscles, et alors se manifeste, dans le cas actuel, une diplopie croisée. Pour la constater, vous présenterez au malade une feuille de papier sur laquelle sera marqué un point noir traversé par une ligne verticale. Vous la lui ferez tenir à la distance à laquelle il lit habituellenent.

Le malade regardant à travers son prisme verra naturellement deux points, mais non pas sur la même ligne ver-

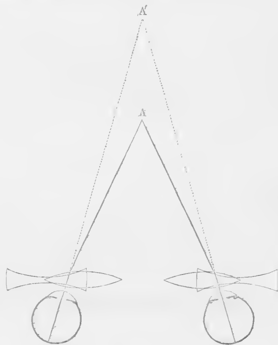


Fig. 65.

Les moitiés internes des verres concaves et les moitiés externes des verres convexes agissant comme des prismes à sommet en dehors, un objet situé en A paraîtra plus éloigné, en A', et exigera un moindre effort de convergence.

ticale ; l'œil gauche verra l'un d'eux à droite et l'œil droit verra l'autre à gauche.

La diplopie croisée correspond, nous l'avons vu, à la divergence des yeux. Nous chercherons donc le prisme qui, tenu horizontalement et le sommet dirigé en dehors, ramène les deux images sur une seule ligne verticale. C'est uniquement pour faciliter le jugement du malade par la position des deux images que nous avons tracé la ligne verticale à travers le point. Le malade n'a plus alors qu'à indiquer le moment où les lignes doublées se superposent

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18 et 2[illegible].

et n'en forment plus qu'une seule. On examine le degré de l'insuffisance par le numéro du prisme horizontal qui la corrige.

Pour corriger l'insuffisance des droits internes, on aura rarement besoin de faire la ténotomie de l'un d'eux. Il suffit le plus souvent d'employer un prisme dont on partage l'action entre les deux yeux. Si nous avons trouvé, par exemple, que l'insuffisance est annulée par un prisme n° 6 tenu devant un seul œil, nous mettrons devant chaque œil un verre prismatique n° 3 à sommet dirigé en dehors. On peut aussi donner aux deux faces du prisme une courbure concave ou convexe de manière à combiner avec l'action prismatique celle des verres sphériques.

Dans les cas peu prononcés, il suffira même d'*écarter* les verres *concaves* des lunettes du myope. Il verra alors surtout à travers la partie interne des verres, qui agira comme un prisme à base tournée vers le nez.

Si l'insuffisance des droits externes se trouve chez des *hypermétropes* ou des *presbytes* qui portent des lunettes convexes, on devra, au contraire, pour produire le même effet, *rapprocher* les verres l'un de l'autre; les parties externes des verres convexes agiront en effet comme des prismes à sommet en dehors. Le simple examen de la figure fait comprendre ce mécanisme.

Lorsque l'insuffisance des droits internes est plus forte que 15° et que le sujet a dépassé l'âge de l'enfance, on peut remédier à ce défaut par une ténotomie délicate de l'un des droits externes ou même des deux. Mais on devra toujours prendre garde à ne pas donner trop d'effet à l'opération, on laissera même persister un léger degré de diplopie parce que sans cette précaution il pourrait très-facilement se développer plus tard un strabisme convergent.

On rencontre quelquefois l'*insuffisance des muscles* droits externes.

Elle se trouve presque toujours chez des *hypermétropes*. Elle est plus rare que celle des droits internes, et nous nous y arrêtons d'autant moins qu'elle offre, *en sens inverse*, les mêmes symptômes que la première. La diplopie est homonyme et pour la corriger on *écartera les verres convexes*, qui remplaceront alors des prismes à sommet interne; si l'on préfère, on donnera directement des verres prismatiques orientés dans le même sens. (*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Arrachement complet du cuir chevelu traité par les greffes;

Par le Dr **A. REVERDIN**.

S'il n'est pas rare d'observer à la tête des plaies de grande dimension et de les voir guérir, il est exceptionnel, au contraire, de rencontrer des exemples d'arrachement complet du cuir chevelu, plus exceptionnel encore de les voir se terminer favorablement. Follin, dans son article sur les plaies de tête, s'exprime ainsi: « On a vu la peau du crâne complétement arrachée dans une étendue considérable, la mort a été la terminaison *constante* de cet accident. — Jusqu'ici quand semblable lésion s'est présentée, on se contenta de panser la plaie, mais on ne fit que peu de tentatives pour réparer le dégât; ces tentatives ont d'ailleurs constamment échoué.

On lit dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine* de 1842 que M. Lavacherie, à propos d'un cas de ce genre, suivi de mort, émit l'opinion qu'en pareille circonstance, un traitement par anaplasie serait indiqué; Velpeau s'éleva contre cette idée, disant avec raison : Où aller chercher des lambeaux pour recouvrir la voûte du crâne ? et, quant à un décollement des tissus, il n'aurait été possible que dans une étendue de quelques centimètres tout au plus, ce qui n'eût certes pas suffi. Velpeau conclut par ces mots: « La Chirurgie a fait pour cette jeune fille tout ce qu'elle pouvait faire, les opérations anaplasiques n'auraient pu que hâter sa mort ».

Il était donc du plus haut intérêt, puisque de semblables blessés peuvent échapper aux accidents immédiats, de ne point les laisser s'épuiser par la suppuration et mourir après des mois ou même des années de souffrance passés à attendre une cicatrisation qui ne peut se produire. Ce problème thérapeutique nous semble aujourd'hui résolu, puisque nous avons réussi par l'emploi persévérant des greffes à guérir entièrement la malade dont suit l'observation :

Observation. — Le 9 avril 1872, la nommée Catherine Schmidt travaillait dans un tissage ; s'étant baissée auprès d'une machine, ses cheveux s'engagèrent dans l'engrenage et, en un tour de main, elle fut scalpée. Hémorrhagie assez intense mais de peu de durée, douleur peu vive; car la malade loin de perdre connaissance, songea même à relever l'énorme lambeau de peau qui venait de lui être arraché, pensant, dit-elle, pouvoir se servir des cheveux qui y adhéraient. L'hémorrhagie arrêtée par l'eau froide, la plaie fut recouverte d'un pansement simple et la patiente garda le lit. — Au bout de six jours ne sentant ni fièvre, ni douleur, elle se leva et depuis n'a cessé de vaquer à ses affaires. Une forte suppuration ne tarda pas à s'établir; la malade, fatiguée de voir sa plaie ne point se fermer, se décida à entrer à l'hôpital de Strasbourg, le 10 octobre 1872, c'est-à-dire six mois après l'accident. Catherine Schmidt nous dit avoir toujours joui d'une bonne santé; c'est une femme de petite taille, bien proportionnée, d'un embonpoint modéré, un peu anémique; elle porte sur la tête une vaste plaie, mesurant 35 centimètres de la racine du nez à la bosse occipitale, 28 centimètres d'une oreille à l'autre (l'oreille gauche a été en partie arrachée) et 57 centimètres de circonférence. La surface de la plaie n'a pas mauvaise apparence; cependant, par places, les bourgeons sont rares et peu vigoureux; une suppuration abondante, et de bonne nature s'écoule sans cesse et irrite la peau du visage et du cou.

Une cicatrice violacée, très-vascularisée forme une bordure à la plaie ; plus ou moins large suivant les endroits, elle mesure au front 2 à 2 1/2 centimètres, tandis qu'ailleurs elle n'a que 1 à 1 1/2 centimètre. Une rétraction considérable s'est déjà opérée, les paupières fortement attirées en haut et en dehors ne protégent plus suffisamment la conjonctive, laquelle est ainsi facilement irritée.

La cicatrisation qui a été très-lente jusqu'à ce jour paraît arrêtée ou en tout cas marche avec une extrême lenteur; bien mieux, en arrière de son bord libre, elle se fendille, et il se forme des ulcérations dont le travail réparateur aura de nouveau à s'occuper.

L'état général a peu souffert, toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement ; mais quoique les douleurs soient peu intenses le moral est assez abattu. Elle a cependant conservé une grande énergie et se déclare prête à tout supporter; son courage et sa patience ont singulièrement facilité notre tâche. M. le professeur Lücke dans les salles duquel la malade est entrée a consenti à nous la confier.

Le traitement est commencé le *10 octobre 1872*; vin de quinquina, nourriture succulente, pansement aux bandelettes de diachylon imbriquées sur toute la plaie. Le pansement est renouvelé une ou deux fois dans les 24 heures, suivant les exigences de la propreté. Au bout de huit jours, la surface granulante, très-favorablement modifiée, permet d'entreprendre un traitement méthodique au moyen des greffes épidermiques.

Quoiqu'ayant tenu jour par jour un registre exact du nombre et de l'état des greffes que nous placions, il serait inutile et fatigant d'encombrer cette observation de détails oiseux et de répétitions inévitables, nous pensons qu'il nous sera plus court et tout aussi satisfaisant pour le lecteur, d'indiquer le procédé et le pansement que nous avons préférés.

Nous nous étions toujours servi pour prendre la greffe d'une lancette ordinaire (ainsi que le conseille notre cousin le dr Reverdin); c'est encore à elle que nous aurions recours si nous n'avions trouvé plus commode de faire construire un petit instrument spécial. Il se compose d'une lame en fer de lance concave sur une de ses faces ; les bords étant ainsi plus relevés que le milieu séparent très-facilement le petit lambeau; la moindre pression suffit, en effet, à faire pénétrer dans la peau cette espèce de cuillère, sur laquelle la greffe reste parfaitement étalée; en outre les deux parties qui constituent le

manche sont suffisamment écartées pour que, l'instrument étant fermé, la lame soit à l'abri de toute violence extérieure et son tranchant dès lors bien protégé.

La greffe une fois détachée, on n'a plus qu'à les faire glisser avec une épingle sur la partie de la plaie qu'on a choisie et à l'y fixer. La greffe épidermique de petite dimension offre une faible prise aux agents extérieurs, en sorte que le moindre moyen de contention suffit à la protéger ; parfois même, lorsque nous employions, suivant le conseil de Roser, le traitement ouvert des plaies, nous sommes-nous passé de tout pansement et les greffes ont tenu; nous observons cependant que le pus, en se desséchant à la surface des plaies traitées de cette façon, tend à former des croûtes, lesquelles englobant la greffe peuvent la décoller. — Il est donc préférable de fixer les petits lambeaux; ce que nous faisons au moyen d'une bandelette de diachylon d'environ deux centimètres de large et suffisamment longue pour adhérer aux parties voisines de la plaie ; au niveau de cette dernière et plus spécialement à la partie qui recouvrira les greffes, nous enduisons la bandelette d'un corps gras quelconque, huile, cérat, etc,... les greffes très-suffisamment maintenues par la pression du diachylon et ne pouvant lui adhérer grâce à l'interposition du corps gras ne risquant pas d'être arrachées lorsqu'on renouvelle le pansement.

Bien placer une greffe et savoir la fixer sont choses importantes; mais ce qui est encore plus nécessaire, c'est de maintenir ou d'amener la plaie à un état favorable au développement de la greffe. Nous avons vu quelques médecins ne plus pratiquer les greffes objectant qu'elles ne réussissent que rarement; nous pensons au contraire qu'elles réunissent *le plus souvent* et que la cause des insuccès réside tout simplement dans le fait que portant toute leur attention sur la greffe et sur la greffe seulement, ils négligent le terrain sur lequel ils l'ont placée.

Au bout de deux jours, souvent moins, une greffe a pris, ça n'est plus elle qui mérite des soins, mais bien les parties que vous désirez lui voir envahir. Aplanissez donc les obstacles, et vous réussirez habituellement. C'est avec le nitrate d'argent, appliqué, non pas immédiatement à la périphérie de la greffe, mais à un millimètre ou deux d'elle qu'on parvient le plus sûrement à réprimer les bourgeons trop exubérants, trop flasques. C'est au moyen d'une pommade ou d'un liquide plus ou moins irritant qu'on torrifie au contraire les surfaces lisses dépourvues de vraies granulations, c'est avec le diachylon qu'on les excite peut-être encore davantage.

Jamais mieux que dans le cas qui nous occupe nous n'avons compris l'importance qu'il y a à traiter la plaie proprement dite et surtout à varier les moyens de traitement ; les bourgeons en effet semblent s'habituer peu à peu aux divers agents thérapeutiques et tel qui agissait très-bien tout d'abord cesse par la suite de donner des résultats satisfaisants. Il est impossible de poser des règles précises, c'est à chacun de plier son traitement aux exigences présentes.

Nous avons donc successivement, dès que les surfaces paraissaient favorables, appliqué et soigné les greffes épidermiques comme il vient d'être dit; les empruntant tantôt à la malade elle-même, tantôt à d'autres ; son mari qui venait la voir de temps en temps était régulièrement mis à contribution. Les greffes prenaient presque toujours et malgré la difficulté qu'il y avait à fixer un pansement solide sur une grande surface convexe et glissante, nous y arrivions suffisamment avec le diachylon. Mais la surface à recouvrir était grande et nous avions là une belle occasion d'essayer des autres genres de transplantation. A plusieurs reprises, nous avons greffé de la peau de chien et de lapin, une dizaine de lambeaux d'environ un centimètre carré ont été placés et quoique traités avec toute l'attention possible, nous les avons vus peu à peu disparaître, les uns en 24 heures, les autres après avoir résisté deux ou trois jours. Ces lambeaux commençaient à se ramollir, à se détruire par leurs bandes et bientôt ne formaient plus qu'une masse molle flottant dans le pus.

Nous avons alors pensé qu'il serait plus avantageux de ne transplanter le lambeau que lorsque *lui-même* serait couvert de bourgeons ; dans ce but, après avoir pratiqué sur la poitrine d'un jeune chien deux incisions parallèles longues de 6 centimètres et distantes l'une de l'autre de 4 centimètres, nous avons disséqué le lambeau ainsi circonscrit en le laissant adhérer par ses deux extrémités ; glissant ensuite une bande de diachylon sous ce pont cutané, nous la fixions facilement autour du corps de l'animal.

En quelques jours le lambeau ainsi isolé des parties profondes granulait vigoureusement ; il ne nous restait plus qu'à couper les deux extrémités du pont et à le transplanter sur la tête de la patiente. Ainsi fut fait le 31 octobre, une bande de diachylon suffisamment large fut appliquée comme d'habitude pour fixer le lambeau.

1er *novembre*. La greffe est peu solide elle nage dans le pus.
2 *novembre*. Elle paraît un peu plus fixée, toujours beaucoup de pus.

3 *novembre*. La greffe ne forme plus qu'une masse pâteuse, molle et tombe avec le pansement ; la plaie est devenue lisse et pâle à l'endroit où elle se trouvait.

Nous avons également pratiqué des greffes avec la paroi d'un kyste dermoïde, nous ne croyons pas que cet essai ait été tenté par d'autres ; la réussite a été complète et les 4 lambeaux que nous avions obtenus par l'incision en croix d'un petit kyste dermoïde, extirpé à la région sourcilière, ont prospéré comme des lambeaux cutanés.

Nous aurions pu multiplier les expériences, mais nous trouvions si facilement de la peau humaine, laquelle nous réussissait beaucoup mieux, que nous avons abandonné la greffe animale; ce n'est pas à dire qu'elle soit à rejeter, mais nous croyons cependant qu'elle a beaucoup moins de chances de réussir. Les greffes ont bien prospéré, quelques-unes se sont réunies à la cicatrice des bords, d'autres ont opéré leur jonction entr'elles, toujours suivant la loi que nous avons énoncée dans la *Gazette Médicale de Strasbourg* du 1er septembre 1871 ; à savoir : *Le développement de la greffe se fait toujours du côté où elle aura le moins de chemin à parcourir pour rejoindre : soit la cicatrice des bords, soit un autre îlot épidermique développé spontanément ou sous l'influence d'une greffe.* — La plaie a belle apparence, la suppuration est un peu moindre.— La patiente, intelligente et courageuse, se prête volontiers à nos manœuvres.— L'état général est satisfaisant, la malade sort, se promène dans le jardin, rend de petits services dans la salle.

Le 15 novembre, ayant à pratiquer une amputation de cuisse chez un enfant de 11 ans, nous nous proposons de ne point perdre une si belle occasion. L'amputation est achevée à 11 heures moins un quart; à 11 heures 1/2 nous détachons à l'aide de la pince et du bistouri deux lambeaux cutanés de forme régulière mesurant 5 centimètres carrés ; la graisse qui se trouve à la face profonde de la peau est soigneusement enlevée; les greffes sont placées sur le sommet de la tête. — Nous faisons encore 3 greffes plus petites, aux ciseaux.

Plaçant le membre amputé sur un baquet rempli d'eau chaude et le recouvrant d'une toile cirée nous attendons jusqu'à 1 heure 1/2 ; nous prenons alors au bistouri deux greffes de 1 cent. carré et 5 plus petites aux ciseaux. Ces dernières furent donc prises 2 heures 45 minutes après l'amputation.

Toutes ces greffes comprennent toute l'épaisseur de la peau; elles sont fixées comme les greffes épidermiques au moyen du diachylon.

Le lendemain 16, toutes les greffes sont trouvées en place. — Le 17. L'épiderme de quelques-unes des plus grandes est brun-noirâtre par places. —18. Les points noirâtres ont grandi, l'épiderme soulevé se détache facilement ; bientôt les 2 grandes greffes en sont totalement dépouillées; le derme sous-jacent est boursoufflé, jaunâtre. — 20. Nous apercevons de petits points rosés qui ne sont autres que de jeunes vaisseaux lesquels envahissant bientôt toute la surface des greffes leur donnent une coloration assez semblable à celles des bourgeons de la plaie ; cette coloration est cependant plus pâle.

22. Les greffes très-adhérentes se sont entourées d'un limbe rouge déprimé, analogue à celui qui entoure les greffes épidermiques en voie de développement. Depuis deux ou trois jours, nous avions remarqué qu'au centre d'une des grandes greffes, il y avait un point de la grosseur d'un pois qui n'avait pas revêtu l'apparence rosée que nous avons décrite; bientôt

la greffe, en ce point, se creuse d'une dépression assez profonde. Voici ce qui s'était passé : Nous avions pas mégarde placé notre lambeau sur une jeune greffe épidermique laquelle ayant déjà pris, était un obstacle à la nutrition de la grande greffe, c'est ainsi que la partie correspondante de celle-ci se mortifia. — Il fut curieux les jours suivants de voir cette petite greffe gravissant pour ainsi dire les bords de la perte de substance aller se confondre avec la surface de la greffe cutanée. — Toutes les autres greffes du 15 novembre tinrent et prospérèrent rapidement. — Chez toutes, nous pûmes observer cette desquammation épidermique et suivre à l'aide d'une loupe la formation des jeunes vaisseaux.

Il est facile de comprendre combien les progrès de la cicatrisation furent rapides ; d'autant plus que dès que les granulations étaient favorables nous placions des greffes épidermiques. — Aussi le 28 novembre la moitié environ de la plaie était recouverte ; c'est à cette époque que fût faite la photographie de la malade. Obligé de nous absenter vers la fin de décembre, nous confiâmes la malade à un collègue qui continua exactement le traitement.

A notre retour, le 7 janvier 1873, nous constatons que la partie de la plaie correspondant à la racine du nez et à la partie médiane du front est entièrement cicatrisée ; ces points nous avaient donné fort à faire, car le pus s'écoulant volontiers par la ulcérait sans cesse la jeune cicatrice. En outre, toute la partie antérieure de la tête, jusqu'au niveau des oreilles, était recouverte d'une belle et bonne cicatrice d'apparence rose violacé, sillonnée de gros vaisseaux ; depuis ce moment nous n'avons plus fait aucun pansement sur ces parties mais les avons simplement laissées à l'air. — Portant alors tous nos soins sur la partie postérieure de la plaie, nous avons continué le traitement, nous n'avons plus fait ni greffes animales, ni greffes cutanées mais c'est *uniquement* à l'aide des greffes épidermiques que nous avons enfin réussi à renvoyer notre malade entièrement guérie le 17 mai 1873. Le traitement a donc duré 7 mois et nous sommes certain qu'on eût pu l'abréger en multipliant encore le nombre des greffes. Disons aussi que dans le courant de février un violent érysipèle se déclara, envahit toute la face et la tête, les granulations en furent très-endommagées et quelques bulles érysipélateuses détruisirent même une partie de la cicatrice. — Au bout d'une dixaine de jours, l'érysipèle était guéri et le travail réparateur reprenait avec une nouvelle vigueur.

Nous avons encore été gêné par des congestions ou plutôt par de véritables suffusions sanguines qui se produisaient dans les granulations et acquéraient parfois des dimensions assez considérables ; c'est à l'aide d'une légère compression au diachylon que nous les réprimions, cet accident se produisait pendant la nuit, soit à la suite d'un mouvement brusque, soit simplement sous l'influence du décubitus horizontal.

M. le docteur Simon médecin de la localité où habitait notre patiente a eu l'obligeance de nous transmettre les détails suivants : Depuis sa rentrée au logis la guérison se maintint à part quelques petites ulcérations qui se produisirent parfois et guérirent facilement. Les paupières supérieures étaient fortement attirées en haut et en dehors, la malade ne se décida pas à retourner à Strasbourg pour faire corriger cette difformité. Enfin ayant accouché dans le courant d'octobre 1874, elle succomba le 24 de ce mois à l'infection puerpérale. — M. Simon observe qu'à ce moment les ulcérations de la citrice étaient fermées en sorte que, dit-il : « Cette femme est morte avec une tête complétement guérie. »

Réflexions. Les cas d'arrachement complet du cuir chevelu sont, nous l'avons dit, assez rares ; cependant l'usage des machines se répandant de plus en plus, de semblables accidents ne manqueront pas de devenir plus fréquents ; c'est ainsi que nous-même avons pu dans un centre manufacturier d'Alsace en observer un second cas, pour lequel nous avons également institué le traitement par les greffes. Notre ami et collègue le Dr Triponel l'a continué avec succès et quoique la guérison ne soit pas complète encore, les progrès de la cicatrisation sont déjà considérables. Dans ce cas, le traitement n'a été commencé que 3 ans après l'accident et la perte de substance était encore plus considérable que dans le nôtre : une oreille avait été entièrement arrachée.

Dans le *Wiener medizinische Wochenschrift* n° 34, le docteur Jules Hetolitzki rapporte un cas analogue, dans lequel les greffes animales paraissent avoir réussi ; mais l'observation ne nous amène pas jusqu'à la guérison définitive.

Chez la malade de M. de Lavacherie, comme chez les deux que nous avons vues, la douleur au moment de l'accident a été très-faible : l'une de ces femmes voulait retourner à pied chez elle, et l'autre était plus soucieuse de ressaisir ses cheveux accrochés à la machine que de s'occuper de la perte de son sang. L'hémorrhagie n'a jamais été grave, les moyens hémostatiques les plus simples suffirent à la vaincre. Enfin et cela est digne de remarque, de si vastes plaies n'ont provoqué presqu'aucune réaction fébrile, aucun désordre général, aucune altération du tissu osseux. Le mécanisme suivant lequel l'arrachement s'est produit a toujours été le même ; les victimes étaient toutes du sexe féminin.

Nous ajouterons que la cicatrice obtenue au moyen des greffes était très-satisfaisante et que les ulcérations qui se produisirent pendant le cours du traitement nous ont toujours paru, comme l'ont déjà signalé d'autres observateurs, respecter les endroits d'où le développement des greffes était parti. Ceci était surtout évident pour les points où nous avions placé des greffes cutanées ; là également la cicatrice était plus épaisse et en outre l'adhérence aux parties profondes était moins intime, en sorte qu'il était possible d'imprimer un certain mouvement de glissement à ces portions de la cicatrice.

Malgré cela, quand une amputation ou une opération analogue ne viendra pas nous fournir de la peau, nous préférerons toujours prendre au malade des greffes épidermiques que de lui entamer plus largement les tissus pour obtenir une greffe cutanée. Les arguments à l'appui de cette thèse seraient faciles à accumuler.

L'opinion émise par M. Jacques Reverdin n'avait donc rien d'exagéré quand au début de sa découverte il annonçait que : « La greffe permet de guérir plus rapidement des plaies dont la cicatrisation est normalement très-lente et d'obtenir la guérison dans des cas où tous les autres moyens ont échoué. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Faculté de médecine. — M. CHARCOT.

XII[e] leçon. — **De la lithiase biliaire** (1).

(Résumé de la leçon du 8 mai).

Messieurs,

Ainsi que je vous l'ai annoncé, nous allons entreprendre aujourd'hui l'histoire de la *lithiae-biliaire*. Cette — dénomination embrasse non-seulement la description des concrétions formées aux dépens du produit de la sécrétion biliaire, mais encore celle de divers accidents morbides dus à la présence de ces concrétions (2). A notre point de vue, c'est surtout le côté anatomique que nous devons envisager ; toutefois, nous aurons soin de ne pas négliger l'étude du mécanisme, ou autrement dit la physiologie pathologique des accidents morbides très-variés que provoquent les cholélithes.

Pour vous faire pressentir, dès l'origue, l'intérêt qui, pour vous, s'attache à l'histoire des concrétions biliaires, je ferai ressortir, en premier lieu, que c'est là une des *lésions les plus vulgaires* qui se puissent rencontrer. « La production des calculs biliaires, dit Cruveilhier, est une des lésions les plus communes de l'espèce humaine » (3). Et il invoque à ce propos le temoignage de tous les médecins qui ont observé a la Salpêtrière, asile consacré, pour une bonne partie vous le savez, aux femmes âgées. Le fait est que, d'après mes observations, conformes sur ce sujet à celles de Cruveilhier, les calculs biliaires se voient très-vulgairement, dans le quart des autopsies environ, qui se font dans cet hospice.

(1) Voir les n[os] 13 à 25.

(2) Requin. — *Pathologie interne*, t. III, p. 142.

(3) *Traité d'anatomie pathologique*, t. II, p. 167.

Cruveilhier ajoute, à la vérité, un peu plus bas la phrase suivante : « Il est rare qu'un calcul urinaire ne se révèle pas pendant la vie par quelques accidents plus ou moins graves, tandis que *dans l'immense majorité des cas les calculs biliaires ne sont reconnus qu'à l'ouverture du cadavre.* » D'après cette assertion, les concrétions biliaires sont donc présentées surtout comme un objet de curiosité anatomique et cette circonstance serait bien propre à atténuer l'intérêt que leur étude pourrait inspirer au praticien. Rostan et Beau qui, eux aussi, avaient observé à la Salpêtrière, ont déposé à peu près dans le même sens que Cruveilhier. Beau, plus particulièrement, s'est efforcé de dépouiller, si l'on peut ainsi parler, la lithiase biliaire de tous ses attributs cliniques, en cherchant à établir entre autres que, dans la plupart des cas, les accidents qu'on rapporte vulgairement, sous le non de coliques hépatiques, à la migration d'un calcul ne sont autre chose qu'une espèce de névralgie qu'il appelle *hépatalgie* et qui se produirait indépendamment de la lithiase biliaire.

Je me vois obligé, Messieurs, de déclarer que l'opinion de mes éminents prédécesseurs à la Salpêtrière est beaucoup trop absolue et qu'elle ne saurait être, tant s'en faut, acceptée sans réserve. Certes, chez les vieillards, la lithiase biliaire demeure fort souvent latente ; la colique hépatique, en particulier, se montre très-rarement chez eux dans son type de parfait développement ; mais une observation attentive la fait reconnaître fréquemment chez eux à l'état fruste, embryonnaire en quelque sorte et, ainsi que j'ai essayé de le prouver dans le temps, ce n'est pas là un des épisodes les moins intéressants de la pathologie sénile. En ce qui concerne l'adulte, qui oserait soutenir que la colique hépatique, occasionnée par les calculs, est vraiment une affection rare ? Pour démontrer qu'une telle assertion serait erronée, il me suffira de relever en deux mots les résultats de la pratique, assez longue d'ailleurs, d'un médecin qui a exercé dans une petite ville d'Allemagne, le docteur Wolff. En 40 ans, ce médecin a observé 44 cas de lithiase biliaire, avec évacuation d'un ou de plusieurs calculs et la colique hépatique avait existé dans la grande majorité de ces cas.

Du reste, la colique hépatique est loin d'être la seule révélation clinique de la lithiase biliaire. Celle-ci possède un domaine pathologique beaucoup plus étendu, beaucoup plus varié. Elle est capable, vous disais-je, il y a quelques jours, d'engendrer toute une iliade de maux : c'est là une assertion que je voudrais, dès à présent, justifier sommairement. Dans ce but, je puis me borner à énumérer, en dehors de la colique hépatique, quelques-uns des accidents si multipliés que peut déterminer la lithiase biliaire.

Arrêtons-nous au cas très-vulgaire de la migration des calculs développés dans la vésicule du fiel. Cette migration, vous le savez, peut s'opérer par les voies naturelles, c'est-à-dire que le calcul s'insinue dans le canal cystique, puis dans le canal cholédoque. C'est pendant ce temps que se produisent d'ordinaire les désordres nerveux qui constituent la colique hépatique. Lorsque le calcul, ayant franchi l'orifice duodénal est parvenu dans l'intestin, les douleurs cessent, en général, tout-à-coup et, tôt ou tard, sans nouveaux accidents, il est évacué par l'anus. Mais il arrive quelquefois que diverses anomalies surviennent dans cette série, pour ainsi dire naturelle, des événements. Il est possible, en effet, que le calcul s'arrête dans un point quelconque du trajet des voies biliaires et y reste enclavé. Si, par exemple, il s'agit d'une oblitération plus ou moins complète du canal cholédoque, les conséquences les plus graves pourront en résulter. Sans parler de la déchirure avec perforation des parois du canal qui a été plusieurs fois observée, il me suffira de citer : *l'ictère chronique permanent par rétention biliaire*, lequel conduit très-certainement au marasme au bout de quelques mois, tout au plus d'un ou deux ans ; différentes altérations du foie ou des voies biliaires telle que certaine forme de la cirrhose, l'angiocholite catarrhale ou suppurée, les abcès multiples biliaires, etc.

Dans le cas où le calcul, ayant franchi l'orifice du canal cholédoque, est parvenu dans l'intestin, il peut être encore l'occasion d'accidents redoutables. Les calculs biliaires, en effet, s'enclavent quelquefois dans l'intestin grêle et y occasionnent ainsi des symptômes d'iléus. D'autres fois, ils pénètrent dans l'appendice vermiforme et deviennent là le point de départ d'une typhlite ulcéreuse ou d'une péritonite par perforation à peu près nécessairement mortelle.

Les cholélithes cystiques n'émigrent pas toujours par les voies naturelles. La paroi de la vésicule, enflammée par le contact du calcul, peut contracter des adhérences avec les organes creux qui sont naturellement en rapport avec elle. Ainsi se forment les fistules [illegible] calculeuses *cystico-duodénales, cystico-coliques, cystico-gastriques*, lesquelles donnent parfois issue aux calculs. L'émigration s'effectue encore par les voies urinaires, par l'intermédiaire d'une fistule cutanée abdominale ou enfin, dans les cas les plus malheureux, l'ulcère de la vésicule peut s'ouvrir dans le péritoine.

Ces considérations rapides suffiront amplement, je pense, pour mettre hors de doute que le praticien ne saurait se désintéresser de l'étude des concrétions biliaires et, par là même, se trouvent motivés les détails dans lesquels nous allons entrer.

Nous procéderons de la façon suivante : 1° nous traiterons des caractères physiques et chimiques des cholélithes, de leur mode de formation dans les voies biliaires ; — 2° après cela, nous étudierons anatomiquement et physiologiquement les accidents variés dus à leur présence dans l'organisme.

Il convient tout d'abord, de bien déterminer ce qu'on doit appeler un *calcul biliaire*. Partout où la bile naît ou séjourne, les cholélithes peuvent se produire. Cependant, toutes les concrétions que l'on rencontre dans les voies biliaires ne sont pas nécessairement des calculs biliaires. Il faut réserver ce nom aux seules concrétions dont la constitution physico-chimique indique qu'ils ont pris naissance aux dépens des divers éléments qui entrent normalement dans la composition de la bile.

Comme on vient de le dire, les calculs biliaires peuvent se former dans les voies biliaires partout où séjournera la bile : ainsi, dans les ramifications biliaires intra-hépatiques, dans le canal cystique, l'hépatique ou le cholédoque. Mais, ceux que l'on observe dans ces derniers canaux sont généralement des calculs émigrés, provenant de la vésicule du fiel. Celle-ci est, en réalité, le véritable foyer de formation des cholélithes.

Les descriptions qui vont suivre auront donc spécialement pour objet les calculs nés dans la vésicule. Quelques détails complémentaires suffiront ensuite pour faire connaître ce qu'offrent de particulier les cholélithes d'une autre provenance.

Il va sans dire que dans la vésicule, comme dans les autres points des voies biliaires, on distingue les calculs proprements dits, ceux dont le volume égale environ celui d'une lentille, de la gravelle ou sable biliaire qui se présente parfois sous l'aspect d'une poussière fine et sur laquelle nous donnerons plus tard quelques renseignements.

Je passerai rapidement, Messieurs, sur toutes les notions relatives aux dimensions, au nombre, à la configuration, à la couleur, à la densité des calculs biliaires. Vous trouverez, à cet égard, tous les détails les plus circonstanciés dans les auteurs classiques.

Le *nombre* des calculs que l'on trouve dans une vésicule est communément de 5 à 20 ou 30 : il y a des calculs solitaires ; on peut en compter jusqu'à 2,000 (Cruveilhier), jusqu'à 7,000 (Otto, collection de Breslau). Peu importe, d'ailleurs, le chiffre exact. Mais un fait intéressant qu'il est bon de signaler, c'est que, dans la règle, tous les calculs qu'on rencontre dans une même vésicule ont la même composition chimique, la même structure, le même volume, la même couleur, etc. Il y a fort peu d'exceptions à cette règle.

Le *volume* des calculs est nécessairement très-variable. Les cholélithes, gros comme une noisette, sont les plus vulgaires. On cite, à titre de rareté, le calcul de Meckel qui avait quinze centimètres de long sur six centimètres de diamètre, et qui pesait seulement 30 gr., 30.

Les *calculs solitaires* sont arrondis ou ovoïdes. Quand ils atteignent des dimensions exagérées, ils sont piriformes parce qu'ils se moulent en quelque sorte sur la cavité de la vésicule dont ils prennent la forme. — Les *calculs multiples* — et c'est là un point qui ne manque pas d'intérêt pratique — offrent d'ordinaire des facettes planes ou arrondies.

Quelquefois, la forme générale est ovoïde et les facettes évidemment produites par frottement réciproque ne se voient que lorsqu'on les cherche avec quelque attention. D'autres fois, chaque calcul a une forme pyramidale, tétraédrique, etc. Dans ce dernier cas, on rapporte communément l'existence des facettes au frottement réciproque des calculs. M. Klebs fait remarquer avec raison que si ce mécanisme était exact, les couches intérieures qui composent l'écorce devraient être interrompues par places. Or, ceci n'a pas lieu. Les couches lamelleuses sont généralement complètes. Il semble plutôt que les facettes sont produites par une sorte de pression que les calculs, entassés dans la vésicule, exercent les uns sur les autres.

La *couleur* des calculs est très-variable. Ceux qui sont com-

posés de cholestérine presque pure sont blancs dans toute leur étendue et quelquefois transparents. D'autres, également constitués par de la cholestérine, ont une écorce plus ou moins colorée et opaque, tantôt brun jaune, tantôt verdâtre. La coloration dépend surtout de la présence de telle ou telle variété de la matière colorante biliaire.

La *densité* est très-faible, mais plus grande que celle de l'eau et de la bile. C'est donc à tort que Sœmmering et plusieurs autres auteurs avaient avancé que quelques calculs biliaires, plongés dans l'eau et la bile surnageaient. Toujours, ils vont au fond du liquide quand ils sont frais. Quelquefois les calculs desséchés, conservés depuis longtemps dans une collection, surnagent ; mais si on les maintient plongés dans le liquide, on voit se dégager des bulles d'air et bientôt le calcul reprenant sa densité ancienne, gagne le fond du vase.

Diverses particularités de structure des calculs méritent de nous arrêter un instant. C'est dans les cholélithes que s'offre dans son type le plus parfait la disposition dite *rayonnée* ou *striée* des calculs. Les calculs de cholestérine pure, en effet, paraissent composés d'aiguilles pyramidales, rayonnant autour d'un centre, la base des pyramides étant dirigée vers la périphérie du calcul.

Mais la structure des calculs biliaires n'est pas constamment aussi simple. En outre de la couche formée par les aiguilles rayonnantes, il convient de distinguer dans les calculs composés et qui sont, en somme, les plus communs, une partie centrale ou noyau et une écorce. Ainsi, on trouve dans la grande majorité des calculs biliaires : 1° un noyau central ; 2° une zone moyenne, en général constituée par plusieurs lamelles concentriques produites par les pyramides rayonnantes; 3° une écorce lamelleuse.

a) Le noyau présente le plus souvent une coloration d'un brun noir ou verdâtre. Il résulte habituellement d'une combinaison particulière du pigment biliaire (biliverdine ou bilirubine) avec la chaux dont il sera question ultérieurement. Le noyau est tantôt plein, tantôt fendillé par dessication et il existe alors au centre du calcul une cavité plus ou moins anfractueuse rappelant, suivant une remarque de Cruveilhier, la disposition des géodes. Quelquefois on rencontre encore, dans le noyau, du mucus concret (Ch. Robin, Frerichs), des cellules épithéliales ratatinées (Frerichs). Enfin, on y a vu il est vrai très rarement des corps étrangers, dont Cruveilhier, à tort, a nié la réalité (1). On cite dans tous les livres le fameux cas que Lobstein a fait représenter dans l'Atlas annexé à son *Traité d'anatomie pathologique*. Il s'agissait d'un ascaride lombricoïde desséché formant le noyau d'un calcul. On trouva chez le même sujet, trente autres ascarides dans les voies biliaires. L'Atlas de Lobstein est devenu fort rare, heureusement la planche relative à ce cas singulier a été reproduite par M. Bouisson dans son mémoire intitulé : *De la bile*, etc. (Montpellier, 1843, Pl. III, fig. 7, A, B, C). On peut mentionner encore comme exemple de corps étrangers constituant le noyau d'un calcul biliaire :

1° Le cas de Nauche : une aiguille de deux centimètres de long formait le centre d'un calcul biliaire de la grosseur d'une noix ; 2° le cas de M. Bouisson : le centre du noyau était composé d'une petite concrétion sanguine ; 3° un autre cas du même auteur, observé chez le bœuf : le noyau était formé par un *distome hépatique ;* 4° En dernier lieu, je vous rappellerai que M. Thudicum a trouvé, en soumettant au lavage, le noyau d'un certain nombre de calculs biliaires provenant d'une seule vésicule, un certain nombre de filaments rameux figurant évidemment le moule interne des petits conduits biliaires intra-hépatiques et qui paraissent avoir joué le rôle de centre de formation de ces concrétions.

b) Il me reste peu de chose à exposer touchant la structure de la couche moyenne après ce qui en a été dit plus haut. Cette zone est, d'ordinaire, je le répète, composée de cristaux de cholestérine et offre l'aspect radié. Quelquefois, les radiations sont interrompues par des stries ou couches concentriques qui coupent les pyramides cristallines perpendiculairement à leur grand axe. La couche moyenne est tout-à-fait blanche, transparente, ou au contraire plus ou moins colorée. Dans ce dernier cas, le pigment biliaire s'est mélangé en proportion diverse à la cholestérine qui en est exempte dans le premier. Il est rare que la couche moyenne, cependant composée aussi de cholestérine, offre un aspect savonneux, uniforme, sans stries, sans stratification, sans apparence cristalline.

c) L'écorce existe le plus fréquemment. Elle manque pourtant, comme on l'a avancé, dans quelques calculs. En pareille circonstance, les bases des pyramides cristallines se prolongent jusqu'à la surface sous forme de saillies mamelonnées.

Quand il y a une écorce, elle se distingue presque toujours très-nettement de la zone moyenne par sa couleur, son apparence stratifiée et sa consistance. Elle est composée tantôt de cholestérine, disposée en couches minces paraissant séparées, sur une coupe du calcul, par des stries de pigment biliaire. Tantôt l'écorce est due à une combinaison de pigment biliaire et de chaux formant une ou plusieurs couches plus ou moins épaisses, de couleur brune ou verte. Enfin, il est possible que, dans l'écorce, on voie des couches de carbonate de chaux séparées par des dépôts de pigment.

La plupart des variétés de calculs biliaires sont susceptibles d'être ramenées, quant à leur structure, au type fondamental dont nous venons de tracer la description. L'absence simultanée du noyau et de l'écorce, celle de l'écorce seule, celle du noyau seul, tels sont les principaux motifs des distinctions à établir, sous ce rapport, entre les calculs biliaires.

Toutefois, on rencontre, assez rarement d'ailleurs, de petits calculs homogènes, à texture uniforme, constitués par un mélange intime de cholestérine, et de la combinaison déjà signalée du pigment biliaire avec la chaux. Les petits calculs plats dessinés par Frerichs (*Atlas*, Pl. XIV, *fig.* 14), sont des exemples de ce genre.

(*A suivre*).

(1) *Traité d'anatomie pathologique*, T. II, p. 86.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

De la mort subite pendant ou après la thoracentèse.

Le 25 juin 1875, M. E. Besnier rapportait, à la *Société médicale des hôpitaux*, un cas de mort subite survenue pendant la thoracentèse. Il s'agissait d'une femme de 48 ans, affectée d'une pleurésie droite dont le début avait été marqué par une douleur extrêmement vive et qui s'accompagnait d'un état général très-mauvais. En raison de l'insuccès des autres moyens, et de l'aggravation de la dyspnée, la thoracentèse fut décidée et pratiquée vers le 15e jour de la maladie. « Quelque anxiété que j'eusse, dit M. E. Besnier, sur le résultat définitif de la maladie, eu égard à la nature supposée du liquide et à la gravité de l'état général, je n'avais, je dois le déclarer, aucune idée du drame qui allait se produire ; j'étais convaincu que la soustraction du liquide allait, au moins, parer aux accidents immédiats, et amener un soulagement prochain, que j'étais heureux d'annoncer à la malade et aux assistants pendant qu'on obéissait à quelques soins de détail. Je croyais n'avoir rien laissé à l'imprévu, et tout était réglé presque avec un luxe de précaution ; le trocart choisi était du plus petit calibre, et je ne devais laisser écouler le liquide qu'avec lenteur ; je m'assurai que la respiration se faisait bien dans le poumon du côté sain, et que les fonctions du cœur étaient régulières, bien qu'elles eussent présenté la veille quelques perturbations marquées par des intermittences passagères. J'avais fait renouveler l'air de la chambre et tenir ouverte la fenêtre de la pièce voisine, pour assurer la qualité de l'air respirable ; une boisson cordiale chaude était préparée et sous la main.

» Le moment venu, la malade s'approche elle-même du bord du lit pour être mieux à notre portée et nous la laissons presque complétement assise, soutenue par deux oreillers et le bras maintenu par un aide ; elle accuse une assez vive sensibilité à la pression du doigt indicateur de la main gauche qui cherche l'espace intercostal à travers une paroi adipeuse très-épaisse ; mais elle ne fait aucune plainte au moment de la pénétration du trocart n° 2 de l'appareil Mathieu ; le liquide n'apparaît qu'au bout de quelques secondes

et après désobstruction de la canule; mais il s'écoule alors facilement du pus sanieux d'une horrible fétidité.

» Quelques minutes se sont passées depuis la ponction; 300 à 400 grammes de liquide à peine ont pénétré dans le flacon récepteur, lorsque notre attention, concentrée d'abord sur les détails de l'opération et sur le fait de l'apparition d'un liquide dont la nature éveille nos plus vives préoccupations, se reporte sur la malade dont le calme et l'immobilité nous étonnent; elle n'a pu quitter la position dans laquelle elle vient de se placer elle-même il n'y a qu'un moment; les yeux sont ouverts, mais la face est horriblement pâle; elle ne fait aucun mouvement respiratoire; il n'y a plus ni pouls ni battements cardiaques.

» Des flagellations pratiquées avec des serviettes, trempées dans l'eau froide, restent sans aucun effet; deux ou trois très-faibles inspirations à long intervalle; un peu d'écume sur les lèvres : la mort est pour nous indubitable et irrémissible, et c'est en vain que nous continuons toutes les tentatives possibles... »

La communication de M. Besnier ne devait pas rester isolée, et fut bientôt suivie d'une *série* de cas plus ou moins analogues.

Dans la séance du 23 juillet, M. Legroux exposait un fait de mort subite observé chez un homme de 52 ans, atteint de pleurésie gauche depuis 5 semaines environ. La dyspnée était considérable, le cœur était refoulé de telle sorte que la pointe battait au niveau du bord gauche du sternum. La thoracentèse fut pratiquée avec l'appareil Potain. On enfonça le trocart n° 2 sans déterminer de vive douleur et très-facilement, dans le septième espace intercostal dans la ligne axillaire; et, aussitôt la tige enlevée, un liquide citrin un peu trouble, légérement rosé, se précipita dans le flacon récepteur.... Vers la fin de l'opération, alors que l'on avait obtenu près de 1800 grammes de liquide, on dut retirer un peu la canule, en raison de frottements nettement perçus à son extrémité. Le liquide coulait toujours facilement. Enfin, dès que le malade eut commencé à avoir la toux qui indique le déplacement du poumon décomprimé, dès que la sonorité de la poitrine eut remplacé la matité dans les parties supérieures du thorax, on retira l'instrument. On avait obtenu 2000 grammes de liquide jaune rosé fibrineux, et qui se coagula rapidement... Après l'opération, le malade continua à tousser modérément, quoique incessamment pendant un quart d'heure. L'expectoration se borna à trois crachats écumeux d'un blanc rosé.

Au bout d'un quart d'heure, le malade cessa de tousser et commença à causer avec son voisin, lui faisant part du soulagement qu'il éprouvait. Il était assis sur son lit... L'opération avait eu ses résultats habituels, le cœur avait repris sa place, et il semblait que les choses dussent aller au mieux. Il n'en fut pas ainsi. Trois quarts d'heure après l'opération, alors que le malade venait de demander à boire, il dit tout-à-coup : « Ah ! je me sens faible ! », il renversa sa tête sur les oreillers, fit deux ou trois mouvements latéraux des bras, la face pâlit, et il cessa de bouger. Immédiatement des infirmiers se précipitèrent vers lui. On le mit sur son séant, mais on vit de suite qu'il venait de succomber.

Dans une séance ultérieure, et à l'occasion des deux cas précédents, M. Raynaud rapporta un fait qu'il avait observé en 1861, alors qu'il était interne à l'hôpital Necker. « Un soir, dit-il, on amena à l'hôpital un homme d'une quarantaine d'années, d'une constitution athlétique, atteint de pleurésie depuis quelques jours.

Il était en proie à une dyspnée excessive, et telle qu'il passa la nuit assis sur une chaise. C'est dans cette attitude que nous le trouvâmes le lendemain matin, à l'heure de la visite. Une exploration rapide nous fit constater une matité absolue du côté gauche de la poitrine, en avant comme en arrière, et l'absence complète du murmure respiratoire. Le cœur était refoulé à droite. L'indication était formelle et pressante. M. Vernois me chargea de pratiquer, sous ses yeux, la ponction thoracique. A cet effet, le malade, sur notre invitation, monta sur son lit, et se plaça sur son séant... A cette époque, il n'était pas question d'appareils aspirateurs. Nous opérions avec la canule de Reybard. Pour me conformer aux préceptes formulés par Trousseau, je me mis en devoir de faire préalablement, avec une lancette, une petite incision à la peau, en la faisant glisser jusqu'à l'espace intercostal immédiatement supérieur. Au moment même où je faisais cette incision, et avant que je n'eusse eu le temps de plonger le trocart dans la poitrine, le malade s'affaissa; il était mort. Nous eûmes beau donner issue au liquide, et recourir à tous les excitants usités en pareil cas, tous nos efforts furent inutiles. La mort avait été instantanée. »

Dans la discussion qui s'éleva à l'occasion de ces cas à la *Société médicale des hôpitaux*, d'autres faits, relatifs à des accidents quelque peu différents, furent également signalés. Nous y reviendrons ultérieurement, en même temps que nous rechercherons le mécanisme suivant lequel a pu se produire la mort dans les faits cités plus haut. On comprend, en effet, sans qu'il soit nécessaire d'insister, quel intérêt présente cette étude, et combien il importe d'être fixé sur les causes de ces accidents. A. SEVESTRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 juin 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. BOCHEFONTAINE a fait des recherches sur la sensibilité de la dure-mère en prenant pour ses expériences des animaux anesthésiés ou curarisés. Lorsqu'on saisit la dure-mère avec l'extrémité de petites pinces, on voit se produire des mouvements soit dans la face, soit dans les membres. Dans les membres, c'est surtout et parfois exclusivement du côté correspondant à l'excitation que s'observent les mouvements. Ces phénomènes doivent être sans doute attribués à des réflexes.

M. LÉPINE, en répétant les expériences et M. Brown-Séquard sur la cautérisation des méninges, est arrivé à des résultats analogues : mais au lieu de les rattacher, comme ce dernier, à une action directe, il se rallie à l'opinion de M. Bochefontaine et les range dans les phénomènes d'ordre réflexe.

M. BLOT, à propos de la communication récente de M. de Sinéty sur la glycosurie des nourrices, rappelle ses travaux sur le même sujet. Ses opinions diffèrent à plusieurs égards de celles qui ont été émises par M. de Sinéty. Ainsi, il a pu constater la glycosurie, exceptionnellement il est vrai, chez les femmes enceintes, notamment chez celles qui présentent des phénomènes sympathiques mammaires très-accentués. De plus, pour lui, la glycosurie se rattache directement à la lactation et si la quantité de sucre augmente lorsque la femme cesse d'allaiter, c'est un phénomène passager. Il cite, à l'appui de cette opinion, l'histoire d'une femme qui après avoir cessé d'allaiter, pendant trois mois, après avoir perdu un sein par

suppuration et souffert de fièvres intermittentes, redonna le sein à son enfant et présente à cette époque seulement du sucre dans les urines.

M. DE SINÉTY répond qu'il n'a jamais observé de glycosurie chez les femmes enceintes : sur le second point, il rappelle ses expériences sur la femelle du cochon d'Inde. Le sucre apparaissait dans les urines chaque fois qu'on supprimait l'allaitement et disparaissait dès qu'on rendait les petits à la mère.

M. BOUCHERON propose de remplacer dans l'ophthalmie sympathique l'énucléation de l'œil par la section des nerf ciliaires et du nerf optique. Des expériences sur les chiens et les lapins prouvent que, dans ce cas, il y a conservation de l'œil avec ou sans transparence des milieux. Quelques faits cliniques chez l'homme, (section accidentelle des nerfs ciliaires), militent également en faveur de cette opération, qui ne produit pas une difformité aussi choquante que l'énucléation de l'œil.

M. PONCET répond qu'on ne peut pas être certain de sectionner tous les nerfs ciliaires. Du reste, dans quelques cas, on peut faire la section partielle de l'œil, opération plus avantageuse que l'énucléation.

MM. JOLYET et P. REGNARD ont fait des recherches sur l'action exercée par le nitrite d'amyle sur le sang. Déjà en 1871 Horatio Wood avait vu que le sang des individus soumis aux inhalations de nitrite d'amyle était uoir et ne rougissait plus par l'agitation en présence de l'air. MM. Jolyet et Regnard ont été plus loin et out mesuré ce phénomèue.

Un chien (A) du poids de 13 kilog. absorbait en une heure 9 lit. 460 d'oxygène et rendait 7 lit. 355 d'acide carbonique ($\frac{502}{0}$ = 0,77) le même animal, après une inhalation de nitrite d'amyle, absorbait seulement 6 lit. 131 d'oxygène et rendait 5 lit. 440 d'acide carbonique ($\frac{502}{0}$ = 0,88). Ainsi le sang de cet animal avait perdu le tiers de son pouvoir absorbant pour l'oxygène.

Un chien (B) de 12 kilog. absorbait 7 lit. 815 d'oxygène et et rendait 5 lit. 416 d'acide carbonique ; après inhalation d'une dose *mortelle* de nitrite d'amyle, il ne consommait plus que 3 lit. 520 d'oxygène et n'exhalait que 3 lit. 360 d'acide carbonique. Le saug absorbait donc alors la moitié moins d'oxygène. Ces faits conduisirent MM. Jolyet et P. Regnard à étudier les gaz du sang artériel dans ces conditions nouvelles. Les résultats ont été les suivants après l'inhalation du nitrite :

Chien A.	Chien B.
(0,2 = 22, 4.	(0, 2 = 21 0.
0 = 8, 0	0 = 5, 3.

Dans le premier cas, le sang contenait moitié moins d'oxygène et, dans le second, les deux tiers en moins que dans l'état normal. Il fallait alors rechercher quel était le pouvoir absorbant maximum du sang pour l'oxygène. Dans le premier cas, c'était 12 0[0; dans le second 6 0[0. La normale est eutre 25 et 28 0[0.

Le nitrite d'amyle frappe donc directement sur l'hémoglobine et son action se mesure par la quantité d'hémoglobine altérée. Il convient d'ailleurs de remarquer que cette action est temporaire. Le chien A ayant survécu, le pouvoir absorbant de son sang fut mesuré le lendemain. Il était revenu de 12 à 24 0[0 c'est-à-dire aux environs de la normale. Le second chien B, étant mort, son sang fut conservé *in vitro*, le pouvoir absorbant mesuré le lendemain avait passé de 6 à 16 0[0. Le sang noir d'un animal, soumis à l'inhalation de nitrite d'amyle, fut examiné au spectroscope. Les deux raies de l'hémoglobine oxygénée avaient à peu près disparu. Elles étaient remplacées par la raie de l'hématine.

Le lendemain, le pouvoir absorbant du sang ayant reparu la raie de l'hématine était effacée et les deux raies caractéristiques de l'hémoglobine oxygénée étaient revenues. (Une base ou un carbonate alcalin produit immédiatement le même effet).

Conclusion. — Les vapeurs de nitrite d'amyle agissent sur le sang, en chassent l'acide carbonique et empêchent l'hémoglobine d'absorber l'oxygène. Cette action est temporaire et à moins d'une dose immédiatement mortelle l'état normal est revenu après 12 ou 24 heures.

M. RICHET communique à la Société le résultat de ses recherches sur la vitesse de la sensibilité chez les ataxiques. Elle est moindre qu'à l'état normal et ce retard de la perception est d'autant plus grand qu'on s'éloigne plus des centres. Ainsi de 0 s. 2 au genou, il était dans un cas de 1 s. à la jambe et de 1 s , 4 au uiveau des orteils. De plus, contrairement à ce qui se passe chez les individus sains, l'intensité de l'excitation modifie la vitesse de la sensibilité : en effet, plus le courant électrique dont se servait M. Richet était fort, moins le retard de la perception était prononcé. Ces faits concordent du reste avec les lois des réflexes posées par Rosenthal.

La Société procède ensuite à l'élection de membres titulaire et correspondants ; sont nommés membre titulaire M. PICARD, membres correspondants MM. DUPUY, MIERZEJEWESKI, NICATI.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 juin 1876. — PRÉSIEENCE DE M. CHATIN.

M. ARMAINGAUD lit un travail sur une observation intitulée: *Névrose vaso-motrice se rattachant à l'état hystérique, avec accès régulièrement intermittents. biquotidiens, sommeil d'une durée toujours égale, avec anesthésie complète, à l'exception d'un seul point du corps.— Congestion locale intermittente quotidienne des conjonctives. — Asphyxie locale des extrémités, également intermittente. — Chromidrose des paupières. — Guérison par les courants intermittents appliqués sur le point douloureux vertébrat.*

M. WOILLEZ lit ensuite un mémoire sur le spirophore, appareil de sauvetage pour le traitement de l'asphyxie et principalement de celle des noyés.

Cet appareil, récemment inventé par lui, se compose d'un cylindre en tôle fermé d'un côté, ouvert de l'autre, et assez grand pour recevoir le corps de l'asphyxié, qu'on y glisse jusqu'à la tête, qui reste libre au dehors. Un diaphragme clôt ensuite cette ouverture autour du cou. Un soufflet d'une capacité de plus de vingt litres d'air, situé en dehors de cette caisse, mais communiquant avec elle par un gros tube, et mis en mouvement par un levier dont l'abaissement dimiuue la teusion de l'air confiné autour du corps : le relèvement du levier refoule dans la caisse l'air qui vient d'y être soustrait.

Une glace translucide, placée en avant de cette caisse, permet de voir la poitrine et l'abdomen du patient. Au-dessus, une tige mobile, glissant dans un tube clos, est destinée à reposer perpendiculairement sur le sternum, pendant les expériences. M. Woillez a fait avec cet appareil uue expérience sur lui-même et plusieurs autres sur le cadavre.

M. DEPAUL sans vouloir nier les mérites du spirophore, réclame énergiquement en faveur des procédés de respiration artificielle employés contre l'asphyxie des nouveau-nés. L'insufflation directe de bouche à bouche ou plutôt à l'aide du tube laryngien, réussit *toujours* à ranimer les nouveau-nés qui ne respirent pas, lorsque bien entendu l'arrêt de la respiration n'est pas dû à une lésion organique des poumons, à une lésion cérébrale, etc. Dans ces cas, jamais on a à craindre la déchirure du parenchyme sain ; et souvent on peut véritablement ressusciter de malheureux enfants morts depuis un temps déjà long. L'Académie doit se former en comité secret, elle renvoie à la prochaine séance la fin de la discussion. La séance est levée à 4 h. 20 m.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance de 18 février 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

34. Lithotritie périnéale ancienne. — Mort par pleuro-pneumonie quatre ans après l'opération ; Autopsie ; pa M. POISSON, interne des hôpitaux.

G. D... L... âgé de 68 ans, à qui M. le professeur Dolbeau avait pratiqué, en 1872, la lithotritie périnéale pour un calcul volumineux, entre à Beaujon dans un état général grave, le 11 février 1875. Il est resté parfaitement guéri depuis l'opération et les accidents qui l'amènent de nouveau à l'hôpital n'ont aucun rapport avec l'affection qui l'avait nécessitée. — Le malade présente une fièvre vive, de l'agitation,

répond péniblement aux questions qu'on lui fait. La langue est sèche, la soif intense; cependant rien ne révèle la cause de cet état général. L'auscultation pratiquée dès les premiers jours et renouvelée les jours suivants, ne révèle rien du côté du poumon, le malade ne tousse pas et ses crachats n'offrent rien de particulier; cependant il survient une anxiété respiratoire qui n'existait pas les premiers temps et qui fait penser à une pneumonie latente. Le malade s'affaiblit de plus en plus.

Dans la nuit du mardi au mercredi 23 février l'oppression augmente considérablement et le malade succombe.

Autopsie *le 24 février*. — Nous trouvons le lobe inférieur du poumon droit atteint d'une pneumonie assez limitée mais arrivée à la suppuration. Dans la plèvre existe un épanchement séro-purulent peu abondant.

L'examen des autres organes ne nous offre rien à noter. La mort a été évidemment causée par la pleuro-pneumonie.

Mais ce qui fait l'intérêt de cette autopsie, c'est de pouvoir constater, quatre ans après une lithotritie périnéale, l'état des organes qui en ont été le siége:

En avant de l'orifice anal existe une cicatrice blanchâtre, adhérente et déprimée dans l'étendue de quelques millimètres, c'est la trace de l'incision cutanée.

Du côté de l'urèthre, nous trouvons dans l'étendue de 8 à 10 millimètres, commençant au sommet de la prostate et s'avançant vers la région bulbeuse, une autre cicatrice qui se traduit seulement par une consistance plus ferme de la muqueuse et une coloration nacrée qui n'est point celle de la portion membraneuse, c'est la trace de l'incision muqueuse.

Procédant alors à une dissection attentive des plans qui composent le périnée, nous trouvons, étendu de la cicatrice cutanée à la cicatrice muqueuse, un cordon fibreux, gros comme une plume d'oie, dur et résistant, adhérent à la portion la plus reculée du bulbe. Le bulbe est atrophié, revenu sur lui-même et bien loin d'avoir les dimensions qu'on doit s'attendre à lui trouver chez un homme de cet âge. A la coupe, il est presque exsangue et a subi une transformation fibreuse manifeste.

Le col de la vessie est complétement intact et ne nous présente nulle part de traces cicatricielles; le lobe moyen de la prostate est un peu hypertrophié et fait saillie au niveau du col. Les conduits éjaculateurs sont parfaitement libres comme on peut s'en assurer en y introduisant une soie de sanglier, de même en pressant sur les vésicules séminales, on fait suinter le sperme par les orifices. Le reste du canal est parfaitement normal et la porti on membraneuse n'a subi aucune diminution de son calibre.

La vessie, de dimension normale, ne contient aucun calcul. La muqueuse nous offre, surtout au niveau du col, des altérations de cystite chronique.

Le rein droit est pâle et anémié; le rein gauche, volumineux, est bosselé et irrégulier à sa surface. Le bassinet est très-dilaté ainsi que l'origine de l'uretère et le hile rénal présente des dimensions considérables. A la coupe, le tissu rénal a presque complétement disparu, il est criblé de dilatations plus ou moins vastes, remplies de pus et communiquant avec les calices. Dans ces poches se trouvent au milieu du pus et d'une fine poussière calculeuse 5 ou 6 calculs. Deux plus volumineux que les autres sont moulés sur les calices et le bassinet.

35. Double kyste hydatique du foie. — Fistule biliaire consécutive à l'ouverture d'un de ces kystes; par A. Poulin, interne provisoire.

Le premier de ces kystes hydatiques occupe la face convexe du lobe droit, il est absolument vide, et sa paroi supérieure formée par le diaphragme auquel adhère intimement une mince couche de tissu hépatique est facilement dépressible. Ce kyste très-volumineux contiendrait aisément une tête d'adulte On trouve à sa face interne des débris pseudo-membraneux fortement teintés par la bile. Plusieurs canalicules biliaires, dont on fait sortir de la bile par la pression, viennent s'ouvrir dans sa cavité. C'est ce kyste dont la ponction a été faite; il n'y a plus une seule vésicule hydatique dans son intérieur.

Consécutivement à l'ouverture de ce kyste une fistule biliaire est restée. Nous trouvons un trajet fistuleux, long de 12 centimètres qui traverse la paroi abdominale, débouchant supérieurement dans la cavité kystique, et venant inférieurement s'ouvrir à 8 centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope. Les parois de ce trajet fistuleux sont indurées, formées par un tissu d'aspect lardacé. Au niveau de la paroi abdominale, l'orifice est situé au fond d'un petit infundibulum; il admet l'extrémité du petit doigt. Pendant la vie il y avait par cette fistule un écoulement constant de bile. Aussi la malade a-t-elle succombé aux progrès du marasme.

Outre ce premier kyste à parois retractées, vide d'hydatides, communiquant avec les voies biliaires et avec l'extérieur, nous trouvons une seconde tumeur du volume du poing; à parois blanchâtres et nacrées, faisant saillie tout-à-fait à la partie interne du lobe droit du foie, en dehors de la première.

En incisant cette tumeur, on peut énucléer une grosse vésicule, à parois molles, tremblotantes, d'aspect laiteux, c'est l'hydatide. Il n'y a pas de vésicules filles dans l'intérieur de celle-ci. La bile n'a pas pénétré dans cette seconde poche. Ce kyste est séparé du premier par une lame de tissu hépatique de l'épaisseur du doigt, il n'y a pas communication entre les 2 cavités.

Ajoutons que le lobe gauche du foie présente un très-petit volume. Les parois de la vésicule biliaire ne sont pas teintées par la bile. Il n'y a pas de lésions des autres organes.

36. Cancer primitif du foie et cirrhose. — Propagation du cancer au péricarde et à l'oreillette droite. — Thrombose de la veine cave inférieure.

Gr. M., 64 ans, entrée à la Maison de santé le 15 février 1876. Cette femme se dit malade depuis trois mois. C'est à dater de cette époque qu'elle a commencé à perdre l'appétit, les forces. Déjà auparavant elle était parfois sujette à des épistaxis qui, dans ces derniers temps sont devenues plus fréquentes; elle éprouvait aussi des douleurs vagues au creux épigastrique.

La malade dit n'avoir jamais eu d'habitudes alcooliques; mais, d'après les déclarations de sa belle-fille, elle buvait de l'eau-de-vie en quantité. Du reste, elle avait souvent des pituites le matin. Il y a six semaines environ, la malade s'est aperçu que son ventre grossissait. Trois semaines après est survenu de l'œdème aux jambes.

16 février. — La face est pâle, un peu terreuse, sans teinte ictérique. Développement considérable de l'abdomen. Ascite abondante, sensation de flot très-manifeste, malgré la grande épaisseur de la paroi abdominale. Les veines sous-cutanées abdominales se dessinent, mais non d'une façon exagérée.

Le *foie* est diminué de volume. La limite de la matité ne descend pas jusqu'au rebord des fausses côtes. Pas de tumeur épigastrique. Les deux membres inférieurs sont également œdématiés.

Au *cœur* les battements sont réguliers, mais les bruits sont un peu sourds, et le choc de la pointe ne se sent pas très-bien. Du côté de la poitrine, on entend quelques râles muqueux à la base des deux poumons.

Les *urines* sont chargées de sels qui forment un dépôt considérable; mais il n'y a pas trace d'albumine. Pas de diarrhée; pas de vomissement. *Diagnostic*: *Cirrhose.*

19 février. La malade s'affaiblit graduellement; elle ne mange pas, la langue est sèche, les urines sont rares, l'infiltration augmente; dans la poitrine les râles fins et les râles muqueux se généralisent.

20 février. Suffocation. Sueurs abondantes sur tout le corps. Refroidissement des extrémités.

21 février. Morte dans la nuit, à 2 heures du matin.

Autopsie. — Epaisse couche de graisse sur la paroi abdominale. La cavité péritonéale contient environ quatre litres d'un liquide citrin, sans coagulations fibrineuses.

Le *foie* est petit: à sa surface se dessinent très-bien des grains granuleux; à la coupe on reconnait les lésions de la cirrhose au début: aspect marbré; points jaunes entremêlés de points violacés. Le tissu est dur et crie sous le scapel, et ne se laisse déchirer qu'avec difficulté. Les veines sus-hépatiques sont remplies de sang noir coagulé. Indépendamment de ces altérations, il existe sur le lobe droit du foie, un

noyau cancéreux unique, occupant presque toute l'épaisseur du foie. Ce noyau, plus gros qu'un poing d'adulte, est ramolli à son centre, et fait saillie à la surface. Il présente tous les caractères que l'on a assignés au cancer primitif du foie. A son passage au niveau du bord postérieur du foie la veine cave inférieure est remplie de caillots décolorés. Au-dessous le sang est coagulé, mais noir. Au-dessus du diaphragme, elle est englobée dans une masse de ganglions cancéreux, d'aspect lobulé, lesquels ont envahi le péricarde. Le feuillet pariétal du péricarde adhère à l'oreillette droite, et à la surface interne de cette oreillette on voit des fongosités qui ferment incomplétement l'embouchure de la veine cave inférieure. Les parois de cette veine ne sont du reste ulcérées en aucun point. Sur aucune des faces du diaphragme on ne distingue de lymphangite cancéreuse.

L'*estomac* est absolument sain : simple injection vasculaire de la muqueuse. Au cardia, sur la tunique externe, existe un petit noyau cancéreux, du volume d'une noisette, et qui ne peut être considéré comme un cancer primitif.

Cœur. — Il n'y a pas de lésion valvulaire au cœur. La surface externe est chargée de graisse, et les parois sont flasques. Rien sur l'endocarde. Le péricarde contient une certaine quantité de liquide.

Poumons. — Noirâtres dans toute leur étendue, ils ne présentent pas de lésion importante. Les deux poumons adhèrent par leur base à la face convexe du diaphragme ; et le poumon est fixé à la paroi thoracique par des adhérences fibreuses.

Les *reins* et la *rate* n'offrent pas d'altération apparente. Les corps vertébraux et les côtes, peu résistants, se laissent couper assez facilement. Mais la masse cancéreuse qui enveloppe la veine cave n'adhère pas à la colonne vertébrale.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est intéressante à deux points de vue. On y trouve d'abord un cancer primitif du foie qui est indiscutable, et de plus l'observation montre que ce cancer primitif peut exister avec la cirrhose. Le cancer n'avait pas été diagnostiqué pendant la vie, parce que la maladie avait tout-à-fait l'aspect d'une cirrhose simple. Cependant la marche rapide de l'infiltration des membres inférieurs aurait pu faire supposer un autre obstacle à la circulation en retour. C'est évidemment la thrombrose de la veine cave inférieure qui a déterminé une fin si rapide.

M. HOUEL. — Un assez grand nombre de cancers de foie supposés primitifs ont été déjà présentés à la Société, mais pour la plupart cette interprétation était douteuse. L'exemple actuel paraît incontestable, mais il est tout-à-fait exceptionnel de voir la cirrhose coexister avec le cancer.

M. CHARCOT. — L'aspect extérieur est plutôt celui du foie muscade que d'une vraie cirrhose.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 juin 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. LEFORT communique à la Société une observation qui montre quelle peut être la gravité d'une opération pendant la *puerpéralité*. Il s'agit d'une femme de 34 ans qui fut opérée une première fois en 1869 pour un sarcome du sein gauche. En 1870, la tumeur récidiva. L'opération fut pratiquée une deuxième fois, et suivie de guérison. — Pourtant, il y a quelques mois apparut sur la cicatrice une tumeur nouvelle, bien limitée, et dont l'ablation semblait facile. Mais la malade venait d'accoucher, et l'état puerpéral fit rejeter à un mois l'opération. Lorsque après ce laps de temps écoulé, l'extirpation fut faite, on examina attentivement la tumeur et l'on vit s'écouler à la coupe un liquide blanc qui n'était autre que du lait. Au microscope, on put aussi constater que la masse morbide renfermait une grande quantité de culs de sac glandulaires. Le lendemain de l'opération, le surlendemain, et le troisième jour, l'état général resta en apparence excellent ; toutefois, déjà, on avait remarqué une élévation constante de la température, qui discordait avec le calme parfait de l'opérée. Le 4e jour la température s'éleva à 42°. On s'aperçut alors d'une éruption confluente, non érysipélateuse, parsemée de taches ecchymotiques, qui avait envahi le tronc et la poitrine. Le pronostic, dès lors, fut excessivement grave. La malade mourut dans la nuit. A l'autopsie, on ne trouva rien de remarquable ; tous les organes paraissaient sains ; l'utérus était revenu sur lui même ; on nota simplement un peu de congestion des trompes, et quelques ecchymoses sous-péritonéales. Ce fait a de l'importance, en ce qu'il enseigne que l'état puerpéral dure assez longtemps pour qu'on évite de pratiquer aucune opération avant les deux ou trois premiers mois qui suivent l'accouchement.

M. GUÉNIOT étudie la marche et la durée des lésions traumatiques dans la grossesse. Après un exposé de faits nombreux et fort intéressants, M. Guéniot conclut relativement aux plaies accidentelles et aux plaies chirurgicales, que ces plaies sont susceptibles de suivre une marche absolument normale pendant toute la durée de l'état de gestation. La grossesse n'entrave ni la réunion immédiate, ni la cicatrisation secondaire, et les complications telles que les hémorrhagies, les phlegmons, les érysipèles, les gangrènes peuvent naître d'états spéciaux engendrés par la grossesse, mais ne résultant pas directement de cet état. — Enfin, la suppuration n'est pas plus abondante. — M. Guéniot étudie ensuite les cas de fractures. Or, les faits de consolidation normale constituent une majorité considérable. Pour les fractures comminutives, deux cas semblent faire exception à la règle ; mais la lenteur de la consolidation peut très-bien n'être attribuée qu'à la gravité même de ces fractures. De l'examen général qu'il vient de faire, M. Guéniot conclut que dans quatre ou cinq observations au plus, on a pu être en droit de reconnaître à la grossesse une certaine influence sur la marche de la consolidation. En ce qui concerne les tumeurs non malignes, pendant la grossesse, il est un fait très-remarquable et constaté depuis longtemps ; c'est le développement excessivement rapide de ces tumeurs, qui pousse le chirurgien à les opérer. Or, la chose est explicable si l'on tient compte de la pléthore en masse, qui résulte toujours de l'état de gestation. Cette surabondance du sang entraîne forcément un défaut relatif d'hématose ; et le sang veineux étant éminemment plastique, il n'y a rien d'étonnant à ce que la grossesse ne soit pas antipathique à la réparation. E. BRISSAUD.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE.

I. **Etude physiologique sur le souffle maternel et la paroi abdominale des femmes enceintes** ; par le Dr F. GLÉNARD. (*Archives de Tocologie*, février et mars 1876.)

II. **De la grossesse extra-utérine péritonéale, de son diagnostic et de son traitement** ; par M. le professeur DEPAUL. (*Archives de Tocologie*, 1874 et 1875).

III. **Extra-uterine Pregnancy** ; par le Dr JOHN S. PARRY, un vol. 276 p. — Londres, chez Lewis, 1876.

IV. **De l'influence des maladies du cœur sur la menstruation, la grossesse, etc.** ; par le Dr P. DUROZIEZ. (*Archives de Tocologie*, juillet et août 1875).

V. **Grossesse et maladies du cœur** ; par le Dr A. BERTHIOT. Un vol. 90 p. Paris, V. Delahaye, 1876.

VI. **Des accidents gravido-cardiaques** ; par le Dr J.-E. MARTY. Un vol. 112 pages, Paris, V. Delahaye, 1876.

VII. **Contributions à l'étude des présentations de la face** ; par le Dr CHARPENTIER. Th. de Paris, 1876.

I. Le bruit de souffle maternel de la grossesse qui a déjà été l'objet de tant de travaux et qu'on a cherché à expliquer de façons si diverses, bruit de souffle auquel on a donné les noms de placentaire, abdominal, utéro-placentaire, iliaque, utérin, etc., vient d'être, de la part de M. FRANTZ GLÉNARD, l'objet d'un mémoire fort curieux et fort bien fait. C'est en réalité l'anatomie et la physiologie des parois abdominales pendant la grossesse, l'anatomie et la physiologie de la ligne blanche, du muscle grand droit et de l'artère épigastrique, que l'auteur a principalement étudiées. C'est la compression de cette dernière par l'utérus gravide qui, suivant lui, donnerait lieu au souffle maternel de la grossesse. Les faits principaux sur lesquels il appuie sa théorie, théorie *épigastrique*, sont au nombre de deux : 1° Le siége stéthoscopique du foyer maximum du souffle maternel, et le trajet de l'artère épigastrique trajet qui est invariable jusqu'à la fin de la grossesse, se cou-

fondent constamment : on peut les représenter par une courbe décrite sur l'abdomen à partir du pli inguinal : cette courbe aurait pour centre l'épine iliaque antérieure et supérieure, et un rayon constant, ou tout au moins maximum, de 10 centimètres ; 2° La compression d'un cordon artériel, placé exactement sur le trajet de l'artère épigastrique, fait disparaître le souffle maternel, quels que soient son siége stéthoscopique, son rhythme, son intensité.

Cette étude qui est assez longue et que nous ne pouvons que signaler, est intéressante, non pas au point de vue pratique, mais surtout au point de vue de l'anatomie et de la physiologie. M Glénard a été, sans aucun doute, beaucoup trop exclusif en attribuant toujours à la compression de l'artère épigastrique le bruit du souffle maternel de la grossesse ; quoi qu'il en soit ce travail indique chez son auteur qui appartient à l'École de Lyon et qui est jeune encore, des qualités sérieuses d'observateur, d'expérimentateur et d'écrivain.

II. — Depuis plusieurs années, depuis surtout que M. Keller a publié son excellente thèse sur les grossesses extra-utérines, thèse qui a servi pour ainsi dire de base à tous les travaux qui ont suivi, un grand nombre d'observations nouvelles ont été publiées. Au point de vue du diagnostic et au point de vue du traitement, cette question a fait de grands progrès. Ces progrès en réalité ont été et resteront liés à ceux qu'a faits et que fera la gastrotomie : plus, en effet, les procédés mis en usage dans ce genre d'opérations se perfectionneront, plus les chances de succès dans le traitement des grossesses extra-utérines seront nombreuses et plus grand sera l'intérêt qui s'y attache. Les deux travaux les plus importants que nous ayons à signaler, sont un mémoire de M. le professeur Depaul, publié dans les *Archives de Tocologie*, et le livre du Dr John S. Parry, de Philadelphie.

M. le professeur DEPAUL n'a étudié que les grossesses péritonéales. Ce sont elles en réalité qu'on rencontre le plus habituellement dans la pratique. Il n'admet pas l'existence des grossesses ovariques, et les grossesses tubaires le plus souvent sont méconnues pendant les quatre premiers mois : en général alors il y a rupture, hémorrhagie et péritonite. M. Keller a conseillé de pratiquer la gastrotomie au moment de cette rupture, mais M. Depaul montre de combien de difficultés est entouré le diagnostic et combien, par conséquent, il peut être légitime d'hésiter à employer un traitement aussi radical. M. Depaul rapporte avec beaucoup de détails 14 cas de grossesse péritonéale et il en expose chemin faisant tous les symptômes. Une grossesse péritonéale étant reconnue avant le 9e mois et l'enfant étant vivant, M. Keller avait conseillé d'attendre le moment où apparaît le faux travail pour opérer la gastrotomie : M. Depaul au contraire recommande d'opérer à la fin du 8e mois ou au commencement du 9e. A ce moment en effet la viabilité de l'enfant est suffisamment assurée, et outre qu'on pourrait être pris à l'improviste, on s'exposerait à quelques dangers si on attendait plus longtemps. Si l'enfant est mort et si des complications surviennent, c'est encore à la gastrotomie qu'il faut avoir recours, en ayant soin, si c'est possible, d'attendre que des adhérences suffisantes aient pu s'établir, mais sans trop temporiser toutefois si la femme est très-affaiblie, car la suppuration au moment de l'élimination du placenta, élimination dont on est obligé de laisser le soin à la nature, épuisera davantage encore la malade. Sur 25 cas de gastrotomie publiés jusqu'à ce jour dans ces conditions, 17 ont été suivis de succès.

III. — Le nombre des observations de grossesse extra-utérine publiées dans ces dernières années a été si grand que M. Parry a pu en réunir cinq cents. Ce chiffre indique assez l'importance du volume qu'il a écrit, volume dans lequel tous les faits sont, non pas rapportés en détail, mais cités, classés, discutés.

M. PARRY admet comme parfaitement démontrée l'existence des grossesses ovariques; pour lui, les pièces examinées par Marinus à Wurzbourg, et le fait présenté à New-York par Kammerer sont indiscutables. A cette classe, il en a ajouté deux autres, comme ses prédécesseurs, les grossesses tubaires et les grossesses péritonéales. Les causes, l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic, les différentes terminaisons, le pronostic et le traitement sont successivement et minutieusement étudiés. M. Parry se rallie aussi à la gastrotomie : ses statistiques montrent cependant que dans la grossesse péritonéale si l'enfant meurt, la femme ne succombe que dans la moitié des cas, dans les autres elle arrive à éliminer après un temps plus ou moins long et par des moyens différents le produit de conception : la gastrotomie, pratiquée dans de bonnes conditions et d'une façon méthodique, est certainement appelée à donner des résultats plus favorables.

Nous n'insisterons pas davantage sur l'ouvrage de M. S. Parry, ne possédant pas d'observations personnelles l'auteur a puisé à toutes les sources, surtout dans la thèse de Keller et le mémoire de M. Depaul, et son livre constitue ainsi la monographie la plus importante publiée jusqu'à ce jour sur les grossesses extra-utérines.

IV. — La question de la grossesse et des maladies du cœur se trouve aussi, pourrait-on dire, à l'ordre du jour, mais à l'ordre du jour presque exclusivement en France. En 1869, M. Peter étudiait dans l'*Union médicale* un des côtés de cette question : l'influence que peut avoir la grossesse sur la santé d'une femme atteinte de maladie du cœur, et il montrait que souvent alors éclataient des accidents formidables, surtout des accidents de congestion pulmonaire qui pouvaient mettre rapidemment sa vie en danger. C'est en 1873 seulement qu'un autre côté de la question fut envisagé : l'influence de la maladie du cœur sur la marche de la grossesse. Le 18 octobre, nous nous demandions à cette même place, si l'existence d'une maladie du cœur ne pourrait pas, dans quelques cas, être la cause d'un certain nombre d'avortements et d'accouchements prématurés restés jusqu'ici inexpliqués.

Quelques jours auparavant, le 11 octobre, M. DUROZIEZ avait, paraît-il, communiqué à la Société de Médecine de Paris, les conclusions d'un mémoire qu'il devait présenter pour le prix Capuron, conclusions qui ne parurent que plus tard et dont l'une était ainsi conçue : « Chez les femmes atteintes de maladie du cœur, les fausses couches sont fréquentes, souvent le fœtus naît à 7 mois 1/2. » En réalité, ignorant ces recherches, nous avions été conduit par une observation fort curieuse à formuler avec réserve, une proposition que M. Duroziez, grâce aux faits qu'il avait étudiés et enregistrés depuis longtemps, considérait à juste titre comme nettement établie. Ce sont ces faits qu'il a publiés depuis dans les *Archives de Tocologie,* ils sont malheureusement mal coordonnés, mal agencés, ils établissent néanmoins les conclusions suivantes : « L'existence d'une maladie du cœur retarde l'établissement des règles ; celles-ci sont irrégulières et prennent souvent la forme de pertes. — La stérilité se montre dans un certain nombre de cas. — Par la maladie du cœur de la mère, la vie de l'enfant est très-compromise. — En face d'accidents graves, on peut penser à pratiquer l'accouchement prématuré à 7 mois 1/2 et même l'avortement dans le cas surtout où la famille serait constituée par un ou plusieurs enfants.

V. — M. BERTHIOT a réuni les observations les plus importantes publiées déjà par M. Duroziez et d'autres auteurs, y a ajouté un certain nombre de faits inédits, a su tirer parti de tous ces matériaux et a écrit une bonne monographie sur ce sujet. Simple et claire, sa thèse expose nettement l'état de la question. Après avoir montré l'influence réciproque : 1° de la grossesse sur la marche de la maladie du cœur et 2° de la maladie du cœur sur la marche de la grossesse, il étudie dans un chapitre spécial ce qui peut arriver avec chaque variété de lésion valvulaire. Il montre que, bien qu'il ne faille pas compter d'une façon absolue sur l'immunité, les lésions aortiques offrent beaucoup moins de danger que les lésions mitrales, et que, dans toute affection mitrale sans distinction, insuffisance ou rétrécissement, le pronostic est également grave pour la mère et pour l'enfant. Comme M. Duroziez, il conseille l'accouchement prématuré artificiel s'il survient des accidents graves, mais avant le 7e mois il incline pour diverses raisons à rejeter l'avortement provoqué.

VI. — M. Berthiot n'avait laissé à M. MARTY que peu de choses à glaner sur le terrain clinique ; quelques observations inédites ne suffisaient pas à ce dernier pour lui permettre de

refaire le même travail, il a donc étudié principalement la pathogénie des accidents gravido-cardiaques. Dans cette étude qui est intéressante, se fondant sur les expériences de Brown-Sequard, il a fait jouer à l'hématose incomplète, à la production d'acide carbonique, un rôle important, trop important peut-être. — L'attention, on le voit, avait été appelée utilement sur ce sujet, et nous sommes heureux de constater que les progrès réalisés de ce côté appartiennent presque uniquement à la clinique française.

VII. — M. le docteur Charpentier, s'appuyant surtout sur des statistiques importantes qui lui ont été communiquées par M. le docteur Pinard, vient d'apporter son tribut à la question des présentations de la face et surtout de ses causes, causes qui ont été et sont encore si souvent discutées. Ces statistiques portent sur 81,000 accouchements relevés à la Maternité : la présentation de la face est rare, on la rencontre une fois pour 247 autres présentations ; elle est plus fréquente chez les multipares que chez les primipares et contrairement à ce qu'on dit en général, c'est surtout lorsque les enfants sont volumineux qu'elle survient : ainsi sur 300 accouchements où les fœtus étaient arrivés à terme, 217 fois leur poids dépassait 3,000 grammes, 21 fois, même il allait au-delà de 4,000. Quand l'enfant est très-volumineux, il y a présentation de la face lorsque surtout, certaines conditions étant données, la tête n'est pas obligée de s'accommoder dans l'excavation avant le début du travail : mais nous aurons bientôt l'occasion de revenir sur ce fait capital de l'accommodation lorsqu'aura été publié le mémoire déposé par M. Pinard à la Société de Chirurgie, mémoire important, capital même, surtout par les résultats cliniques auxquels il conduit et dont nous avons déjà pu vérifier plusieurs fois l'exactitude.

P. Budin.

VARIA

Société des médecins du Bureau de bienfaisance de Paris.

Les Bureaux de bienfaisance, quoique dépendant de l'Assistance publique, ont un formulaire spécial qui n'est pas celui des hôpitaux et est beaucoup plus restreint. Dans la séance du 14 de ce mois, M. le dr Lafont a lu une note dans laquelle il signalait de nombreuses lacunes pour la délivrance de certains médicaments. Ainsi, il est interdit par les règlements de distribuer aux malades du chloral, de l'ergotine, etc, etc.

La société prenant en sérieuse considération la note du dr Lafont a, séance tenante, nommé une commission chargée de lui présenter, dans le plus bref délai, un rapport concernant cet état de choses aussi fâcheux pour les indigents que désagréable pour les médecins.

Les conclusions de la commission doivent servir de base pour une demande à l'Assistance publique d'élargir le cadre de son formulaire pour les indigents. Nous applaudissons sincèrement à la décision de la Société, convaincu que nous sommes que la réforme la plus économique et la plus efficace du régime hospitalier consiste dans l'extension la plus grande possible du service des secours à domicile.

Congrès d'hygiène et de sauvetage.

A la suite de l'exposition internationale dont nous avons déjà parlé, s'ouvrira à Bruxelles, le 27 septembre, un *Congrès international d'hygiène et de sauvetage*. Une lettre de M. Laussedat, député, nous prie d'annoncer que les adhésions sont reçues au Comité central français, rue Richelieu, 92. — Dans le prochain numéro, nous indiquerons les parties principales du programme

La nouvelle Ecole de pharmacie de Paris.

On sait que la construction d'une école de pharmacie a été décidée il y a trois mois à peine, et qu'elle est destinée à remplacer celle de la rue de l'Arbalète, dans le quartier Mouffetard.

On vient de clore d'une enceinte de planches la partie du terrain du Luxembourg, sur lesquels seront édifiés les nouveaux bâtiments destinés à recevoir les étudiants de plus en plus nombreux qui fréquentent l'école. Ces terrains sont situés non loin de la rue d'Assas, près des jardins détachés qui restent ouverts en été jusqu'à onze heures du soir. Quant aux constructions de la rue de l'Arbalète, elles tombent en ruines.

C'est en 1576, dit le *Journal des Débats*, que Nicolas Houel, épicier, bourgeois de Paris, imagina d'établir une maison de charité où des orphelins seraient élevés et instruits à préparer les médicaments et à les administrer aux pauvres honteux. Cet établissement, d'abord installé à l'hôpital des Enfants-Rouges, fut, en 1578, transféré rue de Lourcine, à l'hôpital de la Charité chrétienne, qui avait été fondé par Marguerite de Provence, femme de Saint-Louis, et qui était abandonné. En 1559 on y avait placé des malades; puis il avait de nouveau été fermé.

Nicolas Houel fit réparer les bâtiments, qui étaient en fort-mauvais état, et acheta un terrain qui s'étendait jusqu'à la rue de l'Arbalète, et où il mit des arbres et des plantes employés en médecine.

Après lui cet établissement fut négligé; et en 1596, Henri IV y plaça des militaires invalides, que Louis XIII transféra à Bicêtre. Diverses communautés religieuses de femmes occupèrent ensuite l'hôpital Lourcine, qui devint (?) la propriété de l'évêque de Paris, puis de l'Hôtel-Dieu. En 1624, les apothicaires de Paris s'en rendaient posseseurs; (?) le jardin botanique fut reconstitué, des salles furent reconstruites pour l'enseignement des connaissances pharmaceutiques.

Mais malgré les améliorations que cet établissement a reçues sous le second empire, il n'était plus aujourd'hui en rapport avec les exigences de l'enseignement et les progrès de la science. D'ici à peu l'Ecole de pharmacie de Paris, la première du monde assurément (?) aura enfin, nous l'espérons, des bâtiments vastes et bien aménagés. Les travaux devant être poussés avec la plus grande activité,

26. Potion contre le symptôme oppression dans les affections nerveuses ou inflammatoires des voies respiratoires.

Jufusion de polygala...	100	grammes.
Azotate de potasso....	5	—
Sirop de belladone....	30	—
Teiuture de lobélie....	2	—

Une cuillerée à bouche toutes les heures, et une fois l'oppression calmée, une cueillerée à bouche toutes les deux à trois heures. Cette potion peut être employée également dans les affections du cœur droit, en vue d'atténuer l'oppression. (*Bordeaux médical*).

Mortalité a Paris. — Population, d'après le recensement de 1872 — 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 15 juin 1876, on a constaté 903 décès, savoir : variole, 15; rougeole, 45; scarlatine, 3; fièvre typhoïde, 14; érysipèle, 7; bronchite aiguë, 31 ; pneumonie, 78 ; dyssenterie, [illegible]; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 11; choléra nostras, [illegible]; angine couennense, 7; croup, 15; affections puerpérales, 8; autres affections aiguës, 233 ; affections chroniques, 372 dont 153 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 43; causes accidentelles, 21.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 22 juin 1876, on a constaté 865 décès, savoir : variole, 15; — rougeole, 37; — scarlatine, 3; — fièvre typhoïde, 12; — érysipèle, 8; — bronchite aiguë, 15; — pneumonie, 47; — dysenterie, 2; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 9; — *choléra nostras*, 0; — angine couenneuse, 10; — croup, 15; — affections puerpérales, 5; — autres affections aiguës, 262, — affections chroniques, 363, dont 147 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 45; — Causes accidentelles, 17.

Londres. — Population, 3,486,428 hab. Décès du 4 au 10 juin 1876, 1,286; variole, 2; rougeole, 38; scarlatine, 33; fièvre typhoïde, 13; érysipèle, 10; bronchite, 130; pneumonie, 67; dysentérie, 1; diarrhée, 14; choléra nostras, 2; diphthérie, 8; croup, 11; coqueluche, 60.

Londres. — Population : 3.489.428 hab. Décès du 11 au 17 avril, 1,280, savoir : variole, 4; — rougeole, 40; — scarlatine, 28; — fièvre typhoïde, 9; — érysipèle, 6; — bronchite, 109; — pneumonie, 78; — dysenterie, 2; — diarrhée, 16; — *choléra nostras*, 0; — diphthérie, 8; — croup, 11; — coqueluche, 42

Faculté de médecine de Paris. — Les travaux d'enquête et d'expropriation pour l'agrandissement de l'Ecole de médecine — qui doit occuper tout le terrain compris entre la rue de l'Ecole de médecine, la rue Hautefeuille et le boulevard St-Germain ; — et pour l'agrandissement de l'Ecole pratique — qui doit comprendre les numéros 15, 17 et 19 de la rue de l'École de médecine, numéro 1 de la rue Antoine Dubois, et 23 de la rue Monsieur-le-Prince — se poursuivent avec activité. Parmi les réclamations élevées contre l'agrandissement de l'Ecole de médecine, il en est une très-curieuse qui consiste à redouter que les grandes façades du futur édifice ne donnent le soir au quartier un aspect sombre et triste !

— Nous avons eu déjà l'occasion de donner à nos lecteurs quelques renseignements sur les réunions des professeurs, réunions ayant pour but l'étude des améliorations à apporter dans l'organisation actuelle de l'enseignement. Dans leur réunion du 15 juin, MM. les professeurs se sont occupés du recrutement des professeurs par le Concours. Tandis que, en 1871, ce mode de nomination avait été voté à l'unanimité moins une voix, la semaine dernière, il a été rejeté par onze voix contre dix.

Concours. — Les concours pour deux places de médecins du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Dieulafoy et Straus.

Hygiène publique. — Sur le rapport de M. Collin, le Conseil municipal a adopté le projet de l'administration consistant à planter des arbres sur les berges de la Seine. C'est là une excellente mesure au point de vue de l'hygiène de Paris.

Excursions scientifiques. — M. Chatin, professeur, membre de l'Institut, fera sa prochaine herborisation le dimanche 25 juin, dans les bois de Saint Cloud. Rendez-vous aux cascades du parc, à 11 h 3/4.

— M. Baillon fera, dimanche 25 juin, une herborisation dans les bois de Meudon. Rendez-vous à la gare Montparnasse ; départ à 8 heures pour Bellevue.

— M. Daubrée (en son absence M. Saint-Meunier), fera une excursion

4e ANNÉE. — N° 27 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 1er JUILLET 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DUPLAY.

Abcès chroniques des parois thoraciques

Leçon recueillie par E. MAROT, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Le hasard a réuni depuis quelque temps dans nos salles un certain nombre de malades atteints d'abcès chroniques ou abcès froids de la paroi thoracique : cette affection n'est pas rare et cependant on n'en trouve dans les auteurs classiques qu'une description insuffisante. Nos malades sont trois hommes couchés aux lits 16, 26 et 60 bis, et d'autre part, une femme couchée au n° 70 de la salle Sainte-Marthe. Un cinquième malade vient de succomber : vous avez sous les yeux les pièces que son autopsie nous a permis de recueillir.

On peut reconnaître, messieurs, au point de vue anatomique, trois variétés de ces abcès chroniques, et nous les distinguerons en : A. *abcès froids*, B. *abcès froids périostiques*, C. *abcès ossifluents*.

A. *Les abcès froids ordinaires* se rencontrent fréquemment dans la région axillaire : leur développement s'y explique par la présence des ganglions lymphatiques. Ils sont rares au contraire en tout autre point de la paroi thoracique. On peut en observer cependant au même titre que dans une foule d'autres régions dépourvues de ganglions, leur provenance à comme ailleurs reste obscure. Ils occupent le tissu cellulaire sous-cutané sans affecter aucune relation avec le squelette.

Les abcès froids de la seconde variété, que je vous propose de nommer *périostiques*, sont, au contraire, des collections purulentes en rapport direct avec le squelette, mais avec le squelette resté sain, au moins au début de l'affection. Les abcès périostiques se développent autour des côtes ou sur les faces du sternum, mais remarquez que le périoste seul est altéré à sa surface externe. Ces abcès froids périostiques forment tantôt des collections saillantes sous la peau, au-devant du squelette, mais [illegible] *sus-costale*, tantôt des poches qui [illegible] interne de la paroi thoracique et font saillie dans la cavité : ce seront les abcès *sous-costaux*. Enfin il n'est pas rare de voir un même abcès [illegible] les deux dispositions, c'est-à-dire avoir un [illegible] formé de deux poches, l'une extra-, l'autre [illegible], communiquant par une brèche plus ou moins large d'un [illegible].

[illegible]

l'ex[illegible] du [illegible]. Il [illegible]

ré[illegible]

d'ailleurs, [illegible]

[illegible]

[illegible] de même pour les abcès froids de la paroi thoracique.

Le premier travail sur ces abcès froids date de 1829 (*Archiv. gén. de médecine*). Il est de Ménière, qui s'attachait à expliquer leur fréquence et leur développement par l'irritation que produisent les efforts de toux. Pour lui ces abcès sont donc consécutifs à diverses affections des organes respiratoires. Sa théorie n'a rien de fondé, car la pleurésie est à peu près la seule affection intra-thoracique que l'on observe en même temps que ces abcès, et c'est aussi une de celles qui s'accompagnent de toux le moins fréquemment.

En revanche, la bronchite et les catarrhes des bronches, la grippe, la coqueluche devraient, dans cette hypothèse, se compliquer de ces abcès plus souvent et à meilleur titre que la pleurésie : or, cette coïncidence est rare, si toutefois on l'a observée. En 1865, M. Leplat, professeur agrégé au Val-de-Grâce, [illegible] *Arch. gén. de méd.*) un mémoire dans lequel la pathogénie de ces abcès est l'objet d'un examen sérieux : l'auteur y discute avec soin les faits observés par lui-même et les faits publiés avant lui. Pour tous les cas, il explique leur développement par l'existence antérieure d'une pleurésie. L'abcès, selon cet auteur, se montre au cours de la pleurésie ou longtemps après sa disparition. Dans le premier cas, on peut admettre que l'inflammation de la séreuse se propage au tissu cellulaire sous-pleural et y provoque la formation de pus : l'abcès sous-costal s'explique bien de la sorte. Dans une seconde série de faits, où l'on voit des abcès froids se développer longtemps après la guérison d'une pleurésie, M. Leplat n'hésite pas à admettre la même influence de voisinage.

Plusieurs faits d'une valeur indiscutable viennent à l'appui de cette théorie de M. Leplat : dans un certain nombre d'autopsies on a trouvé une collection purulente sous-pleurale sans lésion osseuse, mais en face de lésions de la plèvre et du poumon. La pièce que vous avez sous les yeux en est un nouvel exemple : Les deux faces de la paroi thoracique sont, comme vous pouvez en juger, [illegible] par le pus qui a pris naissance sous la plèvre en un point correspondant à des lésions pulmonaires, puis s'est fait jour à travers le muscle intercostal jusque sous la peau.

Mais la théorie de M. Leplat est certainement en défaut lorsqu'elle fait intervenir l'existence [illegible] d'une pleurésie pour expliquer des abcès froids sus-costaux éloignés anatomiquement de la plèvre, [illegible] par les côtes de la cause qu'on leur assigne. La pleurésie ne rend plus si bien compte de ces derniers abcès, à supposer [illegible] que le malade ait jamais été atteint de pleurésie. Vous pourrez constater, en effet, que plusieurs de nos malades n'ont à ce sujet aucun antécédent, et si l'on rencontre chez quelques-uns des [illegible] pleuraux, il est [illegible] de voir dans cette [illegible] une lésion consécutive au développement de l'abcès [illegible]. D'ailleurs, cette pleurésie de voisinage [illegible] comme les abcès qui [illegible] à l'adéno-phlegmon [illegible]. En fin de compte, je ne pense pas qu'on puisse admettre avec M. Leplat, que tous abcès [illegible] des parois thoraciques sont consécutifs à la pleurésie, de près ou de loin.

[illegible] militaire qui est revenu sur la question. M. [illegible] dans sa thèse inaugurale (1873), écrite sous l'inspiration de M. Gaujot, assigne à la variété d'abcès qui nous occupe une cause [illegible] qui pourrait bien être [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] *dans une première période de la maladie*. Plus tard, il est vrai, il se peut que les couches profondes du

périoste soient successivement envahies, et même que l'os soit dénudé. Mais cette ostéo-périostite ne ressemble en rien à l'ostéo-périostite d'emblée dans laquelle la couche profonde du périoste est d'abord atteinte en même temps que l'os. Ici, au contraire, si l'os est *secondairement* dénudé, il n'est atteint que légèrement et l'on ne trouve à sa surface qu'une exfoliation superficielle.

Les abcès périostiques dus à cette périostite externe constitueraient donc la variété que je viens de vous décrire. Les causes en restent obscures, mais il semble certain qu'elles sont d'ordre général: il est de fait qu'on les rencontre surtout chez des sujets jeunes, atteints, comme l'a montré Sédillot, de cette anémie spéciale qu'entraîne le passage de la vie civile à la vie militaire. On peut accessoirement accorder une influence à certaines contusions locales, celle du fusil chez les militaires, celle d'outils particuliers chez les autres. Ainsi le jeune malade couché au n° 16 est forcé, pour son travail, d'appuyer fréquemment sur l'épaule un manche dur qu'il pousse avec force : il est permis d'accorder une part d'influence à ce léger traumatisme. Peut-être aussi l'étiologie invoquée par M. Leplat est-elle applicable au développement de cette périostite : le tiraillement d'adhérences pleurales anciennes n'est peut-être pas étranger à l'irritation subie par la couche superficielle du périoste. Ce dernier auteur avait bien observé d'ailleurs que l'altération osseuse reste toujours superficielle.

C. La troisième variété des abcès que nous étudions comprend les *abcès ossifluents* proprement dits : une lésion profonde des os en est l'origine bien connue. Tantôt le pus se collecte autour du point osseux malade, c'est-à-dire atteint d'ostéite, de tuberculisation, de nécrose ou de carie, tantôt il s'éloigne du foyer de sa production. Dans ce dernier cas, parti du corps d'une vertèbre par exemple, il peut suivre la gaîne des vaisseaux intercostaux, décoller la plèvre et venir se faire jour sous la peau au voisinage du sternum. Vous en avez un exemple assez net sur le malade couché au n° 60 *bis*. Cet homme a évidemment un abcès par congestion : il porte actuellement une fistule sur le côté droit du sternum, mais il souffre depuis 18 mois dans la région de la colonne vertébrale. Ces douleurs l'ont forcé à garder le lit pendant plusieurs mois.

Les trois variétés d'abcès des parois thoraciques que je viens de vous décrire, si différentes au point de vue pathogénique, ont en revanche une symptomatologie commune.

Leur développement est lent en général. Cependant l'évolution peut être rapide. Ainsi la suppuration s'est fait jour en trois semaines chez le jeune homme du n° 16, ce qui n'empêche nullement de nommer son affection un abcès chronique, en raison de la marche ultérieure que suivra chez lui la maladie.

Le plus ordinairement, le malade porte pendant des mois une tuméfaction plus ou moins proéminente à l'extérieur : il s'en aperçoit souvent par hasard. Plus tard, la peau s'amincit et s'enflamme puis se perfore et il sort une quantité de pus qui, souvent, n'est pas en rapport avec le petit volume apparent de la collection que l'on avait constatée.

La tumeur est irrégulièrement arrondie lorsqu'elle se développe au devant du sternum. Au devant des côtes, elle est en général allongée dans leur direction, ou quelquefois dans un sens perpendiculaire à l'axe de l'os ; le malade qui a succombé présentait pendant la vie cette dernière disposition. La tumeur est toujours manifestement fluctuante, souvent peu douloureuse. Dans certains cas elle est absolument irréductible, et vous concevez qu'il s'agit dans ces cas d'abcès *sus-costaux*. D'autres fois, elle se laisse réduire partiellement par une pression prolongée pour reparaître brusquement et s'étendre si l'on fait tousser le malade. Cette impulsion est caractéristique, elle indique infailliblement l'existence d'une poche *intra-pariétale* ou sous-costale. Quand la collection extérieure est ouverte et qu'il persiste une fistule, la toux peut encore fournir les mêmes indications, en expulsant de la profondeur une certaine quantité de pus. Ce phénomène ne se [illegible] se conduit pas dans une poche

Une fois ces données recueillies, on ne doit pas manquer d'explorer par l'auscultation le poumon et la plèvre; le plus ordinairement il existe un certain degré de pleurésie au point correspondant. Le malade dont je vous présente les pièces a succombé à une pleurésie double.

Le diagnostic différentiel repose tout entier sur la notion de l'irréductibilité, ou de la réductibilité avec impulsion à la toux : il permet de distinguer l'abcès périostique sus-costal de l'abcès ossifluent. Dans ce cas, d'ailleurs, la lésion osseuse primitive se révèle déjà par la tuméfaction et l'irrégularité de la surface de l'os assez loin du point dénudé. Lorsque l'abcès est ouvert, on peut explorer avec le doigt ou le stylet les parois de sa cavité : dans le cas d'abcès périostique, au début du moins, on ne trouvera pas de surface osseuse dénudée.

Le pronostic de ces affections diverses n'est pas le même pour toutes.

L'abcès périostique peut guérir avec intégrité absolue de l'os sous-jacent; il se fait, dans ce cas, une cicatrice adhérente sans production osseuse ; mais il peut arriver que le périoste subisse lentement une sorte de travail ulcératif qui a pour effet de mettre l'os à nu et de permettre une exfoliation légère de sa surface. Cette sorte de lésion secondaire, dont vous avez un spécimen sous les yeux, est bien distincte de celles que laissent la carie ou la tuberculisation dans le cas d'ostéo-périostite d'emblée.

Je vous rappellerai en terminant, Messieurs, que les abcès périostiques et ossifluents ont un mode de terminaison commun dans certains cas, qui est leur ouverture dans la cavité pleurale ou, s'il y a des adhérences, dans le parenchyme pulmonaire.

Le traitement doit s'adresser avant tout à l'état général. Le traitement local n'est pas le même dans tous les cas. L'abcès froid du tissu cellulaire réclame la ponction ou l'ouverture large, le drainage et les injections de teinture d'Iode; ce traitement est aussi le meilleur à diriger contre les abcès périostiques sus ou sous-costaux : il peut enrayer le mal et prévenir l'érosion de l'os. Au contraire, il devient insuffisant dans les cas où la lésion osseuse est primitive : l'intervention chirurgicale devient alors souvent nécessaire.

MALADIES DES YEUX

ECOLE PRATIQUE. — COURS DE M. LE Dr E. **LANDOLT**.

Du diagnostic des maladies des yeux.

IVe LEÇON. — **Insuffisance des droits internes** (1).

Leçon recueillie par A. CHARPENTIER.

Tonométrie.

Messieurs,

On appelle *tension intra-oculaire* la résistance que le globe de l'œil oppose à la pression. C'est là, un élément qui prend quelquefois une importance majeure pour le diagnostic et pour la direction du traitement. Je n'en veux pour exemple que le glaucôme. Vous savez quelle est l'extrême gravité de cette affection, parce que, exigeant une intervention chirurgicale rapide, elle est très-souvent méconnue surtout à son début. Or, le glaucôme est caractérisé par l'élévation de la tension de l'œil, et, si le médecin ne négligeait pas cette exploration, il reconnaîtrait la maladie à sa première période et serait ainsi en mesure de la combattre efficacement.

Voici un cas qui m'est arrivé dernièrement et qui vous édifiera à ce sujet :

Une pauvre malade m'arrive de province, complétement aveugle; elle vient, dit-elle, pour se faire opérer de la cataracte; en effet, le cristallin est un peu trouble dans les deux yeux, ce qui frappe d'autant plus que les pupilles sont légèrement dilatées. Mais, à l'examen ophthalmoscopique, qui est possible malgré l'opacité du cristallin, je constate

(1) Voir les n[illegible] 8, 9, 1[illegible], 16, 18 2[illegible], 26

une excavation de la papille, et une atrophie totale des deux nerfs optiques; le globe oculaire, des deux côtés, est dur comme une pierre ; il n'y a pas trace de perception lumineuse. Je suis en présence de deux glaucômes absolus, et je dois renvoyer la malheureuse femme sans lui laisser aucun espoir de recouvrer la vue.

Comment en est-elle arrivée là ? La maladie s'est développée lentement, d'abord sur un seul œil, plus tard sur l'autre ; quand cette femme a souffert, elle est allée consulter son médecin, et celui-ci lui a dit à plusieurs reprises qu'elle avait la cataracte, mais qu'elle ne pouvait être opérée que quand cette cataracte serait mûre, c'est-à-dire quand la malade n'y verrait plus du tout. Ce moment arriva, en effet, mais d'une manière définitive. Si ce médecin avait su examiner la tension de l'œil, il aurait reconnu immédiatement de quoi il s'agissait, et aurait pu sauver les yeux de sa cliente.

Cette histoire n'est malheureusement pas isolée ; et chaque opthalmologiste pourrait vous en citer d'analogues. Il importe donc que vous ayez l'attention éveillée sur un symptôme d'une si haute importance, et que vous sachiez apprécier la tension intra-oculaire. Pour cela, on procède à peu près de la même manière que pour produire la fluctuation. On applique légèrement sur l'œil, recouvert par la paupière supérieure, la pointe des doigts indicateurs, avec chacun desquels on exerce tour à tour sur lui une pression très-délicate ; pendant ce temps, les autres doigts sont appuyés sur le haut de l'orbite. Cette palpation doit s'effectuer uniquement avec les muscles des doigts et nullement par une pression de la main entière.

On fait bien, pendant cet examen, de faire regarder le malade en bas, pour appuyer uniquement sur le sclérotique ; si l'œil est dirigé en haut, on presse sur la cornée, ce qui fait paraître la tension plus élevée. Pour la même raison on doit appliquer les doigts au-dessus des cartilages tarses, dont l'épaisseur et la résistance pourraient fausser l'appréciation de la tension de l'œil.

Coccius a même proposé d'appliquer les doigts explorateurs directement sur le globe oculaire, ce procédé étant, dit-il, bien supporté quand on a la précaution de mouiller ses doigts avec de l'eau tiède. Cette manière de faire est évidemment plus exacte que la précédente, à cause des variations de volume et de consistance que subit la paupière suivant les sujets. Pourtant, lorsqu'on a l'habitude de pratiquer la palpation par dessus la paupière, on arrive à une exactitude bien suffisante pour la pratique ; on peut réserver alors la palpation directe pour les cas douteux ou pour ceux dans lesquels la paupière est déformée.

On peut prendre comme terme de comparaison l'œil du côté opposé, quand il est sain ; mais il vaut mieux encore choisir son propre œil. C'est une comparaison qu'on ne doit jamais négliger.

Bowman, à Londres, a cherché combien de degrés distincts il pouvait reconnaitre, à l'aide de son toucher, dans la tension intra-oculaire. En comparant ses résultats avec ceux de ses confrères, il arriva à conclure qu'on pouvait distinguer trois degrés différents soit d'augmentation, soit de diminution de cette tension. Désignant alors par T la tension normale, il appela T + 1, T + 2, T + 3, les divers accroissements, T — 1, T — 2, T — 3 les différentes diminutions appréciables de la tension de l'œil.

Pour mesurer d'une manière rigoureuse la pression intra-oculaire, on a construit divers instruments appelés *tonomètres*. Ils sont dûs pour la plupart à l'Ecole d'Utrecht, qui s'est surtout occupée de cette question. Ces instruments plus ou moins parfaits, ont pour principe, soit de mesurer la force nécessaire pour produire une dépression d'une profondeur donnée dans le globe oculaire, soit de déterminer la profondeur de la dépression produite sur le globe en employant une force donnée. Mais tous négligent plus ou moins la *forme* de la dépression, qui varie évidemment beaucoup suivant le degré de la tension de l'œil, mais aussi suivant la résistance de la sclérotique. En somme, les instruments en question n'ont pas trouvé une application pratique aussi étendue qu'on pouvait attendre. Je me dispense donc de vous les décrire, et je me bornerai à vous indiquer le principe d'un tonomètre de Snellen, qui, réunissant les avantages de ces instruments, remplit toutes les conditions nécessaires pour une mensuration exacte.

Le tonomètre de Snellen se compose de trois tiges métalliques placées côte à côte dans un tube, deux latérales parfaitement mobiles, une troisième centrale en rapport avec un ressort dont on règle la force à volonté. Les deux premières forment un vernier avec la tige centrale, pour indiquer exactement de combien celle-ci dépasse les autres.

Avant d'employer l'instrument, on donne au ressort la force voulue, puis on applique sur le globe, vers son centre, l'extrémité libre des trois tiges. On exerce alors une pression, et, au moment où celle-ci atteint la force voulue un échappement arrête le ressort et fixe les tiges dans leur position relative (1). On a ainsi en même temps que la force de la pression, la profondeur et la forme de la dépression faite sur le globe. La forme de cette dépression peut être déterminée d'une façon encore plus rigoureuse en donnant successivement aux tiges divers degrés d'écartement.

Dans une réunion de médecins à Utrecht, j'ai moi-même proposé de construire un tonomètre d'après le principe suivant :

Prendre une boule compressible, de la grosseur de l'œil et communiquant avec un petit récipient que l'on remplit d'eau ainsi que la boule. Appliquer cette boule contre l'œil de manière à ce que celui-ci la déprime d'une certaine quantité, puis augmenter, à l'aide d'un moyen quelconque, poids ou ressort, la pression de la boule jusqu'à ce que celle-ci ait recouvré sa forme première ; sa tension serait alors égale à celle de l'œil. Ce moment serait indiqué par le retour de l'eau contenue dans la boule au niveau de celle du récipient. La force qu'on aurait fait agir sur la boule pour lui rendre sa forme représenterait ainsi la tension intra-oculaire.

Je n'ai pas poursuivi la réalisation de cette idée, mais je vous la livre et je pense qu'on arriverait en partant de ce principe à créer un bon tonomètre.

En pratique, il est vrai, il suffit presque toujours de doigts exercés, pour apprécier la tension intra-oculaire ; mais qui sait, si avec des moyens de mensuration perfectionnés, on n'obtiendrait pas sur ce point de nouvelles indications précieuses pour le diagnostic et la thérapeutique ? En tout cas la physiologie réclame un tonomètre précis qui puisse remplacer, sans exiger de lésion oculaire, le manomètre que l'expérimentateur est obligé de faire communiquer avec la chambre antérieure pour déterminer le pression intérieure de l'œil.

Parmi les maladies dans lesquelles on observe surtout une augmentation de la tension intra-oculaire, mentionnons en premier lieu le glaucôme, dont ce phénomène forme, comme nous l'avons dit précédemment, le principal symptôme. C'est cet excès de pression qui produit le trouble de la cornée, la dilatation de la pupille, la pulsation des veines et souvent des artères rétiniennes, mais avant tout, l'excavation de la papille et la compression des fibres nerveuses, d'où le rétrécissement progressif du champ visuel et enfin l'amaurose de l'œil. Vous savez qu'une iridectomie large et périphérique arrête presque à coup sûr la marche de la maladie.

La tension intra-oculaire peut encore être augmentée par des tumeurs soit développées dans l'intérieur de l'œil, soit le comprimant extérieurement. On observe, par contre, un abaissement de la tension quand les membranes de l'œil sont amincies ou percées en quelque endroit, et qu'il y a phthisie du globe oculaire.

Le décollement de la rétine est presque toujours accompagné d'une diminution de la tension intra-oculaire. Le même fait se produit à peu près constamment dans la paralysie du rameau ophthalmique de la 5e paire. On le rencontre encore dans les cas de cyclite, où il devient un symp-

(1) Weber.

[illegible] : il indique alors soit l'approche d'une exacerbation de la maladie, soit [illegible] de l'inflammation sympathique de l'autre œil. Voici pourquoi : pendant que la pression intra-oculaire est augmentée, les nerfs ciliaires sont plus ou moins comprimés à leur entrée dans la sclérotique et une propagation de la maladie par ces nerfs est moins possible ; quand, au contraire, la tension diminue, les nerfs ciliaires recouvrent leur conductibilité, et avec elle revient le danger de l'inflammation sympathique.

(*A suivre.*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. CHARCOT.

XIIIe LEÇON. — **De la lithiase biliaire** (*suite*) (1).

(Résumé de la leçon du 12 mai.)

Messieurs,

Je me propose d'indiquer dans la première partie de cette leçon les faits qu'il nous est indispensable de connaître relativement à la constitution chimique des calculs biliaires. Seule, la connaissance de ces faits nous fournira les caractères propres à établir péremptoirement l'identité des calculs biliaires et nous permettra d'aborder le problème, fort difficile d'ailleurs, et insoluble encore sur la plupart des points, du mode de formation de ces concrétions.

[illegible] concrétions biliaires, ainsi que je vous l'ai fait remarquer déjà, sont formées, d'une façon très-générale, aux dépens des éléments de la bile. En réalité, la plupart des éléments qui composent normalement la bile se retrouvent dans un chaque calcul [illegible] ou groupe *composé*, dont, en somme, les spécimens sont les plus nombreux, les plus vulgaires. Toutefois, les proportions dans lesquelles se rencontrent ces éléments dans la bile se montrent en quelque sorte renversées dans le cas du calcul biliaire.

Ainsi, dans les calculs biliaires, c'est de beaucoup la *cholestérine* qui domine : elle y est souvent représentée par le chiffre de 70 à 80 pour 100, tandis que, dans la bile, au contraire, vous vous en souvenez, le taux de la cholestérine est comparativement très-minime. Dans cette circonstance, selon la remarque de Frerichs et de M. Ch. Robin, nous avons l'analogue de ce qui se passe dans les calculs urinaires en ce qui concerne l'acide urique. Cette dernière substance, qui existe en très-faible proportion dans l'urine, concourt cependant pour la plus grande part à la formation des calculs qui se constituent au sein du liquide urinaire.

Après la cholestérine, le *pigment biliaire* occupe la place la plus importante dans la composition des calculs biliaires. Pas un contraste frappant, les *acides biliaires*, dont le chiffre est [illegible] dans les analyses de la bile, ne [illegible] dans les [illegible] que pour une proportion très-minime. [illegible] pour les corps biliaires [illegible].

Si l'on [illegible] ce qui regarde les sels minéraux, la composition des calculs biliaires et celle de la bile, on voit qu'il y a encore, sous ce rapport, une sorte d'[illegible] singulières. Ainsi, dans la bile, [illegible] de potasse et de soude qui prédominent et cela à un degré [illegible] ; les sels de chaux ne s'y trouvent qu'en [illegible]. [illegible] consulter, à ce propos, [illegible] *des humeurs* de M. Ch. Robin (2e édition), [illegible] cette analyse [illegible] les sels [illegible] 5 gr. 12 à 7 gr. 30 [illegible] ment entre [illegible].

Par opposition, dans les calculs biliaires, la chaux [illegible] vous allez le constater, [illegible]. Les sels alcalins, eux, ne s'y rencontrent que dans des proportions vraiment insignifiantes. Ce dernier fait est fort intéressant au point de vue de [illegible] du mode de formation des calculs biliaires.

Il n'est guère douteux, en effet, que la [illegible] de la chaux, soit avec les acides biliaires, soit surtout avec le pigment biliaire. — [illegible] — ne joue un rôle important dans les premiers phénomènes de la solidification des éléments de la bile. Il serait donc utile de rechercher d'où vient l'excès de cette base signalé dans les calculs. S'agit-il d'un vice dans la composition de la bile par excès absolu ou relatif des sels de chaux, ou, au contraire, ces sels sont-ils un produit de sécrétion de la muqueuse de la vésicule ? Nous verrons que l'une des théories, émises sur la formation des calculs, s'appuie sur la première hypothèse, lorsque d'autres théories invoquent la seconde.

Nous n'avons tenu compte dans cette énumération que des substances qui font partie de la bile normale ou des dérivés de ces substances. Dans la constitution des calculs biliaires, il peut entrer des principes absolument étrangers à la composition de la bile. C'est là, d'ailleurs, une intervention assez rare et, en somme, assez accessoire.

Quoi qu'il en soit, vous connaissez maintenant, Messieurs, les caractères les plus généraux de la constitution chimique des calculs biliaires. Mais, nous ne saurions nous arrêter à cet aperçu sommaire ; nous devons entrer, à ce sujet, dans quelques détails circonstanciés.

B. Nous commencerons par l'examen de la part qui revient aux acides biliaires. On les rencontre dans presque tous les calculs biliaires, mais toujours, je le répète, en assez faible proportion. Jamais ils n'y prennent une place considérable. En revanche, chez le bœuf, ils se montrent souvent en assez forte proportion tandis que, parfois, la cholestérine fait le plus souvent complétement défaut.

Dans les calculs biliaires, les acides biliaires se présentent tantôt combinés aux alcalins et solubles dans l'eau, tantôt sous forme de sels calcaires difficilement solubles dans l'eau mais, au contraire, solubles dans l'alcool. On les obtient par la solution alcoolique, sous l'aspect de conglomérats brillants, rappelant ceux de la leucine ; tel est le cas du glyco-cholate de chaux ; ou bien sous l'aspect de cristaux. Le cholate de chaux, par exemple, qui se montre quelquefois en quantité relativement considérable (surtout chez les ruminants), forme des couches blanchâtres, paraissant en dehors de toute préparation, composées de petites aiguilles à deux pointes, longues et fréquemment plus ou moins recourbées vers le milieu (1). Dans les solutions alcooliques, ce sel s'offre sous l'apparence de petits cristaux [illegible].

Tout récemment, dans la bile d'un brun foncé que contenait la vésicule biliaire d'une femme de la Salpêtrière, nous avons observé à l'aide du microscope, de très-nombreuses aiguilles à deux pointes, longues et recourbées par le milieu, répondant à la description de Frerichs. Cette bile renfermait, en outre, une énorme quantité de tablettes de cholestérine. Un calcul, du volume d'une petite noix, logé dans cette vésicule, était composé ainsi qu'il suit : un noyau semblant constitué principalement par de la matière colorante ; une zone moyenne composée de cholestérine disposée en pyramides radiées et légèrement colorées en jaune ; une écorce noirâtre, épaisse de plusieurs millimètres, qui a paru formée d'une agglomération de masses pigmentaires, de cristaux rhomboédriques de cholestérine, et, pour une assez forte part, de ces cristaux en aiguille de cholate de chaux que nous avons vu flottants dans la bile.

C. Dans les calculs biliaires de l'homme, la cholestérine fait bien rarement défaut, tandis qu'elle peut manquer dans les calculs du bœuf. Elle entre même, et cette assertion est vraie dans la règle, pour la proportion la plus forte dans la composition des calculs humains. Ce fait est nettement mis en relief par les analyses de M. Ritter. Ce chimiste a analysé [illegible] calculs biliaires provenant de l'homme. Dans trois d'entre eux seulement, on note qu'il n'y avait que des traces de cholestérine [illegible] elle était absente. Cette substance, dans [illegible], s'élevait à 64-98 pour cent.

La cholestérine, dans les calculs biliaires, se montre d'ordinaire sous la forme cristalline. C'est à cette circonstance en [illegible] que les calculs biliaires doivent la structure radiée [illegible] qui les caractérisent physiquement. La cholestérine se reconnaît sans peine au microscope à la forme des petits fragments [illegible] de la zone radiée du calcul. Elle se reconnaît aussi, quand cela devient nécessaire, par les réactions diverses qui lui sont propres et que je vous ai indiquées ailleurs. Si la cholestérine est pure, les pyramides cristallines sont blanches, transparentes et miroitantes. Elles ont quelquefois une coloration jaune qui tient à l'interposition de granules de couleur orangée qui recouvrent çà et là la surface des tablettes cristallines : l'examen microscopique décèle bien cette particularité (Ch. Robin).

Il y a des calculs sans noyau et sans écorce qui sont, pour ainsi dire, exclusivement composés de cholestérine cristallisée, par exemple certains calculs solitaires des vieillards. Mais le plus communément la cholestérine cristalline constitue la zone radiée moyenne. Il existe un noyau et une écorce, com-

(1) Voir les [illegible].

(1) Frerichs, [illegible], p. [illegible], pl. 148, édition française.

passée par de la matière pigmentaire libre ou le plus souvent combinée à la chaux.

La cholestérine amorphe, plus ou moins mélangée avec la matière colorante pigmentaire, forme quelquefois des calculs entiers ou plus fréquemment certaines couches de l'écorce de quelques calculs.

D. La matière colorante de la bile entre dans la constitution de la majorité des calculs. Toutefois, il est rare qu'elle en forme la plus grande partie. En général, c'est dans le noyau et dans l'écorce qu'on la trouve en quantité assez notable. Elle se présente : 1° sous la forme de bilirubine pure, soluble dans le chloroforme et pouvant se déposer en cristaux par l'évaporation ; 2° le plus souvent, la matière pigmentaire se combine avec la chaux. Le produit s'observe alors sous l'aspect d'une poudre jaunâtre, rouge-brun, insoluble dans le chloroforme, mais soluble dans les solutions alcalines faibles, portées à l'ébullition. Il vaut mieux, suivant la remarque de Frerichs, employer comme dissolvant un mélange d'acide chlorhydrique et le chloroforme. L'acide s'empare de la chaux et le chloroforme dissout la bilirubine (Frerichs). Dans cette combinaison calcaire, qui a été pour la première fois constatée par Bramson, la bilirubine parait se comporter comme un acide faible. Si on mélange une solution ammoniacale de bilirubine avec le chlorure de calcium, on observe un véritable sel calcaire (1). C'est vraisemblablement ce sel qui existe dans les calculs biliaires. On a trouvé aussi, dans certains calculs, une combinaison de biliverdine avec la chaux semblable à celle que forme la bilirubine avec cette base.

Les calculs, assez rares du reste, où prédomine partout la bilirubine combinée à la chaux offrent à la coupe une coloration brun-rouge, plus ou moins uniformément répandue. Ils ont une coloration verte s'il s'agit d'une combinaison calcaire de biliverdine. Les calculs de ce genre sont petits, rameux, lamelleux ; la couleur jaune ou verte y est souvent interrompue par des zones blanchâtres de cholestérine. En général, la couleur brune ou verte, due à la présence du pigment biliaire, est particulière à l'écorce et au noyau des calculs.

E. Je ne dirai rien des *acides gras libres*, et du *margarate de chaux* qui, chez l'homme, n'entrent qu'en assez faible proportion dans la composition des calculs biliaires ; mais, je crois devoir donner quelques renseignements sur les substances inorganiques que ceux-ci renferment.

a) Certains métaux, comme le fer et le cuivre qui figurent dans la composition normale de la bile, se retrouvent aussi, en règle générale, dans les calculs biliaires. Il est remarquable, par contre, que certains métaux ou métalloïdes qui, dans les conditions pathologiques, parviennent dans la bile, comme l'antimoine, l'arsenic, le plomb n'aient jamais figuré dans les éléments d'une concrétion biliaire. Le mercure, à l'état métallique, a été rencontré par Frerichs dans un calcul biliaire. Beigel a fait, en 1858, une observation analogue. Dans ces cas, on n'aurait eu aucun renseignement sur les sujets d'où provenaient les calculs. Il n'en a pas été de même dans le cas de Lacarterie (2). Le malade avait été soumis à l'usage des frictions mercurielles. Par la fusion du noyau d'un calcul, on obtint un globule de mercure.

b) Ainsi que nous l'avons fait remarquer en commençant, les sels de potasse et de soude existent dans les calculs en proportion insignifiante, tandis que les sels de chaux s'y trouvent en assez forte proportion, d'une façon presque constante. La chaux se rencontre dans les cholélithes à l'état de carbonate surtout ou combiné soit avec les acides biliaires, soit avec les acides gras, ou enfin avec le pigment. C'est une question de savoir, nous l'avons déjà dit, d'où vient cette chaux. Il paraît évident que, dans certains cas, au moins, elle est un produit de sécrétion de la muqueuse de la vésicule. Le mucus, principalement dans les cas d'irritation, semble contenir de fortes proportions de sels calcaires. Cruveilhier, depuis longtemps, a insisté sur ce fait que, dans certaines conditions, la cavité de la vésicule est remplie de sels de chaux (3). En pareille circonstance, la cavité de la vésicule, par suite de l'oblitération du canal cystique, est séparé du reste des voies biliaires. Le calcul étudié par Bailly et Henry doit être considéré, lui aussi, comme un produit de la sécrétion de la muqueuse et non, à proprement parler, comme une concrétion biliaire (4).

(1) Gautier, *loc. cit.*, t. II, p. 109.
(2) *Gazette méd. de Paris*, 1827.
(3) *Traité d'anatomie pathologique*, T. II, p. 190.
(4) Ch. Robin, *loc. cit.*, p. 360. Voici l'analyse de ce calcul : carbonate de chaux, 70,72 ; phosphate de chaux, 13,51 ; oxyde de fer, 2,98 ; mucus et traces de matières colorantes biliaires, 10,81.

F. La chaux qui, d'après ce qui précède, entre dans la composition normale des calculs biliaires est en quelque sorte un élément étranger à la bile. Il en est de même du mucus et de l'épithélium qui, fréquemment, se trouvent aussi dans les calculs biliaires. Il n'est pas exceptionnel, par exemple, de trouver dans le noyau, après la séparation des matières solubles, les cellules épithéliales ratatinées.

Il est vraisemblable que les amas épithéliaux et les grumeaux de mucus concret jouent quelquefois le rôle de centre de formation des calculs biliaires. Et l'on comprend par là que le catarrhe des voies biliaires, et en particulier celui de la vésicule, puisse contribuer d'une façon plus ou moins directe au développement de la lithiase biliaire.

G. Ces considérations sur la composition en quelque sorte normale des cholélithes suffiront, je pense, pour vous édifier. Je vais maintenant vous dire un mot des modifications chimiques les plus intéressantes que ces concrétions subissent lorsque leur migration s'effectuant par des voies non naturelles, elles séjournent plus ou moins longtemps dans diverses cavités de l'organisme étrangères à l'appareil biliaire.

a) L'acide urique a été trouvé par Frerichs et par Stockard dans des calculs biliaires de provenance douteuse. Il est démontré aujourd'hui qu'un calcul biliaire qui a séjourné dans les voies urinaires, ainsi qu'il en existe des exemples, peut contenir de l'acide urique. C'est ce que met hors de doute le fait publié récemment par M. Guttenbock (1). Il s'agit, dans ce cas, de plusieurs calculs ou fragments de calculs, qu'une femme de 56 ans a rendus par l'urèthre. Ces calculs avaient la disposition radiée, cristalline, propre aux concrétions biliaires. D'ailleurs, l'analyse pratiquée successivement par Schultze et par Liebreich y avait fait reconnaître la présence de la cholestérine, de sels calcaires et de matière colorante de la bile ; mais, de plus, ces calculs étaient, à la surface, encroûtés d'acide urique. Je n'insiste pas, pour le moment, sur les diverses questions que soulève la présence des calculs de cholestérine dans les voies urinaires ; c'est là un sujet que nous devrons examiner plus tard.

b) Lorsqu'un calcul biliaire a séjourné dans l'intestin, il peut, ainsi que l'a montré, en 1808, Rubini de Vérone (2), se recouvrir de substances étrangères à sa composition primitive, à savoir de phosphate de chaux et de magnésie et de carbonate de chaux. Il est probable qu'un séjour prolongé du calcul dans l'intestin est nécessaire pour qu'une couche de ces substances puisse se déposer à sa périphérie.

Voici une concrétion biliaire dont le volume, égal à celui d'une très grosse amande, est tel qu'elle a dû sortir de la vésicule par une communication fistuleuse, cystico colique vraisemblablement, et demeurer quelque temps dans l'intestin. L'écorce du calcul — qui m'a été confié par M. Lécorché — malgré quelques apparences contraires, est exclusivement composée de cholestérine pure, sans traces de substances calcaires. J'aurai l'occasion de vous parler de nouveau de ce calcul et de l'intéressante observation qui le concerne, à propos de l'issue des concrétions biliaires par la voie des fistules biliaires.

c) Il me reste à vous entretenir des théories qui ont été proposées pour expliquer le mode de formation des concrétions biliaires dans la vésicule. Après les détails que je vous ai donnés, chemin faisant, sur ce côté de l'histoire de la lithiase biliaire, de longs développements sont, je crois, devenus inutiles. Vous trouverez, du reste, un exposé critique très-réussi de ces théories dans l'article *Voies biliaires* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, signé Barth et Besnier. Le court mais substantiel paragraphe que Frerichs consacre à l'étude de cette question mérite surtout d'être consulté. La théorie à laquelle cet auteur semble se rattacher me paraît plus que les autres s'appliquer sans trop de difficulté à l'interprétation des cas ordinaires. Voici, très-sommairement, en quoi elle consiste.

Le ralentissement du cours de la bile dans la vésicule semble être une condition indispensable à la formation des concrétions cystiques. Elle a pour résultat une altération dans la constitution chimique de la bile. Celle-ci devient acide, en même temps qu'elle prend une coloration verdâtre suivant la remarque ancienne de H. Meckel.

Pourquoi cette acidité ? Frerichs ne se prononce pas à ce sujet. Il admet seulement avec Meckel, que cette modification est favorisée singulièrement par l'existence d'une inflammation

(1) *Gallenstein concremente im der Harnblase.* (In *Virchow's Archiv*, 1876).
(2) Thudicum, *loc. cit.*, p. 199.

catarrhale de la muqueuse cystique. Meckel croit même cette condition nécessaire. Il se produirait une espèce de fermentation acide en présence du mucus sécrété dans des conditions pathologiques. L'acidité de la bile, d'après Gerup Besanez et Thudicum est un des premiers phénomènes qui s'observent dans la putréfaction de ce liquide.

L'acidité de la bile a pour conséquence le dédoublement des sels biliaires. Or, ces sels tiennent en dissolution la cholestérine et la bilirubine; ces substances, après la destruction des sels biliaires, doivent donc se précipiter.

La cholestérine se dépose sous forme cristalline; la bilirubine soit sous forme cristalline, soit combinée à la chaux. Cette dernière combinaison qui joue un rôle important dans la formation des concrétions. est favorisée par cette circonstance que la chaux existe en grande abondance dans le produit des sécrétions de la membrane muqueuse enflammée de la vésicule du fiel. On comprend facilement qu'un excès de chaux dans la bile puisse conduire au même résultat.

Quant aux produits de la décomposition des sels biliaires, ils se déposent en grande partie sous forme de sels de chaux (glycocholate et cholate de chaux).

Les combinaisons de chaux et de pigment sont peu solubles et elles pourront constituer le noyau d'une concrétion surtout s'il y a des plaques épithéliales ou des grumeaux de mucus capables de jouer le rôle de centre d'attraction. La cholestérine se déposera ensuite autour du noyau de matière pigmentaire. Les dépôts de cholestérine seront d'autant plus abondants que cette substance existera en plus forte proportion dans la bile — c'est ce qui peut survenir chez les vieillards, par exemple, qui, d'après quelques auteurs, auraient un excès de cholestérine dans le sang.

On trouve les concrétions, pour ainsi dire, à l'état embryonnaire, en voie de formation, dans certains cas où la bile a été longtemps retenue dans la vésicule. En pareil cas, on découvre dans la bile acide, épaisse et verdâtre, des grumeaux de mucus pigmenté, le pigment biliaire lui-même déposé sous forme cristalline ou en masses amorphes, des cristaux de cholestérine, quelquefois agglomérés déjà autour des concrétions muqueuses, des gouttelettes transparentes de résine biliaire ou des aiguilles recourbées de cholate de chaux, enfin, du carbonate de chaux en cristaux bacillaires.

Ces produits se rencontrent surtout dans la bile que renferme la vésicule lorsqu'elle contient déjà des concrétions biliaires. On conçoit aisément que ces concrétions rudimentaires ne pourront devenir de véritables calculs que si la bile n'étant pas trop souvent renouvelée, elles trouvent dans la vésicule des conditions de stabilité nécessaires. D'un côté, elles ne doivent pas être entraînées prématurément vers l'intestin par un courant trop rapide s'effectuant de la vésicule vers l'orifice cholédoque. Mais, d'un autre côté, la stase biliaire ne doit pas non plus être absolue, parce qu'il faut que la bile, se renouvelant de temps à autre, apporte de nouveaux matériaux nécessaires à la formation de couches successives. Des modifications survenant à différents moments dans la composition du produit de sécrétion biliaire, pourraient expliquer les diversités de constitution que présentent les couches successives d'un même calcul.

Je ne veux pas m'étendre plus longuement, Messieurs, sur un sujet dans lequel l'hypothèse se dresse à chaque pas et dont la portée pratique n'est pas encore bien manifeste. Dans la prochaine séance, nous étudierons les diverses phases de la migration des concrétions biliaires cystiques par les voies naturelles, puis les accidents qui les signalent. J'insisterai plus spécialement sur la physiologie pathologique de la colique hépatique. *(A suivre.)*

La crémation a Milan. — *Crémation du corps de Madame Pozzi.* Le 24 avril dernier a eu lieu dans le cimetière monumentale de Milan, la crémation de la dépouille mortelle de Mme Pozzi-Locatelli, au moyen de l'urne crématoire que les généreux héritiers Keller ont cédé en toute propriété au municipe de la ville. En attendant l'autorisation ministérielle préalable, le corps avait été parfaitement conservé depuis 5 mois, par l'injection d'une solution antizymotique et volatile (mélange d'alcool, d'acide phénique, d'acétate de soude et d'acide arsénieux en petite dose. L'opération qui s'est exécutée dans l'appareil à gaz Polli-Clericetti, a duré deux heures et demie; il n'est parti de la haute cheminée, où venaient aboutir les produits de la distillation du charbon fossile et de l'urne crématoire, qu'une vapeur aqueuse mélangée à un peu de fumée, ne répandant à l'entour aucune odeur désagréable. L'incinération a été complète, et malgré le volume extraordinaire des os du bassin tout a été réduit en une poussière, amas de principes minéraux et carbonnés, inaltérables à l'air), religieusement recueillie dans une urne funéraire. Le corps pesait environ 50 kilogrammes, le poids du résidu obtenu par la calcination n'était que de 3 kilog. 60.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Projet de reconstruction de la Clinique d'accouchements.

Au nombre des questions soumises actuellement au Conseil municipal de Paris, l'une des plus importantes et en même temps des plus intéressantes pour nos lecteurs, est assurément celle de la Faculté de médecine. Les réformes projetées comprennent : 1° l'agrandissement de l'Ecole de médecine, qui occupera tout le terrain compris entre la rue Hautefeuille, le boulevard Saint-Germain et la rue de l'Ecole de médecine; 2° l'agrandissement de l'Ecole pratique, qui nécessitera, entre autres, l'expropriation des maisons occupées par les librairies de M. Germer-Baillière et de M. G. Masson; 3° la reconstruction de la Clinique chirurgicale et de la Clinique d'accouchements.

Dans sa séance du 20 juin, le Conseil municipal a entendu le rapport de notre ami M. le Dr P. Dubois, *Sur la construction de la nouvelle Clinique d'accouchements.* L'impression de ce rapport ayant été demandée, la discussion a été renvoyée à la séance du 24 juin.

M. Delpech s'est appliqué tout d'abord à faire ressortir le danger des Maternités telles qu'elles existent aujourd'hui. S'appuyant sur des chiffres nombreux, il montre que ce mode d'assistance est condamné par tous les médecins qui se sont occupés de cette partie de l'organisation hospitalière. Mieux vaudrait donc ne pas construire de semblables établissements. Malheureusement certaines conditions les rendent encore nécessaires. Il est, en effet, des femmes enceintes qui, n'ayant pas de domicile à proprement parler, sont obligées de recourir à l'assistance hospitalière. D'autre part, l'enseignement a ses exigences. Acceptant en quelque sorte malgré lui, la création de la Clinique d'accouchements, M. Delpech examine le projet de l'administration. Ce projet lui paraît inacceptable. Il insiste, par exemple, sur l'insuffisance de la ventilation, sur la mauvaise disposition de la salle d'autopsie, placée dans les bâtiments mêmes occupés par les femmes enceintes. En terminant, il demande le renvoi du projet à la Commission.

Avant d'exposer les raisons qui nous ont fait appuyer l'opinion de M. Delpech, nous croyons devoir jeter un coup d'œil rapide sur les statistiques relatives à la mortalité des femmes en couches.

« En 1853, écrit M. Lorain, sur 2567 femmes accouchées à la Maternité, j'en avais vu mourir 152, soit 1 sur 18. Assister à de pareils malheurs et se taire, c'est de la complicité. En 1869, à l'hôpital Saint-Antoine, sur 56 femmes accouchées pendant le mois d'octobre, 45 devinrent malades, proportion vraiment effrayante! A la même époque, il y a eu à la Maternité, d'après le rapport de M. Brouardel, sur 82 accouchements, 29 femmes atteintes d'accidents divers et transportées dans le service des femmes malades. Sur ces 29 femmes entrées à l'infirmerie, 7 sont mortes, une est sortie mourante, onze sont sorties guéries...... » (1).

D'après M. Tarnier, la mortalité a été, à la Maternité du boulevard Port-Royal, en 1856, de une femme sur 19 accouchées, tandis qu'elle n'avait été dans l'ancien XIIe arrondissement que de une sur 322 accouchées (2).

M. Le Fort nous apprend, dans son remarquable livre sur les Maternités, que sur 160.704 accouchements qui ont eu lieu de 1802 à 1862, à l'hôpital de la Maternité, il y a eu

(1) Lorain. — *L'Assistance publique*, 1871, p. 7.
(2) Tarnier. — *De la fièvre puerpérale*. Paris, 1858.

8.124 mortes, c'est-à-dire un décès sur 19 accouchées. Après avoir donné une série de renseignements du plus haut intérêt sur les Maternités des hôpitaux de Paris et des principales villes de France, sur les Maternités de la Grande-Bretagne, de la Russie, etc., M. Le Fort fait la récapitulation suivante :

« Ainsi, sur 888.312 femmes accouchées dans des Maternités ou dans des hôpitaux, 30.594 sont mortes. — Sur 934.781 accouchements opérés en ville, soit par des médecins appartenant à un service d'assistance publique ou privée et parmi la classe pauvre, soit dans la clientèle civile, 4.405 ont été suivis de mort. — La mortalité a été dans le premier cas, de une femme sur 29 accouchées; elle n'a été dans le second cas, que de une femme sur 312. (1) »

Le danger auquel les Maternités exposent les femmes en couches, ressort avec une évidence tellement effrayante de ces statistiques, que nous ne croyons pas devoir insister davantage (2).

Abordant à notre tour l'examen du projet, nous avons insisté sur les points suivants. L'enseignement a ses nécessités, mais elles doivent être subordonnées à l'intérêt supérieur des femmes en couches : c'est, d'ailleurs, à ce point de vue, que se sont placés tous les médecins qui ont traité cette question. Les maternités actuelles était reconnues dangereuses, comment faire l'enseignement clinique, c'est-à-dire pratique, des accouchements ?

Les femmes en couches peuvent être divisées en deux classes principales. — La première comprend les femmes dont l'accouchement s'annonce comme devant être naturel. Ces femmes, qui, aujourd'hui, sollicitant le secours des bureaux de bienfaisance, sont accouchées par les sages-femmes, pourraient être accouchées par les étudiants en médecine qui ont passé leur 4e examen de doctorat et offrent, par conséquent, sous le rapport des connaissances médicales, plus de garanties que les sages-femmes. Ces étudiants, répartis par séries, devraient suivre la femme en couches depuis le début de l'accouchement jusqu'au rétablissement complet et seraient sous la surveillance du professeur de clinique, des agrégés de la section d'accouchements et du chef de clinique (3).

L'enseignement gagnerait à cette combinaison, car les étudiants en médecine se rendraient un compte exact des difficultés de la pratique. La société toute entière en tirerait des bénéfices sérieux parce qu'elle aurait des médecins plus instruits. Dans tous les cas, l'accouchement à domicile n'ayant pas les graves inconvénients de l'accouchement dans les hôpitaux, il y a là un argument péremptoire en faveur de l'organisation que nous proposons. L'expérience, du reste, indiquera les perfectionnements dont ce mode d'enseignement est susceptible.

Quant à la seconde classe de femmes enceintes, il comprend : 1° les femmes sans domicile, comme les domestiques, etc.; 2° et surtout celles dont l'accouchement se présente dans des conditions défectueuses (présentations anormales, vices de conformation, etc.). Pour elles, et pour elles seules, tant que les conditions des maternités ne seront pas changées, nous admettons la création d'une maternité. Car les opérations obstétricales, par leur gravité, les difficultés d'exécution dont elles sont entourées, seraient très-difficilement praticables chez la plupart des femmes assistées. Les cas de ce genre serviront de base à l'enseignement des grandes opérations chirurgicales.

Grâce à une semblable réforme, qui n'a rien de nouveau puisque la *policlinique* se fait dans d'autres pays et même en France par quelques professeurs libres, l'instruction des jeunes docteurs serait moins imparfaite et les femmes en couches seraient moins dangereusement assistées.

Ces réserves faites, et la justesse des observations de M. Delpech étant parfaitement reconnue, nous avons signalé quelques-uns des autres défauts du projet (1). A l'édifice dispendieux qu'on nous propose, nous aurions préféré des constructions légères, des espèces de châlets comme il en existe dans quelques hôpitaux de la Suisse, par exemple, pouvant être démolies sans pertes considérables si elles étaient, à un moment, reconnues insalubres. La *salle d'autopsie* est dans le sous-sol ; c'est à tort puisqu'il est reconnu par tous les médecins qui font ou ont fait sérieusement des autopsies que l'endroit où elles se pratiquent doit recevoir la lumière de tous les côtés. Nous doutons fort que le plus beau des sous-sols remplisse cette condition. — Le *musée* et l'*amphithéâtre* sont au premier étage ; enfin le *laboratoire* est situé au-dessus. D'où il suit que les pièces anatomiques se promèneront du sous-sol au premier, puis au second étage. Ne serait-il pas préférable de placer la salle d'autopsie, le musée, l'amphithéâtre et le laboratoire dans un corps de bâtiment isolé des bâtiments destinés à recevoir soit les femmes enceintes, soit les femmes en couches ? (2).

En supposant que tous les lits soient occupés, la clinique contiendrait 75 femmes. Eh bien, pour ce chiffre restreint il y aura un directeur et un économe, tous les deux logés; si l'on y ajoute, selon toute probabilité, les commis et les garçons de bureau, on aura un personnel administratif vraiment exagéré. Rien de plus simple que de réaliser sur ce chapitre des économies. Il suffirait, à cet effet, de mettre la clinique d'accouchements sous la dépendance administrative du directeur de la Maternité du boulevard Port-Royal, en ne conservant à la clinique qu'un employé secondaire.

Les critiques, adressées par M. Delpech et par nous au projet, ont été reconnues vraies et défendues par MM. Bonnet-Duverdier, Lauth, Levraud, Loiseau, Mitivier, etc., et, malgré les remarques de M. le Préfet et de M. le

(1) Le Fort. — *Des Maternités*. Paris, 18[illegible]. p. 31.

(2) M. U. Trélat a pubié une *Etude sur les maternités en 1867* qui mérite aussi d'être largement mise à coutribution.

(3) Rien n'empêcherait d'augmenter le nombre des chefs de clinique.

(1) La nouvelle clinique doit comprendre un sous-sol, un rez-de-chaussée et un premier étage. *Sous-sol* : cuisines, pharmacie, tisanerie, salles de bains, caves, *salle d'autopsie*, salle pour le dépôt des mortes, etc. *Rez-de-chaussée* : 1° salle pour une dizaine de nourrices ; 2° salle pour 20 femmes qui attendent le moment d'accoucher ; 3° salle à manger ; 4° préau couvert ; 5° une chapelle et une sacristie ; 6° des lingeries, vestiaires, salles d'attentes, vestibules ; 7° un petit logement de concierge, un appartement pour le directeur, un bureau pour l'administrateur, un logemeut pour l'économe *au-dessus* de l'appartement du directeur ; des escaliers, etc. *Premier étage* : 5 salles de chacune 8 lits ; un cabinet pour la surveillante ; un office ; une petite crèche ; une salle de dix lits pour des femmes non enceintes, atteintes d'affections spéciales aux femmes ; cinq chambres d'isolement à un seul lit ; une salle d'accouchements, un logement pour une des sages-femmes ; un autre *au-dessus*, pour la deuxième sage-femme; une salle pour le toucher, un *amphithéâtre*, un cabinet pour le professeur, un *musée* et, *au-dessus* du musée un *laboratoire d'histologie*. La superficie du terrain (de forme triangulaire) est de 3,000 mètres : la dépense du terrain est de 489,820 fr. ; celle des constructions est évaluée à 899,665 fr.

(2) On nous a dit qu'il restait une portion de terrain inutilisée, quant à présent, entre la clinique et le futur emplacement de l'école de pharmacie. S'il en était ainsi, on pourrait doter la clinique d'une cour plus convenable que celle qui est indiquée sur le projet.

Directeur des travaux, le renvoi à la Commission a été voté par le Conseil. Aussitôt la Commission s'est assemblée et a pris la décision suivante :

La 6e Commission réunie à la suite de la séance du 24 juin, touchant le projet de construction de la Clinique d'accouchements, est d'avis qu'il y a lieu de demander à l'administration de provoquer de la Faculté de médecine une délibération spéciale sur les plans soumis au Conseil, soit dans l'état présent, soit lorsque ces plans auront été modifiés sur sa demande.

Nous avons la conviction que le projet sera examiné avec la plus grande attention par les professeurs éminents qui composent la Faculté et qu'il sera modifié d'une façon sérieuse. Parmi eux, il en est qui ont étudié avec trop de soin la question des Maternités pour que notre espérance soit déçue.

BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 juin 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. LUYS fait remarquer que le carmin, qui colore très-bien les éléments nerveux, a l'inconvénient de ne pas être photogénique. Il propose de lui substituer, dans certains cas, une autre matière colorante, excellente pour les épreuves photographiques ; c'est une substance, dérivée de l'aniline. noire ou noir-bleu (noir Collin).

M. LUYS attire ensuite l'attention des anatomistes sur l'existence, dans certains cas, d'une circonvolution cérébrale supplémentaire, située parallèlement a la pariétale ascendante, et en arrière de celle-ci. Il l'a rencontrée chez deux femmes, mortes l'une à 80 ans, l'autre à 98 ans, sans avoir jamais éprouvé de troubles du côté des sens et de la motilité ou de l'intelligence. Du reste, cette circonvolution supplémentaire, qu'il a également trouvée sur plusieurs sujets, n'existe jamais que du côté gauche. Indique-t-elle un développement cérébral plus complet, c'est ce qu'il serait intéressant d'étudier en la recherchant dans d'autres cas analogues.

M. VIDAL continue ses recherches sur l'inoculabilité des affections cutanées : ses dernières expériences ont porté sur le pemphigus des nouveau-nés. En dehors du pemphigus syphilitique, M. Vidal en distingue deux espèces, l'une très-grave, qui porte sur les enfants atteints d'athrepsie, l'autre, d'un pronostic favorable, qui frappe les nouveau-nés, aussi bien ceux qui sont sains que ceux qui sont cachectiques. C'est cette dernière variété que M. Vidal a inoculée à un de ses élèves : 4 jours après la piqûre, une bulle de pemphigus très-nette apparaît : l'auto-inoculation même réussit et M. Vidal a pu arriver ainsi sur la même personne jusqu'à produire une bulle de 3e génération.

M. PONCET communique, au nom de M. *Berger*, médecin militaire, une observation fort intéressante. Il s'agit d'un enfant qui avait avalé un épi : quelque temps après, il se produisit une pneumonie, puis un abcès de la paroi thoracique postérieure. Un jour l'épi se présenta au niveau de l'ouverture de la fistule ; il fut aisément retiré et l'enfant guérit.

M. RENAUT fait remarquer que, dans tous les cas, par des phénomènes de cheminement analogues, toutes les graminées parviennent à sortir de l'organisme.

M. GELLÉ présente à la Société un appareil, tube interauriculaire, avec embouts fixés dans les pavillons des deux oreilles. Grâce à cet appareil, il a pu étudier les lois de la sensibilité acoustique. Il peut servir dans des cas difficiles d'auscultation, ou pour s'apercevoir d'une surdité simulée.

M. COUTY communique une observation curieuse de purpura hemorrhagica, recueillie dans le service de M. Villemin. Un enfant de troupe, âgé de 13 ans, d'une assez bonne santé d'ailleurs, présenta, du 19 mars au 11 juin, 19 éruptions de purpura. Pendant ou dans l'intervalle de ces poussées, se produisirent à 17 reprises différentes des accidents digestifs très-nets (vomissements et coliques), sous forme d'accès analogues à la colique saturnine. On nota en outre pendant quelque temps de l'œdème douloureux des poignets et des malléoles. Il ne se produisit pas d'hémorrhagies sur les muqueuses, à part une légère épistaxis et une hémorrhagie intestinale peu abondante. Pendant toute la maladie, l'état général resta satisfaisant. On trouve dans les auteurs quelques cas analogues à celui-ci, qu'il est difficile de rapporter aux variétés aujourd'hui indiquées de purpura.

M. PITRES fait part à la Société d'un fait d'hémianesthésie cérébrale.

L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 juin 1876. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

Suite de la discussion sur les causes du souffle utérin.

M. DEPAUL. Le point de départ de la discussion est un mémoire qui m'a été envoyé de Lyon et que j'ai publié dans les Archives de tocologie. M. Glénard, l'auteur du mémoire, a eu la prétention de substituer aux théories actuellement acceptées du souffle utérin, une théorie nouvelle qu'il nomme lui-même théorie épigastrique. Il est venu tout récemment à Paris faire dans le service de la clinique des démonstrations expérimentales. Malheureusement, il ne nous a pas convaincu, ni M. Bouillaud, qui a bien voulu assister aux expériences, ni moi.

L'histoire des bruits de souffle que l'on entend à l'auscultation des parois abdominales des femmes enceintes, n'est pas très-longue à faire. C'est en 1821 que M. de Kergaradec découvrit ce bruit de souffle ; il l'appela *pulsation utérine* et non pas *souffle placentaire*. C'est Delens qui, dans une note additionnelle du mémoire de M. de Kergaradec employa l'expression *souffle placentaire*. Monod adopta cette dénomination. Paul Dubois ensuite, se fondant sur un fait anatomique qui n'existe pas, à savoir la communication directe des artères, et des veines, créa la théorie utérine. J'adopte bien la théorie utérine, mais modifiée quant à l'explication anatomique du bruit de souffle. Vers 1831, M. Bouillaud crut trouver une certaine analogie entre le souffle utérin et d'autres souffles artériels qui se passent dans le ventre, et il rattacha le bruit de la grossesse à des souffles ayant leur siége ou leur point de départ dans les artères du petit bassin : iliaque primitive, iliaque interne, utérines, etc. Rien ne m'éloigne de cette théorie, je ne diffère que sur ce point, à savoir que je donne pour exceptionnels les faits admis par M. Bouillaud comme étant la règle. Jacquemin, Cazeaux, Barth et Roger ont tous adopté ma manière de voir : le souffle se passe dans l'utérus.

Le travail de M. Glénard se divise en trois parties : une première, anatomique : une seconde, physiologique ; une troisième, clinique. La dernière seule doit être discutée. A ce propos, j'ai reçu une lettre de M. Stolz, de Nancy, qui me dit avoir connaissance d'un travail Kiwisch, écrit en 1849, et contenant toute la théorie épigastrique de M. Glénard. Ce dernier auteur ne doit donc pas être considéré comme l'inventeur de la théorie susdite. Cette théorie du reste n'est pas acceptable parce que l'artère épigastrique a un trop petit calibre pour pouvoir être la cause du bruit de souffle énorme, perçu pendant la grossesse, parce que sa compression ne fait pas cesser le bruit de souffle (au moins sur les femmes parisiennes), quoi qu'en dise M. Glénard, parce que le bruit de souffle se manifeste en dehors de la zone de l'artère, et que souvent le bruit perçu est modifié dans son timbre, son intensité, sa nature, suivant les différentes femmes qu'on ausculte.

Si le souffle est dû à une compression artérielle, pourquoi le perçoit-on parfois à 3 mois 1/2 ou 4 mois de grossesse? à cette époque la matrice est trop petite pour comprimer quoi que ce soit. On le perçoit dans certains cas de tumeurs fibreuses de l'utérus. On le perçoit encore après l'accouchement. La théorie de M. Bouillaud ne peut pas cadrer avec ces faits. Il faut aussi rejeter l'opinion de M. Rapin (de Lausanne) qui place le souffle utérin dans une grosse artère du col, que l'on sent battre souvent au moment où le travail commence. Si l'on vient à comprimer cette artère, dit M. Rapin, le souffle utérin cesse immédiatement : cela ne peut être accepté. Je donnerai ma théorie dans une prochaine séance. — La lecture de M. Depaul

[illegible] 1/4, [illegible] en comité [illegible]. M.-L.

—

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du [illegible] février 1876. — Présidence de M. Charcot.

14. Sarcome de l'orbite. Exophthalmie; par Maurice L[illegible], interne des hôpitaux.

[illegible] ..., 12 ans, entre le 24 janvier 1876, à la Charité, service de M. le professeur Trélat, pour une tumeur de l'orbite. — Dans les premiers jours de septembre 1874, la mère de cet enfant s'aperçoit un matin que l'œil droit du jeune garçon était un peu plus gros que le gauche. En quelques jours, la paupière supérieure augmente notablement de volume; un médecin appelé à ce moment, examine l'enfant et constate l'existence d'une tumeur développée à la face interne de la paupière, de la grosseur d'une lentille, au dire de la mère. Deux mois après, malgré les différents traitements employés, la tumeur avait acquis le volume d'un œuf de pigeon. Elle distendait la paupière supérieure, comprimait le globe de l'œil. Le 2 décembre 1874, on en fit l'ablation : la paupière était conservée [illegible], et bientôt le globe de l'œil recouvrait tous ses mouvements. La cicatrisation avait été rapide, et dès janvier 1875, [illegible] se paupière presque aussi aisément que du [illegible].

Pendant toute l'année 1875, l'état général et local restait excellent, la guérison paraissait absolue, lorsque subitement, le [illegible] décembre 1875, de nouveaux accidents apparaissent, sans cause appréciable, sans que les jours précédents il y eût la moindre rougeur, la plus petite douleur dans l'œil, la paupière supérieure prend ce jour un volume considérable.

Des douleurs violentes intra et périorbitaires se montrent, douleurs paroxystiques que l'enfant compare à des coups d'aiguille enfoncés profondément; en trois ou quatre jours, la tuméfaction devient si considérable que la vue se trouble, l'œil [illegible] en avant par la tumeur qui progresse, commence à s'immobiliser, et la cornée devient blanchâtre. La vue [illegible] jour.

[illegible]. — La paupière supérieure du côté droit [illegible], [illegible] la trace d'une incision transversale qui a été pratiquée [illegible] de décembre et a donné issue à une [illegible] de sang. Elle est [illegible] soulevée, [illegible] une teinte [illegible]. Au-dessous de la paupière [illegible], on [illegible] de [illegible] à [illegible] centimètres, [illegible]

[illegible]

[illegible]

La [illegible] la plus [illegible] dans toute l'étendue de la paupière [illegible] par le [illegible], des douleurs [illegible] et profondes; la tumeur, [illegible] à travers la paupière supérieure [illegible] élastique, [illegible] des bosselures. L'œil est absolument immobile, et quand les différents mouvements de l'œil gauche se produisent, c'est à peine si la cornée [illegible] se déplace de 1 à 2 millimètres. Les douleurs spontanées sont peu vives et ne sont pas continuelles. Elles occupent la moitié droite du crâne, mais n'irradient pas dans la face; la pression sur les nerfs sus et sous orbitaires n'est pas douloureuse. Pas de battements dans la masse. Quelques nausées depuis plusieurs jours; pas de chute ni de perte de connaissance. L'air passe par les fosses nasales aussi aisément à droite qu'à gauche. Le voile du palais et l'arrière cavité des fosses nasales sont libres; pas de tuméfaction du maxillaire supérieur, ni de douleurs au niveau des sinus frontaux. L'état général est satisfaisant, pas d'antécédents diathésiques; le père et la mère se portent bien.

28 janvier la tumeur augmente rapidement de volume; tout mouvement du globe de l'œil est absolument impossible; légère tuméfaction de la paupière inférieure vers la commissure externe.

2 février. Enucléation de la tumeur orbitaire. Dès le début de l'opération, on constaste l'intégrité parfaite de la paupière supérieure soulevée seulement par les masses bourgeonnantes du néoplasme qui est intra-orbitaire. La cavité orbitaire est complètement vidée. On enfonce l'os planum de l'ethmoïde et l'on aperçoit les cellules ethmoïdales intactes.

Réflexions. Cette observation nous a paru digne d'être rapportée en detail : Nous signalerons 1° l'apparition rapide d'un néoplasme chez un jeune enfant de 10 ans. 2° l'ablation de la tumeur primitivement développée selon toute probabilité aux dépens de la conjonctive palpébrale. 3° une longue période de onze mois pendant lesquels la guérison paraît complète. 4° les accidents foudroyants causés par la tumeur récidivée déterminant en cinq jours la perte complète de la vision et le sphacèle de la cornée. Cette augmentation subite dans le volume de la tumeur peut être expliquée par les hémorrhagies qui se sont produites dans l'intérieur de l'orbite et dans l'épaisseur du néoplasme lui-même;

5° l'intégrité parfaite de la paupière supérieure, point de départ, si l'on en croit les renseignements, de la tumeur originelle, en sorte qu'on pourrait voir dans ce cas une récidive à distance d'une tumeur de la paupière supérieure.

Examen de la tumeur, par M. Poncet. — La tumeur énucléée de la cavité orbitaire présente le volume d'une grosse mandarine, elle est constituée par une subtance jaune grisâtre pâle, fort peu vasculaire, de consistance mollasse et rappelant exactement l'aspect, la densité, et la coloration même de l'encéphale d'un enfant nouveau-né. Sans forme bien limitée, s'affaissant sur la table, elle se trouve englober tous les organes intra-orbitaires. Sa situation par rapport au globe oculaire explique l'exophthamie considérable et la propulsion de cet organe en bas et en dedans, car elle occupait toute la cavité orbitaire et paraissait plus spécialement condensée vers la partie supérieure et externe de cette région.

Cette tumeur peu vasculaire par elle-même, se laissant facilement écraser par le doigt, se trouve cependant entourée par un certain nombre de petits foyers sanguins, hémorrhagies récentes, périphériques qui se prolongent d'ailleurs assez profondément dans l'épaisseur même du néoplasme. Le tissu cellulo-adipeux de l'orbite, qui a peut être eté le point de départ de la production néoplasique, se confond assez intimement avec le tissu mollasse et jaunâtre qui l'a envahi.

Les muscles moteurs de l'œil sont intacts et entourent la masse sans lui adhérer, mais en se laissant déborder par les bourgeonnements de la tumeur qui paraissait si tendue dans la cavité orbitaire avant l'opération. Les nerfs moteurs oculaires et la branche ophthalmique de Willis se dissèquent facilement au milieu du néoplasme; de même pour les ramifications artérielles et veineuses qu'on peut suivre dans toute leur étendue.

Les parois osseuses, l'aponévrose orbito-oculaire, ni les paroi[illegible] n'étaient envahies, car on a pu voir après l'opération la cavité orbitaire vide et intacte; pour plus de sécurité on a ouvert les cellules ethmoïdales dans lesquelles on n'a trouvé aucun prolongement, non plus d'ailleurs que dans le sinus maxillaire dont la paroi supérieure était unie et très-lisse. La paupière supérieure qui aurait été, d'après le récit des parents du petit malade, le point de départ de tant d'accidents, n'adhérait pas à la tumeur sous jacente qui la refoulait en dehors.

La tumeur est un *myxo-sarcome de l'orbite* bien caractérisé, n'ayant pas envahi le globe oculaire. La sclérotique, la choroïde et la rétine ne sont pas dégénérées.

La papille est saillante et offre des dilatations variqueuses des fibres du nerf optique. Les autres parties du globe oculaire ne présentaient rien à noter.

Remarquons toutefois que l'on avait constaté avant l'opération l'opacité de la cornée, opacité progressive et rapide,

comme l'exophthalmie du reste, et rappelons qu'au moment de l'opération cette cornée se desquamait par lamelles et menaçait de se sphacéler dans toute son étendue.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 *juin* 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. TILLAUX dépose sur le bureau une note de M. Giraud (de Paris) sur le traitement du tétanos par l'emploi de l'éther à l'extérieur.

M. GUÉNIOT lit les conclusions relatives à la deuxième question de son travail : influence de la grossesse sur le traumatisme.

1° *Si l'on s'en rapporte aux faits publiés jusqu'à ce jour*, dans la très-grande généralité des cas, l'état de grossesse n'exerce sur le traumatisme aucune influence nuisible. — Ainsi, les contusions et les plaies, de même que les luxations et les fractures, ne déterminent pas, chez les femmes enceintes, une plus forte proportion de mortalité que chez les autres individus; de plus, la guérison des lésions s'effectue selon le mode habituel, et dans les limites de durée qui sont propres à chaque variété de traumatisme;

2° Cette règle, néanmoins, comporte les exceptions suivantes : *a*. Lorsque le traumatisme affecte la zone génitale, il peut se trouver soit ralenti ou compliqué dans sa marche, soit aggravé dans sa terminaison, par le fait même de la grossesse; — *b*. Il en est de même lorsque, la gestation ayant dépassé le troisième mois de son cours, le traumatisme intéresse les membres inférieurs ou une région qui est le siége d'une altération vasculaire; — Dans ces conditions (spécifiées en *a*. et *b*.), les complications ordinaires du traumatisme sont : l'hémorrhagie, l'angéioleucite, l'érysipèle, la gangrène et l'atonie ulcéreuse;

c. En ce qui concerne spécialement les fractures, quoique, pendant la grossesse, les cas de non-consolidation soient très-exceptionnels, cependant cette fonction ne peut être toujours exonérée d'une certaine influence dans le retard apporté à la formation ou à la solidité du cal;

d. Dans les cas de grossesse compliquée (surtout si la complication est de celles qui prédisposent à l'expulsion prématurée de l'œuf), les traumatismes, en déterminant la fausse couche, acquièrent parfois *indirectement* une gravité toute exceptionnelle; car alors, la femme se trouve exposée aux divers accidents qui appartiennent en propre à l'état de couches (métrorrhagie, métro-péritonite, phlébite utérine, etc.);

3° Quant à l'*état de couches*, contrairement à l'opinion reçue, il ne s'oppose le plus souvent, ni à la cicatrisation régulière des plaies, ni à la consolidation des fractures, pourvu que ces lésions soient *contemporaines de la grossesse* ou *de l'accouchement*. — Les exceptions à cette règle doivent être imputées, soit à la région spéciale (zone génitale) que le traumatisme a intéressée, soit au mouvement fébrile qui accompagne quelquefois la flux on des seins, soit surtout à une disposition morbide générale ou locale de la femme.

—Pour les traumatismes d'une *origine postérieure à la parturition*, ils paraissent offrir, au contraire, une gravité particulière, qui serait en rapport avec le trouble appporté à la régression physiologique des organes. De là, l'indication de différer, jusqu'à trois ou quatre mois au-delà de l'accouchement, la pratique des opérations non urgentes, qui doivent porter sur la zone génitale ou même sur les membres inférieurs.

4° On peut s'expliquer que la grossesse, malgré les modifications qu'elle imprime à l'économie, n'exerce généralement aucune action nuisible sur les traumatismes, en considérant :

a. Qu'il s'agit, dans les cas de grossesse *saine*, de modifications purement physiologiques, et non de modifications morbides, comme le sont celles de la scrofule, du diabète, de la syphilis, etc.; — *b*. Que l'une de ces modifications engendrées par la grossesse consiste dans l'existence d'une pléthore sanguine *massive* (pléthore par quantité) et que, par suite, l'hématose globulaire se trouve restreinte au degré qui exalte la force plastique, nécessaire à la réparation des tissus:

5° C'est à cette propriété *sarcogénique* de la grossesse qu'il convient d'attribuer l'accroissement rapide, pour ainsi dire suraigu, que prennent très-souvent, pedant la gestation, certaines tumeurs de nature non bénigne;

6° Enfin, comme conséquence de ce qui précède, il résulte que les plaies chirurgicales sont loin d'offrir, pendant la grossesse, la gravité qu'on leur suppose, et que, dans le cas de tumeur à développement brusque et menaçant, c'est à l'extirpation et à l'amputation que l'on doit avoir recours, plutôt qu'à l'accouchement provoqué.

M. VERNEUIL remercie M. Guéniot du travail dont il vient d'être donné lecture. Pourtant les réponses de M. Guéniot ne sont pas tout-à-fait satisfaisantes. Ce qu'il faut, c'est une statistique intégrale et non des faits épars. Les faits qui ont été apportés à la Société sont aussi des faits exceptionnels, et publiés surtout à titre de curiosités; rien n'est plus commun que les cas d'avortements consécutifs au traumatisme; c'est pour cela qu'on ne se donne plus la peine de les noter. On ne peut donc baser de conclusions sur un ensemble de faits en quelque sorte anormaux.

En outre, pour tirer des conclusions sérieuses, les 200 ou 300 observations de M. Guéniot ne sont pas suffisantes. Attendons les statistiques intégrales, négligeons les statistiques éparses. M. Verneuil remarque aussi chez M. Guéniot une tendance opiniâtre à innocenter le traumatisme vis-à-vis de la grossesse et la grossesse vis-à-vis du traumatisme. Relativement à ce dernier point, il faut pourtant tenir compte des conditions pyogéniques si manifestes dans l'état de gestation; et le phagédénisme et le processus sarcogénique ne sont-ils pas également des faits que tout le monde a constatés et qu'il faille prendre en considération? L'heure n'est donc pas venue de conclure; mais la question au moins aura été posée.

M. LEDENTU cite deux observations favorables aux conclusions de M. Guéniot.

M. POLAILLON, à son tour, ajoute quelques faits relatifs à la même question : un cas de plaie de la fesse, qui guérit par première intention; un cas de traumatisme de la région vulvaire, qui fut suivi d'un épanchement purulent dont la résorption se fit spontanément : une observation de phlegmon de la mamelle, dans laquelle on ne constata de suppuration qu'après l'accouchement; enfin, un cas de varices enflammées et non suppurées.

M. GUÉNIOT croit qu'il faut, en effet, rechercher des faits nouveaux ; mais, répondant aux objections de M. Verneuil, il persiste à considérer le traumatisme comme impuissant à produire la fausse couche. Il faut, en pareil cas, adopter l'idée d'une influence étrangère, telle qu'une maladie du fœtus ou de ses annexes.

M. TARNIER n'admet pas que la fausse couche consécutive à un traumatisme doive être attribuée à une affection *supposée* de l'œuf ou de l'utérus. Quant à ce qui est de l'irritabilité, il se déclare incapable de la différencier de la contractilité. On ne sait jamais au premier abord si un utérus est irritable, et ce n'est qu'après coup que M. Guéniot porte le diagnostic. — En ce qui concerne l'influence de la grossesse sur le traumatisme, il y a une chose incontestable: c'est que si l'on admet que, pendant la période de la gestation, les affections dites *médicales* présentent une gravité exceptionnelle (et la chose est reconnue de tout le monde), il n'y a pas de raison pour nier que les affections chirurgicales soient soumises à des conditions analogues. — Enfin, M. Tarnier donne à la zone génitale des limites beaucoup plus étendues que celles que M. Guéniot lui assigne, et il cite des observations à l'appui de sa manière de voir.

M. GUÉNIOT répond à M. Tarnier sur la question de l'irritabilité; il y a des utérus qui à trois ou quatre mois sont fort peu contractiles, mais qui sont très irritables; il y en a, au contraire, qui sont très-peu irritables au 7e ou au 8e mois, et qui, à cette époque, ne se contractent pas, quelques efforts qu'on fasse pour provoquer leur irritabilité.

M. FARABEUF présente les pièces anatomiques de deux cas de luxation du pouce en avant. E. BRISSAUD.

BIBLIOGRAPHIE

Entrée de l'air dans les veines; par le Dr L. COUTY. In-8 de 172 p. avec pl. — G. Masson, éditeur.

S'il est un sujet qui ait occupé l'attention des praticiens et des physiologistes, c'est à coup sûr celui qui fait l'objet de l'important travail de M. Couty. Après les travaux de Bichat, Magendie, Amussat, Legallois, MM. Bouillaud, Oré, Muron et Laborde (pour ne citer que les principaux), l'entrée de l'air dans les veines, soit accidentelle, soit provoquée, pouvait passer pour un fait connu et expliqué. — L'auteur de la thèse que nous analysons s'est chargé de présenter, sous un jour plus modeste et plus vrai, l'état de la question et a voulu contribuer pour sa part à la résoudre.

La première partie de ce travail comprend une longue et consciencieuse analyse des recherches antérieures; ces recherches, classées et discutées dans trois chapitres distincts

suivant l'ordre d'explication adopté par leurs auteurs, aboutissent à de nombreuses théories assez divergentes, mais pouvant se résumer ainsi : la mort, à la suite de l'entrée de l'air dans les veines, arrive, soit par le cerveau, soit par le cœur, soit par le poumon. Or, aucune de ces explications n'est suffisante, car aucune n'est basée sur l'analyse exacte et complète des accidents. La théorie de l'obstruction pulmonaire elle-même, si longtemps classique, est en contradiction, non-seulement avec les faits nouveaux consignés dans ce travail, mais avec des faits déjà notés par les précédents expérimentateurs.

Vient alors l'exposé des nombreuses expériences personnelles de l'auteur. Ces expériences ont été faites dans le laboratoire de pathologie expérimentale de M. le professeur Vulpian, sous la direction de MM. Carville et Bochefontaine, et dans des conditions aussi variées que possibles. Or, l'application des appareils enregistreurs à l'analyse des phénomènes circulatoires produits par l'injection d'air dans les veines, a permis à l'auteur de découvrir une constance remarquable dans la nature et la succession des accidents. Pour lui, dans tous les cas, il y a un trouble primitif et constant, c'est la chute de la tension artérielle, d'où la diminution et même l'arrêt de l'ondée aortique, plus ou moins rapide et complète suivant les conditions diverses de l'expérience. De ce fait, bien mis en lumière et pour la première fois par M. Couty, découlent des conséquences importantes, qui sont entièrement confirmées non-seulement par les expériences propres à l'auteur, mais par l'analyse rigoureuse des observations antérieures et des cas chirurgicaux. Ces conséquences peuvent se résumer en un mot : il existe entre les accidents, en apparence si divers, dus à l'entrée de l'air dans les veines, *une succession constante et nécessaire*; ces accidents sont plus ou moins graves *suivant la période à laquelle ils s'arrêtent*, et, d'une manière plus précise, *suivant le degré de l'arrêt circulatoire produit primitivement*. De là, quatre séries de symptômes, embrassant tous les cas possibles, les quatre séries sont reproduites schématiquement dans une des planches graphiques qui accompagnent l'ouvrage.

Comment expliquer maintenant ce trouble de l'ondée cardiaque d'où dérivent tous les accidents ? M. Couty invoque une raison toute physique, la substitution d'un gaz à un liquide dans le cœur droit, substitution qui change absolument les conditions mécaniques nécessaires à la propulsion du sang; elle a pour effet une distension *immédiate*, énorme, des cavités droites, d'où résulte une asystolie cardiaque spéciale par sa marche vraiment foudroyante.

Tels sont les principaux faits mis en lumière dans cette œuvre si complète, et si consciencieuse à tant d'égards.

Nous ne pouvons malheureusement pas entrer dans le détail de ce travail, dont nous ne ferons que mentionner les deux dernières parties destinées comme les autres, à être lues avec beaucoup d'intérêt. Dans l'une, M. Couty étudie les effets produits par la présence du gaz *dans le système artériel*, et fait ressortir bien des points nouveaux. L'autre est consacrée aux déductions thérapeutiques découlant du sujet. En un mot, ce travail est le plus complet qui ait été fait sur la question, et digne en tout point de l'école scientifique qui l'a inspiré.

A. Charpentier.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau, professées à l'hôpital Saint-Louis, par le Dr E. Guibout, chez G. Masson.

Ce sont les leçons qu'il fait depuis plusieurs années, dans son service de Saint-Louis, que M. Guibout a eu l'heureuse idée de réunir en un volume.

Dès les premières pages, l'auteur indique l'esprit du livre en montrant que, presque toutes les affections cutanées ne sont que l'écho de la constitution, la traduction des diathèses et la manifestation extérieure des maladies générales.

Cela fait, M. Guibout donne une description complète et minutieuse des lésions élémentaires, description d'autant plus importante que ces lésions mêmes serviront de base et de point de départ à la classification.

Ne pouvant entrer dans le détail des leçons qui suivent, nous dirons qu'elles sont consacrées à l'étude des affections de la peau prises isolément : psoriasis, eczéma, impétigo, etc.

Un chapitre particulièrement intéressant est celui dans lequel sont étudiés le pemphigus et l'herpétide maligne exfoliatrice. Dans la deuxième partie du livre les scrofulides et les syphilides, dans leurs diverses formes, sont envisagées en elles-mêmes d'abord, puis, mises en parallèle avec les autres affections de la peau.

La trente-sixième leçon est tout entière consacrée à la dermatologie de la région génitale de la femme : le lecteur trouvera là une foule d'aperçus originaux et pratiques sur les éruptions de la peau et de la muqueuse génitale qui, trop souvent, sont pour le médecin, la source de difficultés diagnostiques et de déboires thérapeutiques.

Dans les pages suivantes sont étudiées l'influence des maladies cutanées sur la santé générale, la pathologie comparée des membranes muqueuses et de la peau, puis la diathèse fibromateuse. Les deux derniers chapitres renferment de longs développements sur les traitements externe et interne des dermatoses, traitements qui ne sauraient être ni trop nombreux, ni trop étudiés quand on songe à la ténacité et au polymorphisme des affections cutanées.

Ces quelques lignes n'ont pas, bien entendu, la prétention de donner une analyse complète du livre, tout ce qu'elles désirent, c'est indiquer les idées générales de l'auteur, faire connaître le plan qu'il a suivi et montrer le cadre qu'il a rempli. Avons-nous besoin d'ajouter que chaque page est écrite dans ce style brillant et pittoresque que tout le monde connait ?

L. L.

VARIA

Assistance publique.

Depuis quelque temps on s'efforce, par de minutieuses précautions, d'éteindre la fièvre puerpérale; il est reconnu que souvent la contagion s'exerce par les pièces de la literie. Aussi avons-nous été étonnés d'apprendre qu'à l'hôpital des Cliniques, pendant une semaine, on a refait tous les matelas et cela justement sous les fenêtres du service d'accouchements. Ce petit fait met en relief d'une façon saisissante que, pour bien diriger un hôpital, les connaissances administratives ne suffisent pas.

Le choléra à Golwood.

Un télégramme de Calcutta est ainsi conçu : Golwood, petit village de 200 âmes, a été le théâtre de la plus effroyable invasion de choléra connue jusqu'à ce jour. Plus de la moitié de la population a été emportée en trois fois 24 heures. Le fléau fit son apparition le 24, à midi, et le lendemain, avant le lever du soleil, on comptait cinquante-sept décès. Le huit, tous les survivants avaient fui et s'étaient vu refuser un asile dans les villages environnants. La maladie se présentait avec une violence extrême, plusieurs cas ayant amené la mort dans vingt minutes. Dans ceux-ci, les symptômes habituels du choléra n'existaient pas, et dès le premier moment de l'attaque le corps devenait livide et se contractait dans des convulsions. Il n'y a pas de médecin résidant dans le village et les secours médicaux furent assez longtemps avant d'arriver. La cause apparente de la violence du fléau est due à l'absence complète de toute mesure sanitaire, les habitants vivant dans un état d'abjection inconcevable. Le choléra exerce cette année des ravages inaccoutumés, mais nulle part, des diverses parties de l'Inde qui sont désolées par l'épidémie, ces ravages n'approchent de ceux qui ont décimé Golwood. (*The British med. Journ.*)

Le Congrès pour la crémation.

Un Congrès pour la crémation des cadavres a été tenu à Dresde le 6 et le 7 juin, mais il a été peu suivi. Il n'y a jamais eu plus de 500 personnes à aucun moment de la discussion. Tous les gouvernements allemands sont opposés à la crémation, excepté celui de Saxe-Gotha. Celui de Saxe est tellement hostile au projet que l'on assure qu'il a refusé d'accepter plusieurs legs importants faits à des établissements de charité de Dresde par le professeur Eberhard, l'un des médecins éminents de cette ville, parce qu'il avait attaché à ces donations la condition que son corps serait brûlé dans une fournaise construite aux portes de Dresde par le sieur Siemens. Le corps du dr Richter, mort il y a trois semaines, a été embaumé et sera envoyé à Milan pour y être brûlé. (*The Lancet*, june 24 th.)

27. Potion tonique et ferrugineuse.

Aux chlorotiques M. le dr Le Diberder prescrit volontiers la potion suivante, assez facile à prendre et bien supportée :

Eau	200 grammes.
Extrait de gentiane..........	5 —
Teinture de gentiane.........	15 —
Tartrate-ferrico potassique......	10 —
Sirop simple ou d'écorce d'orange.	70 —
Acide citrique..............	50 —

Une cuillerée à bouche avant chaque repas. (*Lyon médical.*)

Enseignement médical libre.

C[illegible] PARTICULIER DE TECHNIQUE MICROSCOPIQUE. — M. le d[r] Latteux, sous-[illegible] du laboratoire d'histologie des cliniques, commencera un nouveau cours, [illegible] 3 juin à [illegible] heures.

Ce [illegible], essentiellement pratique, est destiné à me[illegible] de faire toutes les manipulations micrographiques, [illegible] les faits que présente [illegible] la pratique médicale. [illegible] exercés individuellement et [illegible] eux-mêmes toutes [illegible] (étude des tissus sains et pathologiques, montage et [illegible] des préparations, injections, etc.). Le cours aura lieu tous les jours [illegible] laboratoire des cliniques. — On s'inscrit chez le concierge de l'hôpital ou chez le d[r] Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de midi à 1 heure.

MORTALITÉ A PARIS. — Population, d'après le recensement de 1872 — 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant [illegible] juin 1876, [illegible] 796 décès, savoir : variole, 13; rougeole, 36; scarlatine, [illegible]; fièvre typhoïde, [illegible]; érysipèle, [illegible]; bronchite aiguë, 19; pneumonie, [illegible]; dysenterie, [illegible]; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 10; choléra [illegible]; angine couenneuse, 4; croup, 8; affections puerpérales, 7; autres affections [illegible]; affections chroniques, [illegible] dont [illegible] dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 43; causes accidentelles, 22.

MUSÉUM. — M. Claude Bernard, membre de l'Institut, professeur de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, a ouvert ce cours [illegible] juin 1876, à 10 h. 1/2, dans l'amphithéâtre d'anatomie [illegible].

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté du 21 [illegible] 1876, [illegible] clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris est [illegible]. Un délai de [illegible] jours, à partir [illegible], est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

C[illegible] L'AGRÉGAT. — *Questions [illegible]* : Anatomie : [illegible] — Physiologie : [illegible] — Pathologie chirurgicale : [illegible] fémur.

[illegible] — Par arrêté en date du 2[illegible] juin 1876, [illegible] à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie [illegible] 1877, pour un emploi de suppléant des chaires [illegible] janvier 1877, pour un emploi [illegible] des chaires de clinique et de pathologie externes et d'accouchements.

[illegible] SCIENTIFIQUES. — [illegible]

[illegible] — M. [illegible] juillet, à Caen, [illegible] Pont [illegible] au train de 8 h. pour Caen.

[illegible] SCIENTIFIQUE. — Un membre [illegible] décédé avait légué son corps [illegible] pour servir aux dissections [illegible]

[illegible] ASSISTANTS. — [illegible]

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. [illegible] à la Rochelle, M. le d[r] [illegible], candidat [illegible] a été élu conseiller général de la Charente-[illegible] contre M. [illegible], bonapartiste.

[illegible] — [illegible] levé [illegible] au [illegible] les devoirs de sa profession. Il y [illegible] Souvenirs [illegible] plus haut [illegible] (*The British medical Journal*, [illegible]).

[illegible] SUÉDOISE. — Parmi les [illegible] nous signalons [illegible] à fêter l'an[illegible] de sa fondation. C'est [illegible] qui sera [illegible].

[illegible] — L'exercice illégal de la [illegible] de l'autorité publique. En général ils se [illegible] est point le cas du curé de [illegible] l'exercice de la [illegible] a [illegible] Société [illegible] dépasse tout [illegible] entre [illegible] pas [illegible] est [illegible] toutes les pièces [illegible] été [illegible]. (*Lyon méd*[illegible].) Ce curé fait le pendant de la religieuse de la Charité de Lyon.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — *[illegible]sion, du 18 au 27 août 1876, à Clermont-Ferrand.* La date [illegible] du congrès a été fixée au 18 août. Le bureau s'est mis en relation directe avec les membres que l'association comptait déjà à Clermont-Ferrand, [illegible] sur leur proposition a présenté au Conseil d'administration la liste des personnes devant constituer le comité local. Le bureau est ainsi composé : MM. Bardoux, président du Conseil général du Puy-de-Dôme, ancien sous-secrétaire d'état, président; Moinier, maire de Clermont-Ferrand, vice-président; Lé[illegible] Chazelles, président de l'Académie des Sciences, belles-lettres et arts de Clermont-Ferrand, vice-président; Aubergier, doyen de la faculté des sciences, vice-président; Alluard, professeur à la faculté [illegible] de l'observatoire du Puy-de-Dôme, secrétaire général; [illegible], professeur à la faculté des sciences; le docteur Petit; L[illegible], avocat; Bo[illegible], chef des travaux chimiques à l'école de médecine.

[illegible] les membres [illegible] local, nous remarquons les membres [illegible] : MM. [illegible], directeur de l'école de médecine et de pharmacie; [illegible] ancien directeur de l'école de médecine [illegible]; Alluard, pharmacien; [illegible]; Georges [illegible] professeur à l'école de médecine et de pharmacie; [illegible], professeur [illegible] membre du Conseil général; [illegible].

[illegible]

Les membres de l'association recevront tous les renseignements sur la session de Clermont-Ferrand alors que le programme en aura été complètement arrêté. [illegible]

Librairie V.-A. DELAHAYE et C[ie], place de l'Ecole-de-Médecine.

D[illegible]. Étude sur le cancer de la colonne vertébrale [illegible]. Paris, 1876. Imp. Parent. In-8° de 48 pag.

R[illegible] (P.). Recherches sur [illegible] d'a[illegible]. Paris, 1876. Chez [illegible], rue [illegible], 1. In-8 de 72 pag.

D[illegible] (E.). La sulfarométrie appliquée aux sources de Ca[illegible]. [illegible] de [illegible] pag.

C[illegible]. [illegible] de la congestion pulmonaire [illegible] par les eaux sulfureuses de Saint-[illegible] (N[illegible]). Paris, 1876. In-8 de 61 pag.

[illegible]

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

[illegible] (J.). Du Jaborandi dans les [illegible]. Paris, 1876.

[illegible]. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. [illegible], première partie : REF-RH. Ce fascicule contient entre autres les articles suivants : Anatomie [illegible] la rétine, par Nuel. — [illegible] et D[illegible]. — [illegible] par [illegible] A. Laveran. — [illegible], par Lereboullet. — Rhinoplastie, par [illegible] — Rhinoscopie, par [illegible].

[illegible] (J.). Examen [illegible] des enfants. Considérations générales sur les maladies de l'enfance. Leçon faite à l'École pratique le 27 avril 1876. Paris [illegible] pages.

Libraire J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

G[illegible] Th. T[illegible] de la [illegible]. Paris, 1876. 2 fr. [illegible].

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Antoine, Médecine. Service de M. MOLLAND. Pavillon III

4e ANNEE.— N° 28 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 8 JUILLET 1876.

Le Progrès Médical

MALADIES DE LA PEAU.

Notes de thérapeutique recueillies aux Cliniques des maladies de la peau de M. le professeur Hardy à l'hôpital Saint-Louis (1);

Par le Dr. E. ORY.

Traitement des Ulcérations cutanées.

On désigne sous le nom d'*ulcères* des solutions des parties molles, avec perte de substance, plus ou moins anciennes, accompagnées d'un écoulement de pus, entretenues par un vice local ou par une cause interne. L'ulcère, toujours symptomatique, présente une tendance constante à s'agrandir, tant que la cause est subsistante.

Les ulcérations de la peau, que l'on rencontre très-souvent dans les salles de médecine à l'hôpital Saint-Louis, se rattachent presque toutes à quatre causes principales : la diathèse scrofuleuse, l'infection syphilitique, les troubles circulatoires de la peau d'une région, les épithéliomas. Ces diverses ulcérations se présentent, le plus souvent, avec des caractères suffisamment tranchés pour permettre de les différencier ; toutefois, il y a des cas, dit M. Hardy, où l'efficacité de tel ou tel traitement mis en usage peut seul, en l'absence de renseignements précis, indiquer au médecin la nature de l'ulcération. Quoi qu'il en soit, des ulcérations de la peau peuvent survenir chez des gens débilités par la misère, les privations, les fatigues, la convalescence de maladies graves; chez ces gens affaiblis, comme chez les scrofuleux, l'indication thérapeutique est double, et tout traitement local restera sans résultat, s'il n'est aidé par le traitement général.

Comme topique local, M. Hardy a employé souvent dans son service, une pommade rouge dont voici la formule :

Axonge	30 grammes.
Minium	} ââ 1 gr.
Cinabre	

On doit étendre cette pommade sur un linge fenêtré, e renouveler deux fois par jour les applications. La même composition peut être fixée comme un emplâtre et produit les mêmes résultats satisfaisants.

Chez les scrofuleux, on rencontre souvent, surtout aucou, des ulcérations à bords profondément décollés, avec une coloration violacée de la peau environnante ; bien souvent, ces ulcérations surviennent chez les scrofuleux à la suite de ganglions suppurés ou bien d'abcès sous-cutanés ; voici les traitements employés par M. Hardy pour prévenir ces désordres.

Contre les engorgements ganglionnaires, M. Hardy prescrit parfois l'application réitérée d'une pommade qu'il formule ainsi :

Axonge	30 grammes.
Extrait de ciguë	2 —
Camphre	1 —

Mais, quand l'abcès est formé au niveau d'un ganglion, M. Hardy traverse fréquemment la collection purulente, au moyen d'une aiguille courbe, qui entraîne à sa suite un fil. Ce fil reste en place plus ou moins longtemps ; il joue le rôle d'un petit séton, permettant l'écoulement régulier du pus, il cause par sa présence une irritation salutaire.

Les ulcérations cutanées chez les scrofuleux, rebelles et pouvant laisser plus tard des cicatrices irrégulières et très-saillantes, ont souvent aussi pour point de départ une scrofulide phlegmoneuse, des abcès sous-cutanés superficiels.

Or, voici le traitement bien simple que leur oppose M. le professeur Hardy : c'est l'ouverture de ces collections par le caustique, la pâte de Vienne dissoute dans l'alcool. Soit, par exemple, une collection purulente sous-cutanée du menton ou du cou : Sur la partie médiane et la plus saillante du soulèvement cutané, on applique une petite traînée très-étroite de caustique de Vienne à consistance de pâte molle. Cette application un peu délicate, est, il faut bien l'avouer, douloureuse; mais cette douleur n'est pas persistante, et après dix minutes d'application, l'eschare noirâtre et liquide s'est formée, et lorsque la région a été lavée avec soin au moyen d'alcool camphré, on maintient sur la plaie des cataplasmes d'amidon cuit.

Par ce moyen, on obtient une cicatrice à peine visible, linéaire, et l'on prévient la formation des ulcères scrofuleux à bords décollés, si rebelles, dont il nous reste à indiquer le traitement.

M. le professeur Hardy, conseille assez souvent des applications sur l'ulcère, de l'*onguent Canet*, emplâtre astringent résolutif qui renferme du colcothar ou oxyde rouge de fer.

Les topiques émollients sont parfois utiles pour débarrasser les parties malades des croûtes qui retardent la cicatrisation ; rarement au contraire, les lotions avec l'infusion de feuilles de noyer et de vin aromatique sont nécessaires.

On obtient de bons résultats d'une médication énergique dont voici la formule :

Eau distillée	30 grammes.
Iodure de potassium	3 —
Iode pur	1 —

On passe légèrement sur les ulcérations un pinceau trempé dans ce liquide.

Les caustiques: poudre de Vienne, potasse, chlorure de zinc, pâte de Canquoin ne peuvent être employés qu'avec réserve et dans les cas où la surface à modifier est peu étendue.

Cette médication substitutive est plus facile à pratiquer au moyen du bi-iodure de mercure.

Voici la formule d'une préparation conseillée par M. le professeur Hardy :

Axonge	} parties égales.
Bi-iodure de mercure	

Cette pommade ayant été légèrement chauffée au moment de s'en servir, la graisse une fois liquéfiée, on en étale sur la partie malade une couche peu épaisse au moyen d'un pinceau. Cette application est douloureuse, mais détermine une irritation substitutive très-efficace.

Mais il est un point sur lequel on ne saurait trop insister, à savoir que le traitement local n'est qu'accessoire, et que les manifestations ulcéreuses de la scrofule étant sous la dépendance d'un état général mauvais, c'est le traitement général qui doit avant tout être prescrit, et sévèrement exécuté.

L'huile de foie de morue est surtout efficace dans la forme ulcéreuse de la scrofule ; mais s'il faut en donner beaucoup, on doit cependant craindre que l'administration de doses considérables ne produise l'anorexie. La limite sera variable avec les individus et avec la saison. En été, par exemple, l'huile de foie de morue fatigue plus promptement l'estomac, et les troubles digestifs surviennent parfois après l'administration de deux ou trois cuillerées par jour. Il faut donc augmenter progressivement les doses, ordonner au malade de prendre de l'exercice le plus possible, puis, pour exciter l'appétit, indiquer l'usage des boissons amères, houblon, gentiane, feuilles de noyer. Le sirop d'iodure de fer, les préparations iodées, l'iodure de

(1) Voir les nos 20, 21, 25.

potassium, sont très-conseillées par M. Hardy dans le cas d'ulcérations cutanées rebelles.

Enfin, les soins hygiéniques les plus scrupuleux doivent être pris par le malade, le séjour à la campagne, l'habitation au bord de la mer, puis l'usage des eaux minérales sont d'utiles adjuvants du traitement tonique.

Les eaux minérales chloro-sodiques, Salins par exemple ; les eaux sulfatées calcaires, Loueche ; les eaux sulfureuses, Barèges, Luchon, Ax, Aix et Enghien, puis enfin le séjour au bord de la mer telles sont les principales indications. A propos des bains de mer, on sait que ces bains peuvent être pris chauds dans une baignoire, dans le cas où le malade est trop affaibli pour supporter un bain à la lame, puis enfin, nous rappellerons qu'on peut avec une faible quantité d'eau donner des bains de mer à l'hydrofère, sans quitter Paris.

Les *ulcérations syphilitiques* de la peau sont également susceptibles d'un traitement général et d'un traitement local.

Le traitement local, de beaucoup le moins important dans ce cas, peut consister dans l'emploi de la pommade rouge dont nous avons indiqué plus haut la formule ; plusieurs fois j'ai vu prescrire par M. Hardy l'application sur la plaie de poudre d'iodoforme. Mais ce traitement local est coûteux et surtout est gênant, par suite de l'odeur pénétrante et persistante de ce produit. Souvent, à l'hôpital, M. Hardy faisait recouvrir les ulcérations syphilitiques avec de l'emplâtre de Vigo. Il est inutile et même nuisible de provoquer la chute des croûtes qui recouvrent les ulcérations de cette nature. La cicatrisation se fait plus vite et plus régulièrement au-dessous d'elles, même sans application de topiques locaux, si le malade est soumis à l'action d'un traitement général bien conduit. Les ulcérations peuvent apparaître dans le cours de la syphilis en dehors du chancre initial, soit comme manifestations précoces (syphilides malignes précoces), soit comme accidents tertiaires. Presque toujours, on reconnaît que ces manifestations ulcéreuses de la peau naissent sous l'influence d'un mauvais état général, de l'alcoolisme, des écarts de régime, de fatigues, d'épuisement, etc.

Aussi les soins hygiéniques les plus sévères doivent-ils, avec le régime tonique, être recommandés aux syphilitiques, puis les préparations de vin de quinquina et de gentiane, le fer, les tisanes amères, une alimentation substantielle, l'exercice modéré, l'éloignement de tout ce qui est fatigues exagérées, préoccupations vives, émotions violentes ; enfin l'hydrothérapie. Mais ce n'est pas tout, et dès que la constitution cachectique d'un syphilitique est suffisamment rétablie, soit par le régime, soit par les eaux sulfureuses : Barèges, Luchon, Uriage, Ax, Schinznach, Aix, Enghien, on devra prescrire un traitement mercuriel ou ioduré.

M. Hardy administre assez fréquemment un sirop, dit sirop de Gibert, contenant de l'iodure de potassium et le proto-iodure d'hydrargyre; mais souvent il s'est trouvé bien de donner ces remèdes séparément, c'est ainsi qu'il prescrivait une ou deux pilules de Sédillot pour le soir, et 1 à 4 grammes au plus d'iodure de potassium à prendre le matin, en solution.

Je dirai peu de choses du traitement de l'*ulcère variqueux*. En effet, presque tous les malades qui entraient à l'hôpital, pour des ulcères variqueux, entretenus et irrités par le défaut de soin et la fatigue, ne tardaient pas à guérir, après quelques jours d'un repos sévèrement prescrit, aidé de soins de propreté extrême, et l'application de la pommade au minium et cinabre. Mais, ces guérisons sont de peu de durée dès que le malade reprend le cours habituel de ses pénibles travaux. Du reste, l'influence de l'immobilité et de la position horizontale, comme traitement des ulcérations siégeant au membre inférieur, n'est dans aucun cas aussi visible, que pour les ulcères variqueux. Quant au traitement par les bandelettes de sparadrap diachylon, bien souvent, on ne peut le mettre en usage, à cause de la poussée d'eczéma que son contact détermine sur la peau environnante. La poudre d'iodoforme est utile si l'ulcère variqueux a l'aspect fongueux. Des pansements au vin aromatique, des lotions excitantes activent le développement des bourgeons charnus, et alors les greffes épidermiques bien faites hâtent la cicatrisation.

Le *cancroïde* désigné autrefois sous le nom de *noli me tangere* est cependant susceptible d'un traitement, surtout au début. En effet, M. Hardy, en présence d'un épithélioma circonscrit, bien limité, ne reposant pas sur une base dure et profonde, conseille d'enlever le mal par l'application du caustique de Vienne. Il laisse agir le caustique environ 10 minutes (le temps varie avec la profondeur), l'eschare formée doit être respectée, et généralement après sa chute spontanée, on trouve une plaie de bonne nature qui ne tarde pas à guérir.

Mais ce traitement est loin d'être toujours applicable à cause de l'étendue et de la profondeur de l'ulcération. J'ai vu employer par M. Hardy, et cela avec un certain succès, des applications de chlorate de potasse en solution. On sait d'ailleurs que le chlorate de potasse a été préconisé à l'intérieur comme utile dans le traitement des cancroïdes.

Je n'ai pas à parler ici du traitement chirurgical par le bistouri, le seul applicable parfois, et qui donne des résultats d'autant plus heureux que l'intervention aura été plus large et que l'opération aura été pratiquée plus tôt.

(*A suivre*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL COCHIN. — **M. DESPRÉS.**

Quelques considérations sur la fracture du cubitus au tiers supérieur.

Par **E. MONOD**, interne des hôpitaux.

On ne trouve nulle part dans les ouvrages classiques de mention spéciale pour la fracture de l'extrémité supérieure du cubitus. Elle présente cependant, au double point de vue du pronostic et du traitement, des particularités sur lesquelles M. Després attirait récemment l'attention de ses élèves à l'occasion d'une malade entrée dans son service.

Cette femme, âgée de 48 ans, a fait une chute sur le coude, en glissant dans un escalier. A son arrivée à l'hôpital, on constate peu de déformation; la partie supérieure de l'avant-bras est le siége d'une tuméfaction bien limitée, en sorte qu'à première vue on pouvait croire à une luxation du coude. Mais l'exploration de la région montre que les rapports entre l'épitrochlée, l'olécrâne et l'épicondyle ne sont pas changés. Les mouvements de flexion et d'extension sont possibles et modérément douloureux ; il n'existe pas de mouvements de latéralité ; en un mot il n'y a pas de lésions articulaires. En promenant le doigt de bas en haut sur le bord postérieur du cubitus, on arrive sur un sillon, une sorte d'encoche oblique, correspondant à un trait de fracture. Nous sommes donc en présence d'une *fracture par cause directe du tiers supérieur du cubitus*. Il arrive fréquemment que cette fracture entraîne une impotence de l'articulation du coude, produite elle-même par une luxation consécutive de l'extrémité supérieure du radius. Cette luxation est pour ainsi dire fatale. Que se passe-t-il, en effet, dans cette variété de fracture ? Le fragment supérieur attiré par les muscles et en particulier par l'anconé, tend à se porter en dehors, tandis que le fragment inférieur est entraîné en bas par le poids du membre. Il y a donc chevauchement des deux fragments, ou tout au moins ceux-ci présentent une déviation angulaire à sommet tourné en dehors. Dans tous les cas, il se produit un raccourcissement du cubitus. Le radius devenu trop long pour son os congénère, doit suivre nécessairement ce déplacement. Or, comme d'une part, le corps de l'os représente une tige rigide, comme d'autre part l'articulation radio-carpienne offre une grande solidité, le ligament annulaire qui représente le point le plus faible se relâche, ce qui entraîne une subluxation, ou même une luxation complète de la tête du

radius. Cette luxation se fait généralement en dehors et un peu en avant. Tout-à-fait au début elle passe inaperçue; bientôt elle se traduit par une certaine gêne dans les mouvements de pronation et de supination. Plus tard, lorsque la tête du radius s'est complétement luxée en dehors, la flexion est à son tour compromise. Remarquons que ce refoulement de la partie supérieure du radius est encore favorisé par la présence du cal difforme que le chevauchement des os a entraîné à sa suite.

Les indications thérapeutiques ressortent des considérations qui précèdent. Si la fracture du cubitus est située près du tiers moyen de l'os, un appareil inamovible convenablement serré peut suffire à empêcher la déformation que nous avons signalée. Il n'en est pas de même lorsque la fracture est très-rapprochée de l'olécrâne. Il est bien difficile dans ce cas de maintenir les fragments. On pourra employer avec avantage une gouttière en gutta-percha se moulant exactement sur les saillies osseuses. Mais la première indication est de placer l'avant-bras dans la *flexion forcée sur le bras*, la main étant maintenue appliquée contre l'épaule du côté malade. Dans cette position le fragment supérieur est refoulé en arrière par le tendon du triceps et le radius intact forme attelle.

Le membre sera maintenu dans l'immobilité pendant vingt ou vingt-cinq jours. Selon l'excellent précepte énoncé par M. Giraldès pour le traitement de toute fracture du coude, l'immobilité ne doit pas être absolue. Aussi faut-il avoir soin, tous les deux ou trois jours, d'imprimer à l'avant-bras de légers mouvements. Ce traitement appliqué par M. Desprès à la malade qui fait le sujet de cette observation, a été suivi d'un résultat des plus satisfaisants. L'avant-bras a été maintenu dans une flexion forcée pendant vingt-trois jours. Au bout de ce temps, on constate que la consolidation est faite; on ne sent plus d'encoche sur le bord postérieur du cubitus. De plus, il n'y a pas trace de luxation du radius. Il ne reste qu'un certain degré de raideur dans les mouvements articulaires.

M. Desprès nous a dit avoir observé dans sa pratique trois cas qui se rapportent à cette variété de fracture et qui n'ont pas été traités par la flexion forcée; dans les trois cas, il constata la luxation du radius. En résumé, la fracture du cubitus au tiers supérieur présente un pronostic spécial, puisqu'on doit toujours craindre à sa suite un certain degré d'impotence de l'articulation du coude. Cette complication, dont nous avons indiqué le mécanisme, pourra être prévenue par un traitement approprié; mais, outre que les malades ne pourront pas toujours supporter la gêne qu'entraîne la flexion forcée de l'avant-bras, il faut être prévenu qu'en dépit de toutes les précautions qu'on aura prises, on n'est pas certain d'empêcher la subluxation du radius de se produire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. CHARCOT.

XIVe LEÇON. — De la lithiase biliaire (*suite*). **— Anatomie et physiologie de l'appareil excréteur de la bile. — Emigration des calculs cystiques par les voies naturelles.**

(Résumé de la leçon du 15 mai 1876).

Messieurs,

Suivant le programme que nous nous sommes tracé, nous allons aujourd'hui commencer l'histoire de la migration, ou si vous l'aimez mieux de l'élimination par les voies naturelles des concrétions formées dans la vésicule du fiel.

Dans les conditions pour ainsi dire normales, au milieu de symptômes plus ou moins accentués, le calcul ou les calculs, après s'être engagés dans le canal cystique, parviennent dans la cavité du canal cholédoque qu'ils parcourent dans toute sa longueur; puis, franchissant l'orifice duodénal des voies biliaires, ils tombent dans l'intestin et sont expulsés enfin avec les garde-robes. Telle est, en quelque sorte, la marche ordinaire des choses. C'est elle que nous devrons étudier tout d'abord.

Mais dans cette migration des calculs biliaires, divers accidents, diverses anomalies peuvent survenir et en modifier le cours régulier; ainsi, il est possible que le calcul biliaire engagé s'arrête en chemin, soit dans le canal cystique lui-même, soit plus bas dans le cholédoque et s'y enclave, s'y établisse d'une façon définitive. De là, des lésions de canalisation permanentes, dont les conséquences peuvent être plus ou moins graves. Comme exemple, je vous citerai la rétention biliaire absolue, suivie d'ictère chronique, s'il s'agissait de l'enclavement dans le canal cholédoque. En outre, des lésions inflammatoires se produisent quelquefois dans les parois des conduits biliaires au contact des corps étrangers. Et ces lésions déterminent soit des ulcérations, soit même des perforations, des ruptures qui, ayant pour effet de faire pénétrer la bile dans la cavité péritonéale, aboutissent rapidement à une issue funeste. Ces anomalies dans la migration des calculs par les voies naturelles, dont je me borne pour le moment à vous indiquer les traits les plus accentués, sera l'objet d'un second chapitre.

L'histoire de la migration des calculs biliaires par les voies naturelles forme un ensemble très-étendu et très-complexe. Le temps ne me permettrait pas, quel que soit l'intérêt du sujet de vous la présenter dans tous ses détails. Je devrai me limiter à une esquisse dans laquelle je m'efforcerai de faire ressortir ce qu'il nous importe le plus de connaître. Cette histoire, d'ailleurs, a été faite soigneusement, avec tous les développements qu'elle comporte dans un grand nombre de mémoires et de traités. La lecture de ces écrits vous permettra de compléter les notions sommaires qui vont vous être présentées. En plus des mémoires fondamentaux de MM. Fauconneau-Dufresne, Durand-Fardel, Willemin, Sénac, je vous recommande particulièrement sur cette question l'excellent exposé que MM. Barth et Besnier ont rédigé pour le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1).

I. Avant d'entrer dans le cœur du sujet, je crois devoir vous rappeler quelques particularités concernant différents points de l'anatomie et de la physiologie de l'appareil excréteur de la bile. C'est là une précaution à peu près indispensable, vous allez vous en convaincre incessamment.

Vous savez comment un canal court et étroit, le canal cystique, fait communiquer la cavité de la vésicule du fiel avec celle du conduit cholédoque. Ce dernier qui, d'autre part, reçoit le canal hépatique, déverse dans l'intestin, par l'orifice duodénal, la totalité du produit de la sécrétion biliaire.

Un mot d'abord sur les dimensions respectives, dans les conditions normales, de ces étroits canaux que les calculs biliaires doivent parcourir avant de pénétrer dans la cavité de l'intestin. Tandis que le *canal hépatique* — j'emprunte la plupart de ces détails à l'ouvrage de M. le professeur Sappey — est long de deux à trois centimètres et large de trois à quatre millimètres, le *canal cystique* offre trois centimètres de longueur et trois millimètres seulement de diamètre. Le *canal cholédoque* est de tous le plus long et le moins étroit. Il mesure en longeur sept ou huit centimètres, et en largeur six millimètres environ (Henle). Au niveau de son abouchement avec le duodénum, ce dernier canal offre, il ne faut pas l'oublier, une disposition particulière. D'ordinaire, après avoir pénétré dans l'épaisseur de la paroi du duodénum, ce canal se réunit à angle aigu avec le conduit pancréatique. Il résulte de cette fusion un conduit unique, très-court, dilaté sous forme d'ampoule et qu'on désigne communément sous le nom d'ampoule de Vater (*Diverticulum Vateri*). Un orifice, en général très-étroit, placé au sommet d'une espèce de renflement papillaire, fait communiquer la cavité de l'ampoule de Vater avec celle de l'intestin.

a) C'est par le canal cystique, le plus étroit de tous, que les calculs cystiques doivent tout d'abord s'engager. Il semble, d'après ce que nous savons du diamètre de ce conduit que la gravelle biliaire ou tout au plus de très-petits calculs pourront seuls y pénétrer. L'observation journalière démontre qu'il n'en est pas ainsi: le canal cystique, comme tous les conduits de l'appareil biliaire excréteur, peut subir des dilatations relativement considérables et recevoir des concrétions volumineuses. Toutefois, à cet égard, il y a des limites. On admet assez généralement que les calculs atteignant le volume d'une olive sont incapables de jamais franchir les voies biliaires. Cela n'est pas tout-à-fait exact. Sans parler des concrétions biliaires du volume d'une olive ou plus, qu'on rencontre parfois dans les selles à la suite des accidents d'une colique hépatique régulière, il existe un grand nombre d'observations qui montrent des calculs de cette dimension, évidemment de provenance cystique, enclavés soit dans le canal cystique, soit

(1) Voir les nos 13 à 27.

(1) Art. Voies biliaires.

dans divers points du canal cholédoque. M. Barth, entre autres, rapporte le cas d'une femme de 80 ans, morte d'apoplexie, chez laquelle il trouva engagé dans l'orifice duodénal et faisant dans l'intestin une saillie de 7 à 8 millimètres, un calcul de la grosseur d'une olive.

Voici, Messieurs, un calcul volumineux qui m'a été confié par M. Ollivier, agrégé de la Faculté. Il offre vous le voyez, à peu près le volume d'une noix de moyennes dimensions. Ce calcul était enclavé dans la partie supérieure du canal cholédoque, au point de réunion des conduits cystique et hépatique.

Les faits de ce genre sont loin d'être rares. Mais, il faut reconnaître que, d'habitude, les calculs biliaires qui sortent par les voies naturelles ne dépassent guère le volume d'une noisette, d'un haricot, ainsi que le font remarquer Pujol (1) et M. Willemin. Les 45 observations de colique hépatique avec issue des calculs par les garde-robes, rassemblées par le Dr Wolff, sont intéressantes à ce point de vue. Le plus souvent, les concrétions que ce médecin a recueillies avaient, environ, le volume d'un pois; elles étaient en général nombreuses. Quand elles étaient en petit nombre, deux ou trois, elles atteignaient les dimensions d'une noisette.

Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer, à ce propos, que la gravelle biliaire et les calculs de petite dimension passent fréquemment dans l'intestin sans que leur migration ait été annoncée par quelques symptômes. C'est là un fait relevé depuis longtemps par Joseph Franck et sur lequel Cruveilhier, Trousseau et la plupart des médecins qui ont pratiqué soit à Vichy, soit à Carlsbard, n'ont pas manqué d'insister.

Ce n'est pas pourtant que la gravelle biliaire et les calculs de petit volume ne déterminent parfois, dans leur passage à travers les voies biliaires, des phénomènes plus ou moins douloureux. Il est très-certain au contraire, suivant la remarque faite par M. Sénac, qu'il n'y a aucun rapport régulier entre les dimensions des concrétions et l'intensité des symptômes douloureux qui en révèlent la présence. Cela tient, en effet, ainsi que nous le dirons plus loin, à ce qu'il y a un élément autre que la dimension des calculs dont il faut tenir compte dans l'interprétation des phénomènes de la colique hépatique.

Quoiqu'il en soit, il est bien évident que la dilatation des conduits biliaires est un phénomène nécessaire au passage des concrétions d'un certain calibre. Cette dilatation est souvent considérable. Le canal cholédoque peut acquérir 2 ou 3 centimètres de largeur. Cette dilatation est souvent durable, permanente, bien que le calcul ait été éliminé : il est facile de s'assurer de la vérité de ce fait à l'autopsie des sujets ayant souffert autrefois de coliques hépatiques. On a pu quelquefois la constater au moment même de sa formation, ainsi qu'en fait foi un cas relaté par M. Hobershon (2) : le malade avait succombé peu de temps après un accès de coliques hépatiques. A l'autopsie, on vit que le canal cystique admettait, dans son tiers supérieur, le petit doigt. Le calcul était retombé dans la vésicule.

b) Un autre point, qu'il nous faut considérer maintenant, est relatif à la structure des parois des conduits biliaires et aux propriétés physiologiques qui s'y rattachent. Ces parois sont-elles douées de contractilité? sont-elles douées de sensibilité? Voilà deux questions qu'il serait intéressant de résoudre. Interrogeons dans ce but, tour-à-tour, l'anatomie et l'expérimentation.

Toutefois, il me paraît utile de dire un mot de la structure des parois de la vésicule du fiel. On distingue dans ces parois deux tuniques : l'une à la fois muqueuse et musculeuse, l'autre celluleuse. La surface interne de la tunique muqueuse est remarquable par l'existence de prolongements villeux (villosités lamelliformes de Sappey) qui donnent à la cavité de la vésicule son aspect a la fois tomenteux et réticulé. Elle est recouverte d'un épithélium cylindrique, en tout comparable à celui qui tapisse l'intestin. Mais, ce qu'il convient de relever surtout, c'est l'existence dans l'épaisseur de la membrane muqueuse, de très-nombreux faisceaux de fibres musculaires de la vie organique, entrecroisées dans tous les sens et formant par leur réunion une véritable tunique musculeuse. L'épaisseur de cette couche varie selon les sujets ; néanmoins, elle est en général toujours très-bien dessinée. C'est elle qui constitue, nous le verrons, l'agent principal de la propulsion des calculs biliaires. Dans certaines conditions pathologiques, cette tunique s'hypertrophie et acquiert des dimensions considérables. Cette lésion a été signalée par MM. Barth, Deville et Broca, dans diverses communications faites à la *Société anatomique*, en 1850 (1).

La seconde couche, ou couche conjonctive, ne doit pas nous arrêter. Je noterai seulement la présence dans son épaisseur de quelques glandes en grappes, décrites par M. Luschka et d'un riche réseau veineux décrit par M. Beale. Les nerfs de la vie organique y sont très-nombreux. D'après Gerlach (2), qui en a tracé récemment la description, fondée sur des études faites chez le cochon d'Inde, on rencontre des ganglions au milieu des plexus nerveux. La vésicule du fiel, au dire de cet auteur serait douée d'ailleurs de mouvements péristaltiques comme l'intestin.

e) On peut avancer, d'une façon très générale, que, à part certaines modifications plus ou moins importantes, les *canaux biliaires excréteurs*, en ce qui concerne la structure de leurs parois, sont faits sur le même modèle que la vésicule du fiel. On y observe deux couches de tissu fibroïde, composées principalement de faisceaux de tissu conjonctif et de fibres élastiques. Dans l'épaisseur de ces parois, surtout dans celles du canal cystique, existent des glandes en beaucoup plus grand nombre que dans les parois de la vésicule. Les nerfs de la vie organique s'y voient en abondance (Henle). Mais voici le point qui nous touche particulièrement. Le plan musculaire si développé de la vésicule du fiel, est-il représenté dans la paroi des conduits biliaires ? Des anatomistes consommés, parmi lesquels Henle, Eberth, Frey, nient absolument l'existence de fibres musculaires dans les parois des conduits biliaires. D'autres, au contraire, comme M. le professeur Sappey, admettent qu'elles y existent en assez grand nombre. D'autres enfin, comme Kölliker, accordent l'existence de quelques faisceaux de fibres-cellules musculaires ; mais ces fasceaux seraient très clair-semés et partant on ne saurait, trouver là, à proprement parler, une tunique musculeuse. Il y aurait d'ailleurs, à cet égard, de très grandes variétés suivant les sujets. Les faisceaux musculaires peuvent faire complétement défaut : ce qui explique, dit M. Kölliker, comment Henle et Eberth ne les ont pas rencontrés. Dans ces derniers temps, MM. Legros, Grancher et Renaut ont étudié de nouveau cette question et l'opinion à laquelle leurs recherches les ont conduit est en quelque sorte intermédiaire à celle de M. Sappey et de M. Kölliker.

Chez le bœuf, les conduits biliaires sont doués d'une forte musculature ; chez le chien, la présence des faisceaux musculaires dans les parois de ces canaux est incontestable : mais, en ce qui a trait à l'homme, ces faits ne nous apprennent rien.

Nous avons voulu, M. Pitres et moi, savoir à quoi nous en tenir à cet égard, et nous avons, à cet effet, examiné la structuae des parois des canaux biliaires excréteurs chez une dizaine de sujet d'âges divers. Chez plusieurs vieillards, il il nous a été impossible de mettre en évidence l'existence de faisceaux de fibres musculaires, En revanche, ces faisceaux étaient très apparents, et même assez multipliés et assez puissants parfois chez les sujets adultes : Par exemple, chez une femme aliénée de 32 ans et chez un homme de 30 ans. Il en était de même chez un enfant de 10 ans. Ces faisceaux qui occupent la partie la plus profonde de la tunique interne ont leur grand axe dirigé suivant la longueur du canal, et se présentent par conséquent sur les coupes longitudinales, sous la forme de longues bandelettes. Sur les coupes transversales, la surface de section de ces faisceaux apparait sous la forme d'espaces arrondis.

Il n'existe pas, ainsi que M. Renaut l'avait déjà signalé, de faisceaux dirigés en travers. La disposition que nous venons d'indiquer est commune aux trois canaux hépatique, cholédoque et cystique.

En résumé, de tout ce qui précède, il semble résulter que des faisceaux de fibres musculaires existent normalement dans les parois des conduits biliaires, mais qu'il y a lieu de noter sous ce rapport de très-grandes variations suivant les sujets. On est porté à croire que, chez les vieillards surtout, ces faisceaux sont habituellement très-peu prononcés ou même font parfois complétement défaut. Nous devons ajouter que, d'après MM. Bouisson, Barth, Deville et Broca, les faisceaux musculaires des conduits biliaires sont susceptibles d'acquérir, dans certaines conditions pathologiques, un très-grand développement.

g) A ces différencs individuelles dans la constitution anatomique des parois biliaires paraissent correspondre des différences dans les propriétés physiologiques,

(1) *Mémoire sur la colique hépatique*, etc., p. 763.
(2) *Diseases, of the Liver.*. Lettson. Lect. p. 70.

(1) *Bulletin de la Société anatomique* 1850, p. 87, etc.
(2) *Centralblatt*, 1875, p. 563.

Chez les animaux, tandis que Magendie assure n'être jamais parvenu à faire entrer en contraction les parois de la vésicule, Leuret et Lassaigne, au contraire, et M. Colin affirment que, chez le cheval et le bœuf au moins, la propriété contractile des conduits biliaires est très-manifeste sinon très-énergique.

La question en litige a été étudiée avec soin dans ces derniers temps par M. Laborde (1). Ses expériences, faites sur des chiens, l'ont conduit à reconnaître que, sous l'influence des excitations électriques (courants induits), la vésicule biliaire subit une contraction lente soutenue, principalement dans le sens de la longueur. Sous l'action des mêmes excitations, et de l'introduction de corps étrangers dans sa cavité, le canal cholédoque se raccourcit et se rétrécit très-manifestement. Le même phénomène se produit pour les canaux cystique et hépatique. Il suit de là que la vésicule et les canaux biliaires sont doués, chez le chien tout au moins, de contractilité s'exerçant à la façon des muscles lisses de la vie organique.

Quelques-unes des expériences de M. Laborde méritent d'être relevées, en raison de l'application qu'on peut faire des résultats obtenus à la théorie de la colique hépatique. De petits corps étrangers, introduits par l'orifice duodénal, dans le canal cholédoque, se sont rapidement déplacés et ont progressé les uns vers la vésicule, les autres vers l'intestin. Cette progression s'est opérée vraisemblablement sous l'influence surtout des contractions des parois des conduits biliaires.

Un dernier fait mis en relief par ces mêmes expériences est la sensibilité extrême que paraît posséder la membrane muqueuse des conduits biliaires. L'introduction de quelques gouttes d'acide acétique dans la cavité de la vésicule, de corps étrangers dans celle du canal cholédoque, fait pousser aux animaux des cris déchirants.

h) Tel est l'état des choses chez les animaux. L'occasion d'étudier expérimentalement l'influence des excitations sur les voies biliaires de l'homme a été plusieurs fois saisie dans des cas de mort violente. Les résultats obtenus tendent à établir que, ici encore, il y a lieu de tenir compte des différences individuelles.

En irritant les parois de la vésicule et des conduits excréteurs, chez un supplicié, à l'aide de courants indirects, Henle n'a observé aucun résultat (2). Expérimentant dans les mêmes circonstances, Dittrich, Gerlach et Hertz (3) ont au contraire réussi à déterminer des contractions.

i) Si je ne me trompe, Messieurs, ces notions anatomiques et physiologiques sont applicables à l'interprétation de l'un des phénomènes en apparence les plus singuliers dans l'histoire de la lithiase biliaire. C'est un fait bien établi que, chez certains sujets, l'expulsion définitive de calculs même relativement volumineux, ou encore leur enclavement dans un des canaux, peuvent s'effectuer sans être révélés autrement que par des symptômes à peine appréciables. Quelquefois même, dans ces cas, la migration des calculs reste tout-à-fait latente. Par opposition, chez d'autres sujets, le passage de calculs très-petits est marqué par des douleurs extrêmement vives. Si l'on en croit M. Sénac, dont l'opinion est fondée sur l'analyse de plus de 100 observations, la colique hépatique ne révèle guère le passage des calculs que chez les sujets âgés de 25 à 35 ans ; après 60 ans, la lithiase biliaire est plus fréquente peut-être qu'à toute autre époque de la vie, mais l'émigration des calculs ainsi que, d'ancienne date, tous les auteurs l'ont noté, s'effectue sans réaction, sans douleur, de manière à passer le plus souvent inaperçue. Il semble naturel de rattacher ces différences à ces variétés même dans la constitution anatomique et dans les propriétés physiologiques des conduits biliaires que nous nous appliquions à faire ressortir tout à l'heure. (*A suivre.*)

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1874, 2e série, 8e livraison.
(2) *Handbuch der Anatomie*, 2e Bd., p. 226.
(3) *Prag. Viertelj.*, 1851, t. III, p. 65.

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort d'un de nos collaborateurs, M. le dr Ely, médecin-major de 1re classe, officier de la Légion d'honneur et de l'Instruction publique, qui avait voué sa vie à des travaux de statistique médicale, soit au ministère de la guerre, soit dans diverses publications. Les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* et ceux surtout du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, ont pu apprécier avec quelle sûreté et quelle délicatesse il maniait ce difficile instrument de la statistique, aussi propre à fausser les faits, qu'à les mettre en relief. M. Ely, atteint depuis un grand nombre d'années d'une surdité complète, a succombé aux progrès lents d'une affection des centres nerveux. (*Gazette hebdomadaire de méd. et de chirurg.*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Les Médecins étrangers en France.

Un projet de loi a été présenté à la Chambre des Députés par M. Roger-Marvaise, visant l'exercice de la médecine en France par les gradués, nationaux ou étrangers, des Universités étrangères. En raison de l'incapacité présumée des citoyens d'apprécier par eux-mêmes si tel ou tel individu a les connaissances suffisantes pour pratiquer la médecine avec sécurité pour les malades, l'Etat s'est chargé, en France, de désigner à la confiance publique ceux qui en sont dignes, par un signe particulier, le diplôme doctoral. Inscrit dans les lois, accepté par presque tout le monde, ce rôle de tuteur assumé par l'Etat lui impose des devoirs. Le premier est évidemment de faire sa besogne lui-même, c'est-à-dire de se réserver exclusivement le monopole de la collation du grade ; le second est de ne conférer ce grade qu'à bon escient. A ces conditions, l'Etat aura rempli vis-à-vis du public la charge que lui incombe du fait de son rôle de tuteur. Mais pour s'assurer de la capacité de ceux qu'il marque du sceau de sa garantie, l'Etat a imposé aux aspirants au grade de docteur des conditions de scolarité et des examens probatoires qui se traduisent, en définitive, pour eux, par de lourds sacrifices pécuniaires. Ils ont donc le droit de demander que l'Etat les défende de la concurrence illégale des personnes non diplômées, et que les conditions d'obtention de diplôme soient les mêmes pour tous. Sur le premier point, on sait que les lois répressives ne manquent pas, mais qu'aussi elles sont inappliquées ou restent inefficaces. Pour le second, c'est au contraire l'application même de la loi qui porte préjudice aux médecins régulièrement reçus. Il est en effet dans la loi du 19 ventôse an XI, un article IV qui se trouve en contradiction complète avec la doctrine de la garantie de l'Etat. Cet article permet au Gouvernement d'accorder à un médecin ou à un chirurgien gradué dans une Université étrangère le droit d'exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la République. A l'époque où elle fut établie, cette disposition exceptionnelle pouvait avoir sa raison d'être ; aujourd'hui elle ne présente que des inconvénients. Elle a pour effet d'autoriser à exercer la médecine en France des gradués étrangers dont rien ne garantit la capacité, et qui ne sauraient même quelquefois prétendre à cet exercice dans le pays où ils ont été gradués.

C'est en vertu de l'autorisation permise par l'article IV de la loi de ventôse qu'un grand nombre de médecins étrangers viennent faire concurrence aux médecins français. Cette concurrence s'exerce surtout à Paris et dans nos stations hivernales. On comprend qu'il serait exagéré de refuser à un médecin étranger, venant se fixer en France et justifiant d'un savoir sérieux, l'autorisation d'exercer. Mais il est exorbitant qu'un médecin étranger, sur une simple demande, puisse venir s'installer chez nous provisoirement à certaines époques, retourner ensuite dans son pays. Il faudrait au moins choisir. Ce qui est plus intolérable encore que cette médecine internationale, c'est ce qu'on pourrait appeler la commission en médecine. Nos départements, du Sud-Est surtout, sont parcourus, à certains moments, par une espèce de commis-voyageurs en médecine, qui viennent de ville en ville, recruter des malades

pour les stations thermales ou hivernales de la Suisse ou de l'Allemagne. Ceux-là n'ont même pas de domicile fixe en France : ils ne font que passer, enlevant les malades et, à l'occasion, dépréciant le savoir de nos compatriotes qui se trouvent atteints dans leurs intérêts et dans leur réputation.

Devant ce mal, sur lequel n'a pas assez insisté M. Roger-Marvaise dans son exposé des motifs, le Gouvernement est désarmé. Sans doute, en théorie, il est libre de refuser l'autorisation au médecin étranger qui ne lui paraît pas offrir de garanties suffisantes. Mais en pratique, il ne le peut, la demande d'autorisation se présentant sous le couvert des représentants en France des puissances étrangères. Il faut donc que le ministre puisse se retrancher derrière un texte de loi interdisant l'exercice de la médecine, à ceux qui ne remplissent pas les conditions exigées de nos nationaux. Tel est le but que poursuit M. Roger-Marvaise en présentant le projet de loi suivant :

Art. Ier. — L'article IV de la loi du 19 ventôse an XI, relative à l'exercice de la médecine est modifié ainsi qu'il suit :

Le Ministre de l'Instruction publique peut accorder aux gradués des Universités étrangères et aux médecins étrangers, sur le vu de leur titre, la dispense de la scolarité.

Un étranger ne peut être autorisé à exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la République qu'après avoir subi les examens probatoires prescrits par la loi française.

Art. II. — Nul dans l'exercice de la profession médicale ne peut prendre le titre de docteur, s'il n'a obtenu ce titre devant une faculté française.

L'usurpation du titre de docteur est punie d'une amende de 50 à 1,000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à six mois. L'article 463 du Code pénal est applicable.

Ces nouvelles dispositions, plus équitables que les anciennes, nous paraissent cependant incomplètes. M. Roger-Marvaise signale avec raison l'absence dans les pays étrangers de toute réciprocité. « Nulle part, en Europe, » sauf en Espagne et dans quatre des vingt-deux cantons » de la Suisse, le docteur en médecine français ne peut » exercer la médecine sans avoir subi dans le pays où il » désire s'établir les examens probatoires exigés des na- » tionaux. » Il faudrait donc établir que l'autorisation d'exercer après examens probatoires ne devra être accordée qu'aux médecins originaires des pays où la réciprocité nous sera accordée. Et cela même ne suffirait pas pour qu'il y ait égalité de traitement entre nos nationaux et les étrangers. Il est, dans certains pays, certaines facultés qui délivrent des diplômes sans astreindre les impétrants à aucune dépense scolaire ; ceux-ci n'ont à débourser que le coût du diplôme. On trouverait mauvais que des médecins français, gradués en France, les uns soient assujettis aux quatre années de scolarité, tandis que d'autres en seraient exemptés. Pourquoi laisser ce privilège à des étrangers ? Nous ne demandons pas qu'un médecin étranger passe quatre années chez nous à prendre des inscriptions avant de subir ces examens ; mais c'est à condition qu'il aura, chez lui, satisfait à des conditions de scolarité correspondantes aux nôtres. Il faut donc que le traité de réciprocité, préalablement nécessaire, exige aussi cette correspondance.

Nous n'approuverons guère non plus la latitude donnée aux tribunaux d'appliquer l'article 463 du Code pénal. Cet article permet de réduire l'emprisonnement même au dessous de six jours, et l'amende même au-dessous de seize francs. Les peines destinées à réprimer les usurpations de titres doivent être sérieuses ou elles resteront inefficaces. Récemment un officier de santé ayant usurpé le titre de docteur était acquitté par un tribunal, parce que les juges n'avaient vu dans son fait qu'une vanité excusable. Avec de pareils sentiments, les peines infligées seront dérisoires. Il aurait mieux valu prescrire dans la loi l'application de la doctrine du cumul des délits, qui tend à entrer dans la jurisprudence pour les cas d'exercice illégal.

E. T.

Des localisations dans les maladies cérébrales.

Conformément au programme qu'il s'était donné au début de son cours, M. Charcot a commencé lundi dernier la série des leçons qu'il doit consacrer aux localisations cérébrales. En abordant de nouveau cette question si intéressante et si importante, notre éminent maître a émis les considérations suivantes que nous avons cru bon de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

« Dans ces leçons, je me propose, a dit M. Charcot, d'exposer les faits d'anatomie et de physiologie pathologiques encéphaliques, qui, dans l'état actuel de la science, servent de fondement à la doctrine des *localisations cérébrales*. Ces faits ont été déjà, vous ne l'ignorez pas, l'objet de longs développements dans mon enseignement de l'an passé (1). Si j'y reviens aujourd'hui, c'est que la signification que je leur ai prêtée a été dans ces derniers temps vivement critiquée par un savant particulièrement compétent dans la matière, par un des fondateurs de la physiologie nouvelle du système nerveux ; j'ai nommé mon éminent ami, M. le professeur Brown-Séquard.

» En présence d'une opposition venant de si haut, il était de mon devoir de soumettre la question en litige à une révision complète, approfondie, afin de rechercher si j'étais, en réalité, tombé dans l'erreur, vous y entraînant du même coup. Dans le cas ou l'épreuve m'eût donné tort, je serais venu résolûment, aujourd'hui, faire amende honorable et confesser l'erreur ; mais il n'en a pas été ainsi. Mes nouvelles études, celles qui ont été entreprises dans la même direction par quelques-uns de mes auditeurs de l'an passé, n'ont fait que fortifier mes convictions premières.

» Ces convictions, j'ai voulu saisir l'occasion de les affirmer une fois de plus devant vous et vous faire connaître les documents qui leur prêtent un nouvel appui. Tel est, en somme, le but des leçons que vous venez entendre. Maintenant que vous connaissez les motifs qui me conduisent à vous entretenir aujourd'hui d'un des grands épisodes de la pathologie du cerveau, j'entre en matière.

» Il n'est pas nécessaire, je pense, de fournir de longs développements pour faire comprendre ce qu'on entend par *localisation* quand on parle de physiologie et de pathologie cérébrales. Le terme est définitivement passé dans la langue usuelle, et chacun sait ce que cela signifie. Je me bornerai à vous rappeler que le principe des localisations cérébrales est fondé sur la proposition suivante : « L'encéphale ne représente pas un organe homogène, mais bien

---

(1 Voir : *Progrès médical de 1875*, nos 17 à 29, 31 à 34, 49 et : *Pr[illegible] médic.*, 1876, n° 4.

une association. ou si vous l'aimez mieux, une confédération, constituée par un certain nombre d'organes divers.» A chacun de ces organes se rattachent, physiologiquement, des propriétés, des fonctions, des facultés distinctes; dans le domaine pathologique, la lésion de chacun d eux s'accuse par des symptômes particuliers résultant du trouble survenu dans l'exercice de ces propriétés, de ces fonctions spéciales. C'est là, en somme, ce qui rend possible le *Diagnostic régional* des affections encéphaliques, cet idéal vers lequel tendent tous les efforts du clinicien.

« La méthode qui doit nous conduire à établir, sur des bases solides les propositions que je viens d'émettre, consiste à faire appel, tour à tour, aux données fournies: 1° par l'anatomie normale, humaine ou comparée ; 2° par l'expérimentation physiologique ; 3° par l'observation clinique appuyée sur l'examen méthodique et minutieux des lésions organiques.

»Mais je ne saurais vous dissimuler, Messieurs, qu'à mon sens, dans cette sorte de trinité scientifique, les documents du dernier groupe — ceux que fournit la confrontation incessante de l'anatomie pathologique et de la clinique — doivent, dans l'espèce, figurer toujours parmi les plus importants et les plus décisifs ; car si les premiers peuvent mettre souvent sur la voie des localisations, seuls ceux-là permettront, pour ce qui touche à l'homme, de juger en dernier ressort et de fournir la preuve.

» C'est qu'en effet, Messieurs, il ne faut pas l'oublier, c'est l'homme qu'il s'agit de considérer ; l'homme qui, relativement aux fonctions des centres nerveux supérieurs, s'éloigne si profondément, sur bien des points, des animaux même les plus élevés dans l'échelle. Pour ce qui le concerne, à cet égard, les résultats de l'expérimentation la plus ingénieuse, la mieux conduite, ne peuvent fournir, remarquez-le bien, que des présomptions plus ou moins fondées, non pas une démonstration absolue. C'est donc chez l'homme lui-même, je le répète, que la preuve doit être cherchée.

» Toutefois, les observations limitées au domaine humain, privées du puissant levier de l'expérimentation, semblent au premier abord, condamnées à un rôle subalterne, en quelque sorte effacé. Mais il y a là une apparence à laquelle il ne faut pas se laisser prendre. Ainsi qu'on l'a depuis longtemps fait remarquer, les conditions d'une expérience, à la vérité produite spontanément, se réalisent chaque jour. chez l'homme, dans les circonstances pathologiques. Pour en tirer parti, il s'agit seulement d'apprendre à se plier aux nécessités d'une situation qui est fort différente, incontestablement, à bien des égards, de celle que l'expérimentation crée de parti pris, chez l'animal, mais qui n'est pas toujours plus complexe. S'il est vrai que les observations faites sur l'homme malade, à la lumière de l'esprit physiologique, exigent en général plus de temps, plus de patience que les études correspondantes faites chez l'animal mis en expérience ; s'il est vrai que chez l'homme les conditions des phénomènes, contrairement à ce qui a lieu dans le laboratoire, ne peuvent être ni modifiées ni reproduites, à la volonté de l'observateur, il est vrai également que la maladie détermine souvent, dans le corps de l'homme, des lésions plus exactement limitées à un organe, à un tissu, plus systématiques autrement dit, et plus compatibles avec la persistance de la vie, l'intégrité des fonctions non directement intéressées, et, par conséquent, plus favorables à une analyse méthodique et prolongée, que ne le sont les mutilations produites chez l'animal par le physiologiste *même le plus habile*. Voilà une série d'assertions qu'il est facile de justifier surtout quand il s'agit de pathologie des centres nerveux. J'espère le montrer surabondamment dans le cours de ces leçons. »

M. Charcot consacrera les leçons du 10 et du 14 juillet à l'exposé des faits récents relatifs aux *localisations cérébrales*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 1er juillet 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Luys, en présentant à la Société des cerveaux d'individus intelligents et d'idiots, en fait ressortir les caractères distinctifs. Sur les derniers, on trouve une atrophie notable des circonvolutions frontales antérieures et surtout des lobes carrés.

M. Cl. Bernard. La science sur ce point est encore bien peu avancée. Ainsi Magendie me racontait que Gall, à qui il présenta le cerveau de Laplace et celui d'un idiot, ne put pas indiquer celui qui appartenait à l'homme de génie. Il existe sans doute à ce point de vue de notables différences, elles sont encore à trouver.

M. Lépine fait remarquer qu'il faut tenir compte aussi bien de la profondeur que de l'étendue des circonvolutions.

M. Luys signale à l'attention des anatomistes un fait curieux encore inexpliqué. Lorsqu'on soumet à la macération un cerveau dans l'acide azotique, on remarque que quelques-uns d'entre eux subissent une raréfaction notable, de sorte que les circonvolutions paraissent très-écartées les unes des autres. Du reste les individus dont les cerveaux présentèrent cette altération avaient tous succombé à une affection cancéreuse.

M. Hayem présente quelques considérations sur la nature du purpura hemorrhagica à propos d'un malade qu'il a étudié à l'Hôpital temporaire. Il s'agit d'un homme de 32 ans, cuisinier, ayant vécu dans des conditions hygiéniques assez favorables, chez qui la maladie débuta sans cause appréciable. Après une période de malaise vague qui dura 15 jours, les hémorrhagies apparurent : piqueté scorbutique de la peau, épitaxis peu abondantes, mais répétées, écoulement sanguin par l'oreille droite et surtout par les gencives. Voyant que l'état général s'aggravait de jour en jour et que l'anémie devenait de plus en plus profonde, M. Hayem essaya de relever les forces par une transfusion du sang. Après une amélioration de très-courte durée, les phénomènes graves réapparurent, le délire survint et le malade succomba. La température présenta au début une marche très irrégulière, s'éleva notamment après la transfusion et surtout dans les derniers jours. L'examen du sang, pratiqué pendant la vie, offrit des particularités intéressantes : le nombre des globules rouges était très-peu élevé (1,100,000). En outre, le sang renfermait un grand nombre d'éléments blancs très-différents des leucocytes. Les plus petits, du volume d'un globulin, étaient constitués par une masse de protoplasma dans lequel on trouvait un noyau pâle, finement granuleux, avec nucléole très-net. D'autres, plus volumineux que les globules blancs adultes, renfermaient plusieurs de ces noyaux dans une gangue de protoplasma. En somme, ce sont des éléments embryonnaires, produits de segmentation cellulaire.

L'autopsie, incomplète en raison de l'état de putréfaction du cadavre, donne les résultats suivants : rate très-volumineuse, foie décoloré et jaunâtre par places, reins pâles, jaunâtres : suffusions sanguines sous les méninges ; taches noirâtres à la surface des circonvolutions. L'examen microscopique des taches de la peau démontre que les cellules de la membrane interne de certaines artères étaient en voie de prolifération. Au centre de ces taches, on trouvait une artériole oblité-

rée par un caillot où étaient emprisonnées des cellules desquamées. Il est impossible de dire s'il y avait là thrombose ou embolie. Les artérioles des méninges et du cerveau présentaient des lésions analogues. Ces faits sont surtout intéressants si on les rapproche des lésions constatées dans le foie.

M. Hayem y trouve, en effet, des altérations identiques à celles qu'il a rencontrées avec M. Vulpiau, dans une forme d'infection purulente. Décrites sous le nom de taches anémiques et d'abcès miliaires, elles sont dues à l'arrêt du cours du sang dans les lobules, et à l'accumulation des leucocytes dans les capillaires avec extravasation de ces éléments. Il semble donc que la maladie de Werlhof rentre dans la classe des maladies infectieuses septicémiques avec altération grave du sang.

M. Vidal fait remarquer que les causes toxémiques qui peuvent donner naissance à cette maladie sont très-nombreuses : à ce titre, il faut signaler les troubles nerveux profonds, comme le prouve le fait suivant : une femme, d'une excellente santé habituelle, ayant vu rapporter chez elle son mari écrasé par une voiture, fut prise de crises nerveuses intenses et répétées. Deux jours après se produisit un purpura hemorrhagica très-net.

M. Vidal communique à la Société de nouveaux faits d'inoculation de maladies cutanées. C'est ainsi qu'il est parvenu à obtenir l'autre inoculation de la variété d'impétigo, connue sous le nom d'impetigo contagiosa, remarquable par le volume de ses bulles.

M. Raymond fait à la société de Biologie une communication dont voici le résumé : 1° La paralysie saturnine peut commencer par l'extenseur propre du petit doigt, ou de l'index ; 2° les muscles des mains, chez les peintres, peuvent être également paralysés à droite et à gauche ; 3° la contractilité musculaire peut disparaître progressivement dans les divers faisceaux du muscle deltoïde ; 4° le court extenseur du pouce conserve souvent, alors que les autres muscles sont paralysés, sa propriété contractile; 5° le biceps se paralyse quelquefois ; 6° la perte de la contractilité électrique peut précéder celle de la contractilité musculaire ; 7° lorsque les muscles de la face postérieure ou les os sont paralysés et atrophiés, le courant électrique passe avec la plus grande facilité sur les muscles fléchisseurs ; 8° il existe une hémiplégie saturnine ; 9° l'empoisonnement chronique par le plomb peut engendrer d'autres troubles cérébraux, mouvements choréiques, ataxie, tremblements, etc., susceptibles de guérison ; 10° le mercure peut produire des paralysies absolument semblables à la paralysie saturnine, comme l'a montré M. Gubler ; 11° la colique saturnine, d'après M. Gubler, siége dans les parois de l'intestin; en effet, en pressant entre les mains, les muscles du ventre, on ne produit pas de douleur, tandis qu'en appuyant sur les intestins, on en détermine une intolérable. La douleur musculaire des parois du ventre peut exister chez les saturnins ; on la fait disparaître avec la plus grande facilité, par l'électrisation, comme dans les cas de myosalgie ordinaire, ainsi que l'a fait voir M. Gubler.

A l'hôpital Beaujon, il résulte des expériences faites par le savant professeur de thérapeutique que l'iodure de potassium, administré à l'intérieur peut produire [illegible]uminurie ; jamais il ne l'a vu se produire par les badigeonnages de teinture d'iode à la surface du corps, si étendu[illegible] ou les suppose.

M. Duval donne un rapide aperçu de ses recherches sur la disposition du facial dans le bulbe. Pour arriver à son double noyau, ce nerf suit un trajet très-complexe, qui rappelle par ses courbures celui qu'il présente dans l'aqueduc de Sylvius. Le premier de ces noyaux, genou du facial, lui est commun avec le moteur oculaire externe. Le second, vrai noyau du facial, situé sous les couches superficielles des fibres circiformes, est placé près de l'olive supérieure de Lockart Clarke. Du reste, la description que donne M Duval, se rapproche de celle de M. Meynert. Seulement, de même que pour le grand hypoglosse, il ne croit pas à l'existence de faisceaux radiculaires directs. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 juillet 1876. — Présidence de M. Chatin.

M. Pasteur présente à l'Académie de médecine un ouvrage récemment écrit par lui : *Etude sur la bière*; ses maladies, ses altérations, le moyen de la conserver et nouvelle théorie de la fermentation. A ce propos, il rappelle en quelques mots ses opinions sur la fermentation ammoniacale des urines. Il exhorte les médecins et les chirurgiens surtout à se défier des ferments organisés et leur propose comme un antiseptique destiné à leur rendre de grands services, l'*acide borique* plus énergique que l'acide phénique et en même temps beaucoup plus maniable. — M. Pasteur met sous les yeux des membres de l'Académie un appareil destiné à montrer que le coton empilé sur une grande hauteur permet facilement la circulation des gaz et que par conséquent le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin remplit bien l'indication voulue, qui est de soustraire les plaies au contact des ferments tenus en suspension dans l'atmosphère que chacun respire. — Enfin l'orateur combat la théorie de M. Pidoux qui veut que la maladie soit spontanée, qu'elle naisse en nous, de nous, par nous ; tandis qu'au contraire il faut dire que la maladie nous vient toujours du dehors.

M. Bouley donne lecture du discours qu'il a prononcé à l'occasion de l'inauguration du buste de Tessier.

Suite de la discussion sur la nature du bruit de souffle qu'on entend chez les femmes enceintes.

M. Depaul. — Outre les diverses théories dont il a été question dans la précédente séance, deux autres sont à discuter, celle de M. Bouillaud, celle de M. Depaul. La divergence qui les sépare n'est pas aussi grande qu'elle le paraît. M. Bouillaud a raison quelquefois, M. Depaul a raison dans la plus grande majorité des cas : voilà toute la différence. — Partant de ce principe que la compression d'une artère donne lieu à une pulsation et a un souffle, M. Bouillaud trouve que l'utérus gravide peut comprimer les artères iliaques et produire dès lors le souffle de la grossesse, — mais comment expliquer le souffle quand l'utérus ne comprime pas les artères ? au 3e et 4e mois l'utérus n'est pas encore sorti de la cavité pelvienne, il est trop peu amplifié pour s'appuyer sur les parois latérales du petit bassin, les arteres ne sont nullement aplaties par lui, et cependant on entend déjà le souffle. M. Bouillaud dit qu'on entend le bruit quand il y a des tumeurs du bas-ventre. — Dans ces cas, le souffle qu'on entend n'est pas le vrai souffle de la grossesse ; c'est la pulsation avec souffle ce qui est bien différent. — M. Bouillaud fait pencher fortement une femme enceinte sur le côté et ne perçoit pas le souffle du côté opposé, du côté où l'artère iliaque n'est plus comprimée. — M. Depaul a refait l'expérience des centaines de fois et a toujours retrouvé le souffle.

M. Bouillaud n'attache aucune importance à cette experience depuis qu'il a entendu le bruit de souffle *après* l'accouchement.

M. Depaul. Le bruit de souffle des femmes accouchées a été perçu depuis bien longtemps. On peut l'entendre pendant une heure, deux heures, et même pendant plusieurs jours après la délivrance ; il ne peut être produit par une compression artérielle quelconque. M. Bouillaud confond *pulsation avec souffle* et *souffle sans pulsation*. La théorie de M. Depaul diffère des autres en ce que, pour lui, le bruit se passe dans le tissu utérin même. — Les bruits perçus par l'auscultation de l'abdomen chez les femmes enceintes sont multiples ; ils ont des origines variées. On entend en effet : les bruits respiratoires de la mère, les bruits du cœur de la mere, les bruits artériels de la mère, les mouvements actifs du fœtus c'est même en cherchant les bruits causés par ces mouvements que M. de Kergaradec découvrit le souffle utérin, les battements du cœur du fœtus, et enfin deux souffles, l'un qui appartient à la circulation maternelle, l'autre qui appartient à la circulation fœtale. C'est le premier de ces deux souffles qui est le souffle utérin. Ses caractères principaux sont : d'être *constamment* dépourvu de choc ; *de varier* dans son timbre ; de *ne pas se passer dans les veines* ; d'être *intermittent* presque toujours, excepté quand les battements du cœur maternel sont

très-fréquent ; de pouvoir être perçu avec une intensité variable *dès le* [illegible] *mois de la grossesse* ; de se développer en intensité avec la grossesse ; d'être *très-superficiel* ; d'être perceptible *partout*, mais *surtout près des parties latérales* de l'utérus ; de disparaître sous l'influence d'une faible compression locale, et de la contraction utérine. — *Il a son siége dans les artères utérines.*

— La discussion sera reprise dans la prochaine séance. L'Académie lève la séance à 5 h. 1/4. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance de 25 février 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

37. Cancer primitif du testicule, tumeurs cancéreuses secondaires du duodenum, du foie et du poumon droit. Perinéphrite et altération du rein droit; par M PORAK, interne des hôpitaux.

X..., 31 ans, est entré à Beaujon dans le service de M. Moutard Martin, le 3 janvier 1876.

C'est un homme robuste, peu intelligent, ne nous donnant pas de renseignements suffisants sur ses antécédents. Il jouissait d'une bonne santé et n'a eu aucune maladie antérieure. Il a cependant une énorme tumeur testiculaire dont il fait remonter le début en 1870, mais qui ne l'a jamais préoccupé et pour laquelle il n'a jamais demandé de soins.

Depuis deux mois et demi ou trois mois il a présenté quelques symptômes qui l'ont forcé de suspendre ses occupations; frissons, vomissements bilieux, malaise général, perte d'appétit, douleurs vives de côté. Un médecin appelé lui ordonna un vomitif, à la suite de quoi il y eut un peu d'amélioration, mais il ne reprit pas de forces, et les toniques, le quinquina dont il fit usage ne réussirent pas davantage à modifier son état. Il garda le lit pendant six semaines ; au bout de ce temps il ressentit des douleurs lombaires très-intenses avec besoins fréquents d'uriner, mais les urines n'étaient pas plus abondantes et il ne nota aucune modification digne d'être signalée. Le lumbago persistant, augmentant de violence, il entra à Beaujon le 3 janvier 1876.

A son entrée nous lui trouvons le visage pâle et maigre ; perte d'appétit, faiblesse excessive, mais aucun trouble circulatoire, respiratoire, ou digestif ; il ne se plaint que d'une violente douleur dans la région lombaire qui est persistante.

De plus, il a au testicule droit une tumeur considérable et lourde, sans épanchement dans la vaginale ; cette tumeur est dure, et l'on sent en certains points des nodosités qui ont la consistance du cartilage ; pas de douleurs à la pression. Nous pensons avoir affaire à un enchondrôme.

Quant au diagnostic de l'affection pour laquelle il vient demander des soins, il est difficile de le fixer avec netteté et l'on met le malade en observation. — Ventouses scarifiées sur la région lombaire.

Les jours qui suivirent, son état ne présenta aucune modification, mais une semaine après son entrée ses deux membres inférieurs devinrent très-rapidement le siége d'un œdème considérable, pas de bouffissure au visage, pas d'albumine dans l'urine, grande pâleur du visage, bruit de souffle anémique très-prononcé au premier temps à la base du cœur. On recueille les urines tous les jours et on est frappé de la petite quantité qui est rendue. Nous ne trouvons que 200 à 300 grammes d'urine tous les jours.

Le 17 *janvier*, sans cause appréciable, la quantité d'urine rendue augmente brusquement, et atteint 1500 gr.

Jusqu'au 20 *janvier* la quantité d'urine rendue en 24 heures s'écarte peu de ce chiffre. — Le 20, il rend deux litres d'urine.

Le 21, 2050 gr. A l'examen de l'urine on trouve un très-léger trouble par la chaleur, et à froid aussi par l'addition de l'acide nitrique. Ce nuage ne se forme pas par l'examen avec l'acide picrique. Nous restons toujours dans cette même opinion, qu'il n'y a pas d'albumine dans ces urines, pas de sucre. L'urine est très-claire, ne laisse aucun dépôt au microscope, pas de tubuli. Rien à noter à l'examen des autres fonctions. 22 et 23 *janvier*, 2400 gr. d'urine.

24 *janvier*. 3 litres d'urine. L'œdème des jambes a notablement diminué, mais les veines de l'abdomen se développent ; il est bien évident qu'une circulation collatérale s'établit par les veines. 25. 3200 gr. d'urine.

26. 3400 gr. d'urine. Perte de l'appétit, constipation, langue sale, fièvre : pouls 116. température 39. Jusqu'alors il n'avait pas eu de fièvre. Les douleurs lombaires persistent toujours. A la visite du soir, vomissements. — Huile de ricin 20 gr.

27. 1200 gr. d'urine. pouls 111.

28. — 1,600 gr. d'urine. La fièvre a complétement disparu.

29. — 1,200 gr. d'urine. Nausées, vomissements.

30. — 1,100 gr. d'urine.

31. — 750 gr. d'urine. Nouvel accès fébrile. Diarrhée. — Sous-nitrate de bismuth.

1er *février*. — 700 gr. d'urine. La diarrhée et la fièvre ont disparu. — 2 *fév.* — 600 gr. d'urine.

3 *fév.* — 850 gr. d'urine. L'œdème diminue toujours, à mesure, d'ailleurs, que la circulation complémentaire s'accuse du côté des parois abdominales : il est bien évident qu'il y a une tumeur abdominale qui comprime la veine cave. Cependant on ne sent aucune tuméfaction à la palpation du ventre ; il est difficile de se rendre compte de l'induration des veines fémorales, pas de douleurs vives dans les membres inférieurs. Cet œdème n'a jamais présenté les symptômes douloureux de la plegmatia alba dolens. Les douleurs des reins persistent, la pâleur du visage et l'anémie deviennent plus notables, le bruit du souffle cardiaque toujours très-prononcé.

4. — 1,700 gr. d'urine.

5. — 2,100 gr. d'urine. Un peu plus d'appétit.

7. — 1,500 gr. d'urine. Bronchorrée. Peu de symptômes stéthoscopiques.

8. — 1,250 gr. d'urine. L'appétit reste toujours meilleur. Râles sous-crépitants à gauche. Affaiblissement progressif, abattement.

9. — 1,600 gr. d'urine. Les jambes sont un peu plus enflées. — 10 *fév.* — 1,500 gr. d'urine. Les jambes désenflent.

11. — 1,000 gr. d'urine. Toujours de la bronchorrée, expectoration incolore et mousseuse.

12-14. — 1,800 à 1,900gr. d'urine. L'état du malade empire brusquement et sans cause déterminée. La maigreur devient excessive. Les yeux s'excavent, les pommettes deviennent saillantes, les muscles releveurs des lèvres font saillie pendant les contractions de la bouche La circulation complémentaire est très-marquée ; les veines sont surtout volumineuses à gauche ; elles forment une notable saillie ; elles ont au moins le volume d'un manche de porte-plume. Le courant sanguin est ascendant.

15. — 1,450 gr. d'urine. Etat très-grave. Le malade a de la péritonite. Sensibilité excessive du ventre, le moindre attouchement le fait souffrir. Abdomen très-ballonné, face grippée. Pouls fréquent et filiforme, peau chaude.

16-17. — 1,500 gr. d'urine. Douleurs de ventre moins vives. Altération considérable des traits.

18. — 2,000 gr. d'urine. Crachats jaunes-verdâtres. Râles sous-crépitants, oppression.

19. — 3,400 gr. d'urine. — 20. — 5 litres 1/2 d'urine.

21. — 6 litres d'urine. Mort après une longue agonie.

AUTOPSIE, le 21 février. — A l'ouverture de l'abdomen, on constate tout d'abord une injection assez marquée de l'intestin qui présente une coloration ardoisée. Il y a peu de liquide dans la cavité péritonéale. Le péritoine pariétal est blanchâtre et comme lavé.

On peut enlever facilement le gros intestin et la plus grande partie de l'intestin grêle, mais sa partie supérieure se trouve englobée dans une vaste tumeur appliquée à la partie supérieure de la portion lombaire et à la partie inférieure de la portion dorsale de la colonne vertébrale.

Cette tumeur mamelonnée, irrégulière, est manifestement ramollie en certains points. En différentes parties de l'intestin grêle, on trouve quelques fausses membranes fibrineuses, qui attestent un certain degré de péritonite. On retrouve des fausses membranes dans la partie la plus déclive de la cavité péritonéale, dans le cul-de-sac recto-vésical.

Le mésentère, très-congestionné, contient entre ses deux

lames, de très-nombreux ganglions tuméfiés et volumineux. Les deux reins se trouvent compris en partie dans la tumeur que nous avons signalée, mais surtout le rein droit, dont l'atmosphère celluleuse n'existe plus et est remplacée par un tissu fibreux, dense, blanchâtre et dur.

La vessie est très-distendue, contenant au moins un demi litre d'urine, présentant aussi bien sur la face péritonéale que sur la face muqueuse, quelques sigillations ecchymotiques

La prostate, l'urèthre et le testicule gauche sont sains.

Testicule droit. Les feuillets de la vaginale sont épaissis et forment à la tumeur un revêtement d'un blanc éclatant, d'aspect nettement fibreux, épais d'un demi centimètre. La cavité de la tunique vaginale n'existe pas, on n'en trouve plus que des portions, sous forme de kystes peu nombreux et peu volumineux, contenant dans leur intérieur une sérosité transparente, citrine, analogue au liquide de l'hydrocèle. Mesurée sur une coupe longitudinale, nous trouvons que le grand diamètre de cette tumeur est de 10 centimètres. Le tissu normal se trouve remplacé par un tissu fibroïde dense, criant sous le scalpel, formé de fibres enchevêtrées et limitant des trabécules très-fines. En certains points, la dégénérescence plus avancée se présente sous forme de petits ilots jaunâtres. Les nodosités qui nous avaient fait penser pendant la vie a un enchondrôme du testicule, sont constituées par un épaississement partiel très-considérable des feuillets adhérents à la vaginale, dont l'épaisseur dépasse un centimètre en certains points.

Par la pression et par le grattage de la coupe, on peut recueillir sur la lame d'un bistouri un peu d'un ichor, d'ailleurs peu abondant. Ce liquide renferme des cellules caractéristiques du carcinôme, cellules volumineuses, inégales, contenant un ou plusieurs noyaux très-nets.

La tumeur appliquée contre la colonne vertébrale, est constituée par une hyperplasie conjonctive, qui enveloppe différents organes que nous allons passer en revue.

1° Des ganglions cancéreux, volumineux; quelques-uns même sont ramollis;

2° La troisième portion du duodénum et le commencement de l'intestin grèle; si l'on ouvre cette portion de l'intestin, on trouve sur sa partie postérieure une vaste ulcération, qui commence à un centimètre au-dessous de l'ampoule de Vater. Elle mesure dans sa longueur 9 centimètres, dans sa largeur 6 centimètres. La muqueuse est dans sa partie médiane complétement détruite, et son fond est ramoili et putrilagineux. Les bords forment une saillie à mamelons très-irréguliers, ils sont de plus sinueux. Cette ulcération présente les caractères d'une ulcération cancéreuse;

3° Le pancréas, dont une très-petite partie est seulement englobée;

4° Le rein gauche par son hile seul. Il est très-congestionné et son grand diamètre atteint 13 centimètres; il est donc hypertrophié. D'ailleurs pas d'altération notable dans sa texture;

5° Le rein droit est aussi hypertrophié; son grand diamètre est d'à peu près 13 centimètres. Mais, tandis qu'à gauche l'atmosphère cellulo-graisseuse et la capsule du rein étaient normales; ici, au contraire, elles sont transformées en un tissu fibreux très-dense, très-adhérent au tissu rénal, au point qu'il est impossible de l'énucléer. Le tissu cellulo-graisseux périrénal n'existe plus; aussi ce viscère a-t-il contracté des adhérences assez intimes avec les organes qui l'entourent. Nous n'avons pu l'enlever qu'en les coupant. A la coupe le parenchyme rénal se trouve donc enveloppé par une capsule épaisse de près de 2 centimètres, ayant les caractères du tissu fibreux, d'une blancheur éclatante, d'une dureté considérable, ne donnant aucun liquide par le grattage, absolument analogue à l'altération que nous avons déjà signalée à propos du revêtement de la tumeur testiculaire droite. Cependant elle en diffère par deux caractères, par son épaisseur et par l'existence de véritables abcès de volume très-variable dont les plus volumineux sont plus gros qu'une fève; en certains points on trouve de petits ilots jaunâtres, du volume d'un pois, origine probable de ces collections purulentes. Les calices et les bassinets sont considérablement distendus, de telle sorte que le parenchyme rénal compris entre cette coque et les calices ainsi altérés est atrophié. De plus, il est blanc jaunâtre et est le siége d'une altération brightique évidente;

6° L'uretère droit, normal au-dessous de la tumeur, est dilaté à son niveau et au-dessus. Il est de 4 à 5 fois plus volumineux que l'uretère gauche; c'est une véritable hydronéphrose. Là est évidemment la cause de la distension des calices et des bassinets que nous venons de signaler;

7° L'aorte et la veine cave inférieure un peu au-dessous des mésentériques jusqu'à leur bifurcation, l'artère et la veine rénales droites. Dans l'intérieur de la veine cave on trouve un caillot volumineux, jaunâtre, grenu, adhérent aux parois et qui se continue dans ses gros troncs d'origine. Ainsi les iliaques primitives, internes et externes, les fémorales superficielles et profondes sont distendues par ces coagulations que nous avons suivies à droite et gauche jusque dans les poplitées. Mais en ce point les caillots n'étaient déjà plus adhérents aux parois veineuses, ils étaient moux, en certains points rouges, en d'autres points blancs cireux et filamenteux.

L'artère et la veine rénales gauches sont libres. L'artère et la veine mésentériques sont libres aussi; il en est de même des deux veines saphènes. Il n'y a pas de caillots non plus dans les veines hémorrhoïdales.

Enfin nous trouvons des noyaux cancéreux en d'autres points: 1° Dans le foie deux noyaux, l'un dans le lobe gauche du volume d'une noisette; l'autre dans le lobe droit du volume d'une noix; — 2° A la base du poumon droit, un noyau du volume d'une noisette.

Le pancréas est sain. — Capsules surrénales, volumineuses; petites nodosités jaunâtres. — Foie hypertrophié, congestionné; vésicule biliaire augmentée et volumineuse, contenant une bile peu colorée.

Au cœur, hypertrophie considérable des parois du ventricule gauche, pas de lésions valvulaires.

Plèvre droite; adhérences générales et anciennes, noyau cancéreux déjà signalé.

Plèvre gauche; pas d'adhérences. Tout le lobe inférieur du poumon gauche est le siége d'une inflammation à la période d'hépatisation rouge; très-petit point en hépatisation grise.

Le cerveau n'a pas été examiné.

38. Cancer du sein droit, propagé à la plèvre du côté gauche; par M. E. Monod, interne des hôpitaux.

Femme de 59 ans, morte dans le service de M. Després, à l'hôpital Cochin. Le début du mal remontait à dix ans. La région mammaire était occupée par une large ulcération, au centre de laquelle on distinguait le mamelon intact; M. Després avait diagnostiqué un épithélioma du sein. Pendant les dernières semaines qui précédèrent la mort, la malade toussait fréquemment, et se plaignait de points de côté. A l'auscultation on entendait un bruit de frottement extrêmement rude. Ces différents signes firent soupçonner une métastase pulmonaire, et l'autopsie confirma cette supposition.

La plèvre gauche renfermait des noyaux cancéreux dans toute son étendue; ils étaient surtout abondants sur le feuillet pariétal de la séreuse; le feuillet viscéral et le feuillet diaphragmatique en renfermaient également. A la coupe du poumon on trouvait quelques rares noyaux disséminés. Tout le bord antérieur du poumon était solidement fixé au péricarde par des masses cancéreuses. La coupe d'un de ces noyaux présente une surface molle d'un blanc grisâtre. En portant sous le champ du microscope le suc obtenu par le raclage de cette surface, on voit à côté des cellules rondes de petite dimension, de grandes cellules irrégulières renfermant un noyau, connues sous le nom de cellules géantes.

La plèvre pariétale gauche est complétement saine. Cette intégrité de la plèvre correspondant au sein malade, et la propagation du cancer au côté opposé constituent le principal intérêt de cette observation.

39. Myôme utérin en voie de crétification; par le même.

L'utérus de la malade précédente présentait trois bosselures de volume inégal et d'inégale consistance. La *première*, grosse

comme un œuf offre à la coupe tous les caractères d'un myôme utérin ; la *deuxième*, un peu plus volumineuse, est aussi beaucoup plus dure ; à la coupe, qu'on parvient difficilement à faire avec un couteau, on trouve une surface irrégulière rugueuse, formée par places de masses ossiformes diversement contournées et séparées par des faisceaux fibreux. Enfin la *troisième* tumeur, qui a le volume d'une noix, est complétement pétrifiée ; il faut la scier pour en pratiquer la coupe ; celle-ci n'offre pas l'aspect rugueux de la dernière, mais une surface plane, régulière et très-dure. L'examen de cette pièce permet de suivre les différentes phases de la crétification des myômes utérins. Les 3 tumeurs, qu'on y voit réunies, représentent trois époques différentes de cette évolution.

On trouvera dans le tome III de la *Pathologie des tumeurs* de Virchow, des détails intéressants sur ces produits en même temps qu'une figure représentant exactement une des trois tumeurs. Rappelons que ces masses, auxquelles l'auteur allemand donne le nom de *tumeurs fibro-calcaires* de l'utérus, n'ont pas de structure osseuse proprement dite ; ce sont des pétrifications amorphes. — (La pièce sera déposée au Musée.)

M. Houel. Les petits corps fibreux ne sont pas les seuls qui subissent la crétification ; des tumeurs considérables peuvent subir cette transformation non-seulement dans leur coque mais dans toute leur masse. Il faut remarquer de plus ici que, suivant la règle posée par Cruveilhier, l'utérus qui renfermait des corps fibreux n'est pas devenu cancéreux.

M. Desprès. Le cancer de la plèvre avait été reconnu pendant la vie ; on entendait à l'auscultation de gros craquements rudes analogues à ceux de l'arthrite sèche, distincts des frottements pleuraux ordinaires.

40. Tuberculose des voies urinaires; par M. Doléris, interne provisoire.

J. R..., 26 ans, garçon de pharmacie, entre le 29 janvier dans le service de M. Bouchard, à Bicêtre.

Sa mère est morte à la suite d'une affection chronique des organes thoraciques. Pas de syphilis ni de rhumatisme dans ses antécédents. Fluxion de poitrine à droite il y a deux ans. Le malade tousse depuis cette époque ; mais principalement depuis six mois exacerbation de la toux, amaigrissement considérable, sueurs nocturnes, léger mouvement fébrile le soir.

A son entrée, on constate les symptômes d'une infiltration granuleuse des poumons, et l'existence d'une cavité dans le sommet droit. La température est très-élevée 39° 2. Le pouls petit et rapide. Le facies présente l'aspect typhoïde.

Les lésions pulmonaires ont fait de rapides progrès dans l'espace de quatorze jours pendant lesquels le malade a séjourné dans le service ; la température s'est maintenue très-élevée, et nous avons vu les phénomènes généraux s'accroître progressivement jusqu'à la mort, à tel point que la maigreur est arrivée à un degré extrême, et que l'aspect typhoïde était devenu des plus caractéristiques.

Au milieu de cet ensemble de phénomènes qui paraissent sous la dépendance d'une granulie à marche rapide, quelques détails symptomatiques ont presque passé inaperçus. L'examen nécroscopique nous ayant fait découvrir des désordres organiques que nous n'aurions pu que soupçonner, nous avons dû relever les indices qui auraient pu les déceler pendant la vie et qui sont consignés dans l'observation journalière de la maladie.

1° A son entrée, le jeune homme ne présentait aucun trouble du côté des voies urinaires. L'urine en quantité normale, ne contenait pas d'albumine.

2° Quelques jours après, il se plaignait de douleurs vives dans l'abdomen, et notamment dans les régions des hypochondres. Cette douleur pourrait être mise sur le compte d'une entérite tuberculeuse, ou d'une poussée de même nature dans le péritoine, ce que d'ailleurs l'autopsie a démontré partiellement.

3° Jamais le malade ne s'est plaint d'hématurie ou d'hémorrhagie d'aucune sorte ; il n'avait jamais eu la moindre hémoptysie.

4° Enfin en examinant ses urines trois à quatre jours avant sa mort, nous fûmes surpris de leur couleur foncée, sans penser cependant qu'elles pussent contenir du sang ; effectivement cette couleur paraissait plutôt due à l'énorme quantité de sédiments uratiques renfermée dans la proportion très-faible d'urine que le malade excrétait. C'était là un phénomène ultime, autorisé en quelque sorte par la rapidité de la désassimilation et l'élévation considérable de la température. C'est ainsi que pourrait aussi s'interprêter le délire violent qui marqua les derniers jours de la maladie.

L'autopsie pratiquée le 15 février nous fit découvrir, en dehors des lésions prévues : granulations dans tout le parenchyme pulmonaire, cavité dans le sommet droit, adhérences pleurales, etc., des altérations graves dans les voies urinaires (reins, uretères, prostate et vessie).

Le rein gauche est peu atteint, on n'y trouve que quelques granulations éparses dans le parenchyme ; l'uretère de ce côté, de calibre normal, s'ouvre librement dans la vessie.

Le rein droit, volumineux, présente dans son tiers supérieur un semis abondant de granulations à diverses périodes d'évolution, quelques-unes sont ramollies, et il existe en outre de petites cavités de volume variable, de un grain de mil à un grain de chènevis, dans le reste de l'organe.

Les deux cavités les plus importantes sont constituées par une sorte de poche vide, à parois épaisses, tomenteuses, tapissée d'une couche de matière caséeuse, épaisse, jaunâtre, qui occupe la partie moyenne du rein, plus rapprochée cependant de l'extrémité supérieure. Cette poche, qui paraît double au premier abord est cependant unique, en ce qu'il existe un point retréci par lequel les deux cavités communiquent. Elle est distincte du bassinet.

Le bassinet et la surface des calices sont tapissés par une muqueuse épaissie d'aspect grenu recouverte à la surface de matière caséeuse demi-liquide. Les cônes des pyramides sont déchiquetés, déformés et en partie détruits, de telle sorte que la cavité du bassinet est irrégulière et anfractueuse remplie de liquide jaunâtre. L'uretère du même côté présente les mêmes lésions : épaississement énorme des parois devenues comme fibroïdes. Cavité distendue et remplie de matière tuberculeuse ramollie, muqueuse boursouflée, grenue et très-indurée. Au niveau de son embouchure dans la vessie existe une ulcération petite, irrégulière, taillée à pic, à surface chagrinée de couleur jaunâtre, qui borde le pourtour de l'orifice et est très-apparente sur la muqueuse vésicale ; celle-ci présente en outre au pourtour du col trois plaques ulcérées séparées par des portions de muqueuse pâle et saine en apparence.

Deux de ces ulcérations, plus rapprochées du col, et situées sur la paroi inférieure ont une surface comme une pièce de 1 franc, à bords déchiquetés, à pic, dessinés par un liseré rouge vif ; le fond est profond de 1 2 millimètre environ, grenu et de coloration jaunâtre, recouvert d'une mince couche de matière tuberculeuse. Ces points ulcérés se prolongent dans l'orifice du col et la cavité du canal à 1 centimètre environ.

La troisième ulcération plus petite, répond à la base du trigône, elle est en tout semblable aux deux premières et présente une surface de un centimètre de diamètre environ, tandis que les points ulcérés voisins du col de la vessie sont continus, d'une part avec l'embouchure de l'uretère droit, de l'autre avec le canal uréthral, le troisième est isolé des premiers. Le reste de la muqueuse n'offre point d'altérations visibles à l'œil nu, sauf quelques tubercules miliaires disséminés à la surface, dont deux ou trois seulement sont ulcérés.

La prostate est infiltrée de granulations non encore ramollies. — Testicules petits mais sains. Vésicules séminales également saines. Les lésions restent bornées aux voies urinaires et paraissent être la conséquence les unes des autres. L'infiltration tuberculeuse semble s'être faite par transport direct, du rein dans l'uretère et de celui-ci dans la vessie. Il y a, en effet, continuité des lésions de ces divers organes, sauf toutefois pour ce qui est des tubercules isolés de la muqueuse vésicale.

M. Charcot. On peut, sur cette pièce, suivre en quelque sorte les progrès de l'infection ; les fragments détachés des

masses caséeuses du rein se mettent en contact avec le bas-fond de la vessie et y déterminent des ulcérations.

M Terrillon. Il faut noter ici l'absence des hématuries qui constituent parfois un des phénomènes initiaux de la tuberculose génito-urinaire, deux ou trois mois avant tout autre accident ; des faits de ce genre sont rapportés dans la thèse de M. Stapfer.

41. Fœtus hydrocéphale avec vices de conformation des quatre membres. — Fracture du crâne; par Et. Golay, interne des hôpitaux.

Avant de décrire les pièces anatomiques, nous croyons utile pour la clarté du sujet, de résumer en quelques lignes les particularités qu'a présentées l'accouchement :

La nommée Guill..., lingère, 34 ans, est entrée à Beaujou le 23 février 1876.

La malade perdait du sang depuis 33 heures, la poche des eaux s'était rompue et avait donné issue à une grande quantité de liquide et le travail était suspendu depuis plusieurs heures; l'hémorrhagie continuait. Par le toucher, nous constatâmes une insertion vicieuse du placenta avec procidence de cet organe dans le vagin, une dilatation complète et l'impossibilité d'atteindre aucune partie fœtale. Dans ces circonstances, nous nous décidâmes à pratiquer immédiatement la version pelvienne. La main fut introduite dans l'utérus et constata une position occipito-iliaque droite postérieure; mais l'hydrocéphalie interne resta méconnue, à cause de l'ossification très-avancée des os du crâne dans sa moitié postérieure qui était seule accessible et de l'absence complète à ce moment d'épanchement extracrânien. La version fut longue et difficile, à cause du volume considérable de la tête, de l'écoulement complet des caux, de la rétraction de la matrice sur le fœtus et de plusieurs petits accidents qui vinrent successivement compliquer l'extraction Tels sont, pour ne nommer que les principaux : l'élévation des bras sur les côtés de la tête, trois circulaires autour du cou et la déflexion de la tête au détroit supérieur. L'accouchement put cependant être terminé sans ponction du crâne; mais on constata à l'autopsie que la tête n'avait passé à travers la filière du bassin (normal) que grâce au passage d'une partie du liquide céphalo-rachidien de l'intérieur à l'extérieur du crâne, et grâce encore à la fracture de l'apophyse orbitaire externe du frontal.

Nous pouvons maintenant aborder la description des pièces anatomiques.

Le fœtus est atteint d hydrocéphalie et présente une malformation des quatre membres. Il mesure 55 centimètres du sinciput aux talons et pèse 3.500 grammes. Il présente un embonpoint remarquable ; seul, le cou paraît un peu amaigri et présente un sillon circulaire peu sensible dû à l'enroulement du cordon que nous avons constaté pendant l'accouchement autour de cette partie.

La tête est volumineuse, mais cependant pas à un degré excessif. Elle est molle et il est facile de reconnaître entre le cuir chevelu et les parois du crâne la présence d'un épanchement. La palpation y fait sentir une fluctuation très-manifeste et une mobilité anormale des os du crâne. Ceux-ci font entendre, lorsqu'on les comprime, une sorte de clapotement particulier. Ces sensations sont bien différentes de celles qu'on avait éprouvées, lors de l'introduction de la main dans l'utérus.

L'affaissement et l'aplatissement des os du crâne ne permettent pas d'en apprécier exactement les dimensions. L'augmentation de volume paraît s'être faite surtout du côté du diamètre bipariétal, ce qui donne à la tête une forme plus arrondie que d'habitude. La circonférence passant par les extrémités du diamètre occipito-frontal mesure approximativement 40 centimètres.

La face présente son volume normal et contraste par sa petitesse relative avec l'augmentation de volume du crâne.

Le cuir chevelu étant incisé, il s'écoule par l'ouverture une assez grande quantité de sérosité, colorée en rouge par un peu de sang. Ce liquide, examiné par M. Gaffard, interne en pharmacie, est riche en albumine et contient des phosphates et des chlorures

La forme du crâne est régulière. On y remarque surtout la saillie des bosses pariétales. Les cavités orbitaires ne sont ni rétrécies, ni déformées; il n'y a pas d'exophthalmie

L'orbite gauche est le siége d'une *fracture*, qui part du trou sus-orbitaire, s'étend d'abord directement en haut, puis changeant brusquement de direction, se dirige en bas et en dehors et gagne en passant à travers la fossette temporale du frontal, le bord inférieur de cet os. Les deux extrémités de cette solution de continuité sont réunies par un autre trait de fracture, qui passe à travers la face orbitaire du frontal, de manière à limiter un fragment osseux, comprenant toute l'apophyse orbitaire externe et intéressant la face orbitaire, la face antérieure et la fossette temporale du frontal. Nous avons cru devoir signaler cette fracture, parce qu'elle s'est produite en dehors de toute application de forceps, par la seule pression du crâne contre les os d'un bassin normal. Il est juste de dire que dans ce cas, l'amincissement des os du crâne explique leur fragilité plus grande et la production d'un accident généralement considéré, et a juste raison, comme rare.

Les os de la voûte du crâne sont amincis, atrophiés; leur diploé a disparu; ils sont translucides par le fait de la soudure des lames compactes. Ces os pris en particulier, et surtout les pariétaux, paraissent beaucoup plus larges qu'à l'état normal. Les os de la base paraissent normalement conformés.

Les os de la voûte ne sont pas séparés par des intervalles considérables, comme on le voit le plus habituellement dans l'hydrocéphalie congénitale. On n'y trouve pas d'os wormiens. L'espace membraneux qui sépare les deux pariétaux n'a que 3 millim. de largeur; les fontanelles postérieures et latérales sont normales. Ces circonstances expliquent pourquoi l'hydrocéphalie est restée méconnue au moment de l'accouchement. Seule la fontanelle antérieure qui n'était pas accessible pendant le travail, est beaucoup plus large que de coutume, surtout dans sa moitié antérieure. Cette fontanelle présente une déchirure, par laquelle s'est sans doute échappé, pendant l'accouchement, le liquide céphalo-rachidien pour se collecter sous le cuir chevelu. Cette ouverture correspond en effet avec une déchirure de la partie voisine de la dure-mère.

L'espace membraneux pariéto-frontal et la dure-mère étant incisés dans toute leur étendue transversale, la cavité crânienne est largement ouverte. A part la déchirure que nous venons de signaler, la dure-mère est saine dans toute son étendue. Ses replis sont au complet et normaux ; la tente du cervelet en particulier est normale et limite entre elle et l'apophyse basilaire de l'occipital un espace, dans lequel nous sommes frappés de ne pas voir le cervelet.

Les sinus contiennent un peu de sang liquide, mais nous ne trouvons rien sur leur trajet de nature à amener leur compression. La cavité crânienne est à moitié vide et la base en est occupée par le cerveau et un liquide complétement semblable à celui que nous avons trouvé sous le cuir chevelu.

L'encéphale se présente sous forme d'une masse molle complétement affaissée sur elle-même, quoique avant l'accouchement il dût manifestement être distendu par la sérosité et s'appliquer exactement contre les parois du crâne. Ce liquide. ajouté a celui que nous avons précédemment recueilli sous les téguments du crâne, pèse 245 grammes.

Après avoir coupé les adhérences vasculaires et nerveuses qui réunissent le cerveau et la boite crânienne, il est facile de reconnaître dans cette masse molle les deux hémisphères cérébraux primitivement distendus par un liquide intra-ventriculaire. Cette distension a été poussée si loin, que chaque moitié du cerveau ne forme plus qu'une vaste coque fluctuante et molle, dont la paroi n'a que 3 millimètres d'épaisseur. On ne pourrait mieux les comparer qu'à deux vastes kystes juxtaposés, qui, séparés l'un de l'autre par la grande scissure hémisphérique, communiquent à leur partie inférieure et interne par les trous de Monro, extrêmement dilatés.

La surface extérieure n'offre pas trace de circonvolutions : on n'y trouve aucune anfractuosité, même légère. Elle est d'une teinte rosée un peu chagrinée et sillonnée par quelques vaisseaux rouges, qui, de la base montent en serpen-

tant vers la partie supérieure. Nous n'avons pu détacher de cette surface aucune membraue. L'arachnoide et la pie-mère si elles existent, sont fusionnées avec la substance cérébrale atrophiée.

Celle-ci déjà est, en effet, amincie à tel point, qu'elle est réduite, comme nous l'avons dit, à une couche périphérique de 3 millimètres d'épaisseur, dans laquelle il n'est pas possible de distinguer la substance grise de la blanche.

Au fond de la scissure interhémisphérique, on voit un vaisseau antéro-postérieur bien développé, accompagné d'un autre beaucoup moins considérable. Au-dessous de ce vaisseau on ne trouve aucun vestige du corps calleux ; les parois des hémisphères dilatés, toujours parallèles et juxtaposées, sont en ce point réunies par des filaments délicats qu'on déchire facilement. L'on voit alors, qu'en ce point, la paroi de chaque kyste n'est plus constituée que par une lamelle très-mince et translucide.

La surface interne des lobes cérébraux dilatés est blanche, lisse, sans trace de vascularisation et de granulations à sa surface, on n'y trouve pas l'épendyme épaissi, comme on l'a signalé dans quelques cas d'hydrocéphalie. On u'y trouve aucun relief et ce serait en vain qu'on chercherait la saillie ordinaire des couches optiques et des corps striés. Ces éminences, si elles ont existé à une certaine époque de la vie intra-utérine, sont complétement affaissées. Aussi, la base du cerveau est-elle tout aussi amincie que sa convexité. C'est même ce caractère qui nous paraît donner en partie à ce cas d'hydrocéphalie un intérêt tout particulier.

Les trous de Monro, par contre, sont facilement reconnaissables. Ils se présentent sur la paroi interne de chacun des hémisphères dilatés, sous forme d'une ouverture de la grandeur d'une pièce de 1 franc, et établissent entre eux une large communication. On y voit passer les plexus choroïdes qui se présentent sous forme de cordons jaunâtres.

En arrière des trous de Monro, se trouve une surface déprimée un peu jaunâtre. En ce point, la paroi de chaque hémisphère est très-mince et n'est constituée que par une sorte de membrane translucide.

Le bulbe paraît normal, mais le plancher du quatrième ventricule est élargi ; en outre il ne présente pas de paroi supérieure puisque, comme nous le verrons, le cervelet est absent. C'est avec facilité qu'on introduit un stylet dans l'aqueduc de Sylvius. L'instrument pénètre aisément jusque dans une cavité, en quelque sorte virtuelle, formée par l'adossement des deux membranes minces que nous venons de décrire en arrière des trous de Monro. Si l'on pousse le stylet plus loin, on pénètre à volonté par les trous de Monro dans l'un ou l'autre des hémisphères dilatés.

La protubérance a subi un arrêt de développement ; elle n'est représentée au-devant du bulbe que par deux petites saillies olivaires, oblongues, parallèles et antéro-postérieures, de quatre à cinq millimètres d'épaisseur. De leur extrémité antérieure partent deux cordons nerveux juxtaposés et un peu divergents qui représentent sans doute les pédoncules cérébraux. Ils n'ont guère que trois à quatre millimètres d'épaisseur. Les tubercules quadrijumeaux paraissent assez bien développés.

Quant au cervelet, au premier abord il paraît complétement absent. Cependant, en examinant avec attention, on trouve au-dessus du quatrième ventricule et en arrière des tubercules quadrijumeaux, un petit corps gros comme un pois, qui, se laisse deplisser sous forme d'une membrane mince transparente. Il est vraisemblable que cette membrane constituait primitivement la paroi d'un kyste développé au-dessus du quatrième ventricule et qui dans la suite s'est rompu. Au point où cette membrane adhère à la partie supérieure du bulbe, on rencontre quelques parcelles de substance nerveuse, grisâtre, finement sillonnée dans le sens transversal et qui sont peut-être un vestige du cervelet.

La glande pituitaire est restée attachée à sa loge, lors de l'extraction du cerveau. Elle est volumineuse et sa cavité est dilatée.

Quant au septum lucid[illegible], au trigone et quelques autres [illegible] des constituantes de l'encéphale, ils paraissent devoir être absents ou du moins, il nous est impossible d'aller à leur découverte sans déchirer la pièce et compromettre le succès des recherches plus minutieuses, qui seront faites après durcissement du cerveau.

Canal médullaire. — Pas d'épanchement de sérosité dans la cavité arachnoïdienne, ni dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; l'hydropisie occupe exclusivement la cavité crânienne.

Nous trouvons sur la pie-mère à l'union des régions cervicales et dorsales de la moelle, un épanchement sanguin récent, qui s'est produit sans doute sous l'influence des tractions énergiques, qu'on a été obligé de faire pour terminer l'accouchement. La moelle, au point de vue macroscopique, ne présente rien de particulier à signaler.

Cavité abdominale. — On trouve des adhérences du colon avec le vésicule du fiel et la face inférieure du foie. Ces adhérences sont facilement rompues et montrent par leur peu de consistance qu'elles sont le résultat d'une inflammation aigüe et récente du péritoine. Cette acuité de l'affection est encore prouvée par le dépôt abondant de graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané. Rien, dans les antécédents et l'état actuel de la mère ne peut nous donner la raison de cette péritonite partielle. Nous n'avons pu découvrir dans les viscères abdominaux aucune anomalie et aucun épanchement de liquides irritants sur la surface du péritoine. L'anus et le rectum sont normaux et terminent un colon descendant rempli de méconium. — L'œsophage et l'urèthre sont perméables.

Membres. — Ils sont tous les quatre atteints de déformation.

Le pied droit est un pied-bot varus très-prononcé. Son bord externe regarde directement en bas et la plante du pied en arrière ; le bord interne du talon est appliqué contre la malleole interne. Aussi la jambe droite mesurée du pli du jarret au talon, paraît-elle d'un centimètre plus courte que la gauche. — Le pied gauche est équin-varus.

Les deux genoux sont des genu valgum. Les deux jambes sont dans l'extension forcée et toutes deux un peu déjetées en dehors. On peut, en outre, leur imprimer des mouvements de latéralité assez considérables.

Les membres supérieurs paraissent assez bien conformés. Si leurs surfaces articulaires sont le siége de quelques déformations, elles doivent être fort légères. Ce qui frappe dans l'attitude de ces membres, c'est leur flexion générale et leur rigidité : les avant-bras sont fléchis sur le bras, les mains sur l'avant-bras, les doigts dans la paume de la main. Les muscles fléchisseurs sont le siége d'une rigidité considérable qui empêche de ramener les parties dans leur rectitude normale. Les biceps surtout paraissent fortement rétractés et leur tendon forme au pli du coude une saillie sous forme d'un cordon très-dur. Il en résulte un élargissement antéro-postérieur considérable de l'articulation. N'est-il pas possible que cette déformation des membres supérieurs n'ait pas la même origine que celle des membres inférieurs et que des convulsions intra-uterines aient amené cette rétraction permanente des muscles fléchisseurs? Il nous sera peut-être donné dans quelque temps d'être plus affirmatif, car l'état des muscles, des nerfs, de la moëlle et des surfaces articulaires sera l'objet d'une étude spéciale.

41. Fracture oblique du tiers inférieur du fémur ; par M. Alph Drouin, interne des hôpitaux.

Vieillard, âgée de 91 ans, entrée le 1er mai 1875, à l'infirmerie de la Salpètrière. (Service de M. Luys. Elle n'a que de la débilité sénile. Elle ne peut marcher, quoiqu'elle ne soit pas paralysée; pas de souffle cardiaque, un peu d'emphysème pulmonaire. Ses fonctions digestives sont régulières; elle reste constamment dans son lit. Pas d'incontinence d'urine ni des matières.

Le 28 janvier 1876, la malade en voulant se lever, est tombée de son lit, on l'a relevée aussitôt, et l'on a constaté que dans sa chute elle s'est fracturé la cuisse droite : elle a dû tomber sur le genou, car les téguments présentent à ce niveau une ecchymose et l'epiderme est éraillé.

Quand nous voyons la malade, nous constatons un raccour-

cissement considérable du membre inférieur droit. Le pied droit repose sur son bord externe. La malade ne peut exécuter aucun mouvement de ce membre et accuse une douleur très-vive à la partie inférieure de la cuisse. En faisant l'extension sur la jambe on ramène facilement le membre à sa longueur normale, et on perçoit très nettement la crépitation osseuse. En palpant la région on sent en avant sous la peau une pointe osseuse qui se continue avec le fragment inférieur du fémur. Le fragment supérieur situé en arrière est appliqué coutre celui-ci : on peut en imprimant les mouvements de latéralité les sentir se déplacer un peu l'un sur l'autre. On diagnostique une fracture oblique siégeant au-dessous du tiers moyen. Les deux condyles ne présentent rien d'anormal, ou peut les comprimer sans provoquer de douleur ; l'articulation du genou n'est pas douloureuse.

On se contente de placer sous le jarret un appareil composé de plusieurs coussins, de telle sorte que le poids de la jambe fasse une extension modérée, pendant que le bassin fait la contre-extension. Deux alèzes fixées au lit maintiennent la cuisse et la jambe sur cet appareil. On applique des compresses imbibées d'eau blanche et d'eau-de-vie camphrée au niveau de la fracture et du genou.

Les jours suivants, le genou est devenu volumineux et l'on a reconnu l'existence d'un épanchement dans l'articulation. La malade continue à manger comme d'habitude, ses fonctions digestives ne sout pas troublées elle ne présente pas de réaction fébrile ; mais sa faiblesse va toujours croissante, et elle succombe le 22 février.

A l'autopsie nous trouvons que l'articulation du genou présente des mouvements de latéralité assez prononcés, en l'ouvrant on ne trouve que très-peu de liquide, le cartilage n'est pas altéré, la synoviale n'est pas injectée.

Au tiers inférieur de la cuisse, nous trouvons du sang épanché dans le tissu cellulaire environnant la fracture. Ce tissu cellulaire est épaissi mais facile à déchirer ; il n'y a pas encore de commencement de cousolidation, les deux fragments se déplacent très-facilement l'un sur l'autre. On les sépare sans beaucoup de difficulté et l'on coustate que du sang coagulé est interposé entre eux, et remplit le canal médullaire. Par le lavage on enlève le périoste et les exsudats qui se sont faits autour de la fracture. La disposition du trait de fracture est la suivante : Il est oblique de haut en bas et dedans en dehors.

Le trait de fracture commence sur le bord interne du fémur à 18 centimètres au-dessus de la surface articulaire. Il n'est pas rectiligne ; mais affecte une disposition nettement spiroïde dans une étendue de 12 centimètres, et vient se terminer à l'union de la face externe et du bord postérieur du fémur, par uu biseau taillé en pointe très-aiguë. L'extrémité supérieure du fragment inférieur est également très-aiguë.

A l'extrémité inférieure du trait de fracture, il y a un fragment de la face externe du fémur qui est enfoncé dans le corps de l'os. Ce fragment de forme ovalaire mesure une hauteur de 7 centimètres et une largeur de 3 à sa partie moyenne ; il se termine immédiatement au-dessus du condyle externe. Ce fragmeut est encastré dans l'os, et semble avoir déjà contracté un certain degré d'adhérence, grâce au périoste épaissi et à un épanchement abondant de lymphe plastique.

La fracture ne se propage pas eutre les condyles, et sur aucun point elle n'a ouvert la capsule articulaire du geuou.

42. Ramollissement de la rate dans le cours d'une leucocythémie splénique. — Embolie de l'artère crurale gauche. — Endopéricardite ; par M. Cuffer, interne des hôpitaux.

F.... 26 ans, entré dans le service de M. Potain, à Necker Saint-Jean, n° 17 , mort le 17 février 1876.

Cet homme, malade depuis le mois de juin 1873, avait déjà été soigné dans le service de M. Potain pendant l'année 1873.

Voici quelle était l'observation de ce malade à cette époque.

Il se plaignait depuis six mois environ avant son entrée à l'hôpital, d'une pesanteur dans le flanc gauche, mais, ne souffrant pas, il ne s'était pas soigné, et ce n'est que six mois plus tard, que, perdant ses forces, ressentant un peu de fièvre tous les soirs avec frissons. et quelques douleurs dans le côté gauche, il se décida à entrer a l'hôpital. Il toussait assez fréquemment l'hiver depuis deux ans, crachait un peu de sang de temps en temps.

A son entrée, au mois de juin 1873, on constata, d'une part, une légère pleurésie sèche à la base gauche et quelques craquements au sommet du ooumon correspondant, et d'autre part une hypertrophie cousidérable de la rate.

La rate occupait uue grande partie du côté gauche de l'abdomen, elle était dure , peu douloureuse à la pression et n'occasionnait au malade qu'une gène notable à cause de son poids ; elle mesurait 28 centimètres de longueur sur 20 centimètres de large. Nulle part on ne trouva d'engorgement ganglionnaire. Le foie était de volume normal.

Les digestions étaient lentes, mais le malade n'avait pas de diarrhée, pas d'hémorrhagies intestinales. Pas d'œdème des jambes. Pas d'ascite. Quant aux antécédents, cet homme n'avait jamais eu de fièvre intermittente. Il faut noter cependant qu'il habitait depuis longtemps uu pays où les fièvres paludéennes sont fréquentes, a Albert Somme). Pas de syphilis. Il était déjà très-anémique à cette époque.

L'examen du sang fit constater la présence dans ce liquide d'une grande quantité de globules blancs. Il y avait un globule blanc pour trois globules rouges.

Cet état de la rate resta à peu près le même pendant le séjour du malade à l'hôpital ; il y avait cependant certains jours où cet organe diminuait légèrement, et cette diminution de volume s'accompaguait d'un changement dans le nombre de globules blancs ; ils étaient alors moius nombreux: 1/6 environ. (Il faut noter cependant que la diminution des globules blancs précéda la dimiuution du volume de la rate).

Pendant plus d'uu an, on perdit ce malade de vue. Mais en 1875, il rentra de nouveau dans le service de M. le docteur Potain, se plaignant toujours d'une grande pesanteur dans le le côté gauche. Lorsque M. Potain l'examina de nouveau à cette époque, il constata, comme par le passé, que la rate était toujours extrêmement volumineuse ; mais au lieu d'être dure et résistante dans toute son étendue, il y avait alors une partie, la partie inférieure, qui était manifestement ramollie. *Ce ramollissement de la rate* était très-évideut ; à la palpation on sentait une tumeur à parois fort tendues, mais avec uue fluctuation manifeste. Il ne paraissait pas y avoir là de signes d'inflammation, le malade souffrait peu, il n'avait pas de fièvre. Du reste, M. Potain fit uue ponction, et le liquide évacué fut de la *boue splenique*, contenant peu de leucocytes.

Dans une seconde ponction faite quelque temps après, on retira de nouveau de la boue splénique, mais contenant alors un plus grand nombre de globules blancs. Enfin dans une troisième ponction, on évacua du *pus*. Il ressort de là que. primitivement, le ramollissement n'était nullement de nature inflammatoire puisque les deux premières ponctions ne donnèrent que les éléments uormaux de la rate.

Ce ne fut qu'après la seconde que la nature du liquide changea pour devenir purulent et resta tel dans une quatrième ponction. Disons que le malade était depuis quelque temps sujet à avoir des hémorrhagies gingivales assez abondantes. C'était du reste les seules manifestations hémorrhagiques présentées jusque-là.

Numération globulaire : le 3 janvier 1876, les globules blancs étaient, dans le rapport de 1 11 par rapport aux globules rouges.

6 *janvier*, le malade commence à se plaindre d'une douleur dans l'hypochondre droit. Le foie est volumineux, il mesure alors 17 centimètres de hauteur à la ligne du mamelon. La rate restait stationuaire et présentait toujours, à cette date, une portion supérieure dure et très-résistante, et une inférieure fluctuante.

8 *janvier :* hémorrhagie gingivale.

Le 11 janvier : on fait une nouvelle ponction, mais on ne retire rien. Cette ponction n'est suivie d'aucun accideut.

A part quelques hémorrhagies buccales, et quelques troubles de la vue de l'œil droit, l'état du malade resta à peu près le même jusqu'au 5 février. Il eut cependant une bronchite. mais sans complications.

5 [illegible] le malade a un peu de fièvre, il a des malaises, des vomissements, rien de nouveau du côté de la rate, ni du foie.

8 *février*, il est pris subitement d'une violente douleur dans le membre inférieur gauche, avec sensation de refroidissement depuis le genou jusqu'au pied. On constate en effet que la température est abaissée à la jambe gauche, et de plus que les battements artériels ne sont plus perçus dans les artères poplitée et pédieuse. Il n'y a pas d'œdème, pas de cordon douloureux sur le trajet des vaisseaux. M. Potain diagnostique une *Embolie de l'artère crurale gauche.* Ce jour-là, on trouve le foie augmenté de volume: 22 centimètres de hauteur. La rate ne change pas. Du côté du cœur, il y a un souffle systolique à la pointe.

Les *jours suivants*, la douleur du membre inférieur change de nature, elle se localise en s'accentuant davantage au genou gauche. Cette articulation devient le siége d'un épanchement très-manifeste ; la température y est plus élevée. M. Potain pense alors que l'on avait eu affaire à un rhumatisme articulaire à début tout-à-fait anormal. Cependant certains signes de l'embolie persistent tels que l'absence de battements artériels, le refroidissement très-marqué du pied avec insensibilité du gros orteil.

De plus le malade éprouve des envies fréquentes d'uriner; il a de la polyurie, l'urine est claire, limpide sans albumine; et l'on trouve le cœur hypertrophié et présentant, outre le souffle d'insuffisance mitrale signalé plus haut, le triple bruit ou bruit de galop décrit par M. Potain dans le cours de la néphrite interstitielle.

Le 12 *février*, les douleurs du membre inférieur gauche ainsi que l'épanchement du genou diminuent, mais le malade a de la fièvre (39° 2), il se plaint d'un point de côté, à droite. Il est oppressé. On ne constate, à l'auscultation du poumon droit, qu'un peu de congestion pulmonaire. Mais les bruits du cœur sont assourdis, la matité précordiale a augmenté, il y a un léger frémissement cataire à la palpation. Il y a nettement une endo-péricardite.

On ordonne une application de 6 ventouses scarifiées, et l'on remarque qu'il est beaucoup plus difficile d'arrêter l'écoulement sanguin que de coutume.

13 *février*, persistance de la fièvre, urine fébrile sans albumine. Mêmes signes au cœur.

14 *février*, la fièvre est moins vive, mais on constate une éruption de varioloïde assez abondante.

Le lendemain, 15 février, le malade se sent un peu mieux, mais à partir du 16 février, l'état général s'aggrave, l'éruption pâlit, la température s'abaisse rapidement, le malade a du délire. On trouve au cœur les mêmes signes d'endopéricardite. Quant au foie et à la rate ils n'ont pas changé. On ne constate aucune hémorrhagie nouvelle. Le malade meurt le 17 février.

La numération des globules faite peu de temps avant sa mort avait donné pour résultat un globule blanc pour 8 globules rouges.

Autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule un peu de liquide dans lequel nagent quelques flocons fibrineux. Il n'y a pas de pus. Il y a une péritonite très-étendue. C'est surtout au niveau et autour de la rate que siégent les fausses membranes les plus considérables. *La rate* est reliée à la paroi abdominale, au foie, à l'estomac, aux intestins par des adhérences très-solides.

De plus, le sommet de la rate est adhérent au diaphragme.

La rate a les dimensions suivantes, *longueur* 34 centimètres, *largeur*, 13 centimètres. Elle présente à sa partie supérieure une portion dure, résistante, semblable comme couleur et comme consistance au tissu hépatique. Cependant tout le sommet n'offre pas le même aspect; il y a dans un point, un foyer de ramollissement, analogue à celui que nous allons décrire plus loin. Au-dessous de la partie indurée de la rate, on trouve une vaste poche remplie en partie de pus et de matière ressemblant à un énorme bourbillon. La charpente fibreuse de la rate est détruite en grande partie ; ce qui en reste est très-peu adhérent à la capsule fibreuse.

La capsule fibreuse qui entoure la rate est considérablement épaissie. Sa rétraction en certains points donne à la rate un aspect lobulé.

L'artère splénique est peu volumineuse ; il n'y a pas de coagulations dans les branches de cette artère. Les vaisseaux courts sont très-développés.

La matière contenue dans la portion ramollie de la rate, examinée au *microscope* montre un épaississement considérable du tissu fibreux formant le réticulum splénique, ce tissu est recouvert de masses colorées en jaune, probablement par la matière colorante des globules rouges détruits ; de plus on y trouve des cellules fusiformes de la rate et des globules blancs granuleux en très-grande quantité.

Foie : longueur 29 centimètres, épaisseur 26 centimètres. La consistance du foie est normale ainsi que sa coloration. A l'œil nu, il semble simplement hypertrophié.

Les *ganglions* du hile du foie sont volumineux et présentent à la coupe un aspect assez analogue à celui de la portion ramollie de la rate, c'est-à-dire une masse grisâtre, caséiforme.

Les *poumons* sont légèrement congestionnés. Il n'y a pas de lymphangite pulmonaire. Les ganglions bronchiques sont normaux. Il y a quelques adhérences pleurales à gauche.

Les *ganglions médiastinaux* antérieurs sont volumineux et durs à la coupe, ils sont grisâtres et granuleux ; un d'eux est ramolli, suppuré.

Péricarde et Cœur : Le péricarde contient un peu de sérosité. Le *cœur* offre à sa surface quelques plaques de péricardite assez récente. Il est volumineux : long.: 15 cent.; large : 12 cent.

L'oreillette droite est entièrement remplie par un caillot fibrineux, grisâtre, se prolongeant dans le ventricule droit et de là dans l'artère pulmonaire. Ce caillot ressemble à du pus concrété. Pas d'endocardite du cœur droit. Dans le cœur gauche, on trouve un caillot semblable à celui du cœur droit. Sur la valvule mitrale, il y a une végétation du volume d'une aveline, à surface inégale et recouverte de fibrine en voie d'organisation. Le reste de la valvule mitrale offre des traces d'endocardite ; les tendons sont rétractés, épaissis, jaunâtres. Les caillots contenus dans le cœur contiennent une grande quantité de globules blancs. Des caillots analogues se trouvent dans la veine cave inférieure et dans les veines crurales.

Les *reins* sont volumineux, et présentent à leur surface de petites masses blanchâtres qui sont en grande partie formées par des amas de globules blancs.

Enfin l'*artère crurale gauche* est oblitérée sur une longueur d'environ 5 à 6 c. par un caillot dont la partie inférieure est dure, et formée en presque totalité de fibrine, dont la supérieure au contraire est molle, grisâtre et semblable comme couleur, comme consistance et comme structure aux caillots trouvés dans le cœur. L'artère présente au-dessus et au-dessous du caillot des traces d'endartérite végétante. Cette altération n'existe pas au niveau du caillot lui-même, ce qui prouve bien que le caillot ne dépend pas d'une endartérite primitive. Il y a bien ici les caractères d'une embolie, dont les signes ont du reste été bien constatés pendant la vie. La fémorale profonde, est, elle aussi, oblitérée à son embouchure par un caillot fibrineux, consistant, se prolongeant assez loin dans l'artère.

11. Carcinome du testicule ; par M. Letulle, interne des hôpitaux.

B.... V... 55 ans, maréchal ferrant, entre le 11 mars 1876, à l'hôpital de la Charité (service de M. Trélat). Un jour, en sautant sur un cheval, il y a dix ans, cet homme fit un effort violent et se froissa le testicule ; la douleur causée par cet accident dura une huitaine de jours.

Trois ans seulement après cet accident, le malade s'aperçoit pour la première fois que le testicule droit était un peu plus considérable que le gauche. Pendant trois ans il n'y a pas de modification appréciable dans le volume du testicule. Il y a quatre ans apparaissent des accès d'asthme, et le malade croit voir son testicule diminuer et reprendre ses dimensions normales. Bientôt le testicule augmente de nouveau, mais cette fois d'une manière lente et progressive, et en deux ans acquiert la moitié du volume qu'il présente aujourd'hui. Il y a un an environ la tumeur se met à prendre une marche rapide, des douleurs violentes se montrent, passagères au début, bientôt plus rapprochées. Ces douleurs sont sourdes, con-

tinues, partent de la région antéro-inférieure de la masse testiculaire, irradiant dans l'aîne et la région dorso-lombaire droite. Ces douleurs durent pendant trois à quatre jours et cessent pendant trois à quatre semaines, ce sont de véritables accès. Fait intéressant à noter, les accès d'asthme cessent toujours absolument au moment où les douleurs testiculaires irradiées se montrent. Fatigué de ces crises douloureuses, inquiet de l'accroissement progressif de sa tumeur, le malade entre à l'hôpital pour se faire opérer.

Etat actuel. Homme maigre, encore vigoureux et assez bien musclé, porte dans le scrotum, à droite, une tumeur absolument mobile sous les téguments qui la recouvrent sillonnés de veines violacées et sinueuses. Considérée dans son ensemble la tumeur offre une forme assez régulièrement sphérique, un peu aplatie toutefois transversalement. Son poids est considérable, et le malade est obligé de la soutenir en marchant, son grand diamètre vertical mesure 13 à 14 cent. ; son diamètre transversal 8 à 10 cent.

Les sensations fournies par un palper méthodique sont fort différentes suivant les diverses régions de cette tumeur : la partie la plus élevée de la face externe et la portion correspondante du bord antérieur sont le siège d'une élasticité, rénitente dûe évidemment à la présence d'un liquide épanché dans la vaginale.

Mais sur la moitié inférieure de la face et du bord mentionnés à cette sensation de liquide fluctuant, vient par places se substituer une consistance dure, résistante, presque ligneuse. On délimite ainsi dans cette région une sorte d'îlot solide et dur, large de 2 cent. carrés au plus, envoyant deux prolongements, et autour duquel on retrouve l'élasticité et la fluctuation constatées plus haut. Le bord antérieur en bas, devient tout-à-fait dur, et la pression éveille en ce point une douleur vive. C'est de cette région que partent d'ailleurs les douleurs irradiées. La face interne est dure et non dépressible. Le bord postérieur, dans toute son étendue, est légèrement bosselé et d'une consistance très-solide. Le canal déférent paraît se détacher de ce bord au niveau de son quart supérieur ; c'est une corde dure, arrondie, bosselée à son origine, plus grosse et plus sensible que du côté gauche. Transparence dans la moitié supérieure et antérieure de la face externe, opacité dans le reste de la tumeur.

L'état général du malade est bon. Cependant, il y a souvent des palpitations et de la dyspnée, en dehors même des accès d'asthme. Les battements cardiaques sont énergiques, on trouve par instants un dédoublement très-net du deuxième bruit à la base, sans bruit de souffle.

Poumons. — Dépression marquée de la fosse sus-scapulaire droite, où l'on trouve une sonorité peu franche, une élasticité médiocre et une résonnance un peu forte des vibrations thoraciques. A gauche, au contraire, la sonorité est exagérée. En avant, sonorité exagérée, sous les clavicules. Râles sibilants et muqueux disséminés dans toute la hauteur des deux poumons. Varices considérables des veines de la jambe droite; phlébolithes nombreuse. — L'urine est normale.

Notons encore en passant que ce malade, maréchal-ferrant depuis sa jeunesse, offre une atrophie musculaire incontestable des muscles des éminences thénar et hypothénar, ainsi qu'une diminution de volume des muscles interosseux. Les différents mouvements de latéralité des doigts sont presque impossibles, quoique la flexion et l'extension se fassent bien. L'atrophie est surtout marquée pour les muscles du pouce. Pas d'atrophie de l'avant-bras ni du bras. Quelques fourmillements dans la main depuis trois ans. De plus, au niveau du poignet, en dehors du tendon du cubital antérieur, on trouve un kyste synovial articulaire, qui s'est produit subitement après un effort, il y a six mois.

Dans les antécédents pathologiques de ce malade, on trouve que la grand-mère maternelle et la mère du malade sont mortes asthmatiques âgées. Le père est mort à 79 ans, alcoolique. Il y a seize ans, première attaque de névralgie sciatique gauche qui dure 3 mois. Nouvelle sciatique, à droite cette fois, il y a six ans. Enfin des accès d'asthme bien caractérisés commencent il y a trois ans. Aucune affection cutanée, pas de migraines, excellent état des voies digestives. Pas trace de syphilis.

13 mars. Ponction de la vaginale au-dessus de la bride vaginale décrite plus haut, on ne vide que la partie correspondante de la vaginale. Deuxième ponction au-dessus de la bride, on retire en tout 100 grammes d'un liquide citrin parfaitement clair et non sanguinolent.

14 mars. L'épanchement s'est reproduit presqu'aussi abondant.

15 mars. Castration, amputation du pédicule avec l'anse galvano-caustique ; mais la section se fait trop rapidement. M. Trélat jette au-dessus de l'eschare un fil à ligature et serre en masse les éléments du cordon.

Examen de la tumeur. — La tumeur enlevée offre les dimensions constatées avant l'opération. Elle est bridée dans son enveloppe, car sur une coupe antéro-postérieure elle fait immédiatement saillie au-dessus des bords de l'incision. La vaginale est épaissie dure et solide ; cloisonnée par une bande fibreuse qui part du néoplasme et soude les 2 feuillets de la vaginale dans une étendue de 2 cent. environ, elle est divisée en deux cavités qui paraissent distinctes. La cavité vaginale contient du liquide séro-sanguinolent et quelques caillots récents tapissent ses parois.

Le néoplasme a totalement envahi et transformé la glande testiculo-épididymaire dont on ne retrouve plus trace. Sur cette coupe, on aperçoit de grosses masses roses pâles, irrégulièrement lobées et séparées ainsi par des tractus d'aspect fibreux plus durs et plus déprimées que la substance interposée. Quelques petits foyers hémorrhagiques tranchent par leur rougeur vive sur l'aspect terni et pâle du tissu néoplasique, par place on aperçoit irrégulièrement dessinées de grosses masses jaunâtres, où le néoplasme a commencé à subir la dégénérescence granulo-graisseuse. Ces masses tranchant sur la tumeur par leur coloration d'un jaune ocre clair au moment de la coupe, par leurs aspect grenu, et par leur surface plane qui reste déprimée au-dessus des lobes de la tumeur. La plus large de ces plaques jaunâtres occupe la moitié inférieure de la tumeur et n'a pas moins, sur la coupe, de 4 cent. de hauteur.

Dans la moitié supérieure de la tumeur, dans la partie la plus postérieure de cette moitié, l'aspect du néoplasme change. C'est un riche réseau de tractus blanchâtres, nacrés et brillants qui s'entrecroisent dans tous les sens et limitent des aréoles où le néoplasme est constitué par une substance d'un gris rosé pâle. C'est en ce point que la consistance de la tumeur est le plus dure. Le canal déférent quitte la masse en haut du bord postérieur. *L'examen histologique* fait par M. Malassez, a montré qu'il s'agissait d'un carcinome.

Réflexions. — Nous avons cru devoir rapporter en détails cette observation à cause de l'importance de l'histoire pathologique de notre malade. Elle nous montre, en effet, chez un homme atteint d'une maladie constitutionnelle qui s'est depuis de longues années révélée par des affections névralgiques, par des accidents asthmatiques, etc. ; l'apparition d'une affection viscérale grave, le cancer du testicule ; comme si les différentes manifestations herpétiques transmises par héritage à ce malade, avaient enfin atteint chez lui leur terme ultime en produisant le carcinome. L'influence diathésique, l'influence héréditaire nous ont paru ici inconstestables, elles nous ont permis d'avancer, peut être d'une façon un peu hasardée, un diagnostic de la variété du néoplasme produit dans le testicule,

Aussi n'avons-nous pas craint, malgré tout, en face de ces manifestations douloureuses, intermittentes, alternant régulièrement avec des accès d'asthme, en face de ce malade herpétique, par hérédité directe de diagnostiquer cancer du testicule, alors que précédemment, dans deux cas de tumeur néoplasique évidente du testicule, communiqués à la Société anatomique, nous n'avions pu affirmer positivement la variété de la lésion, toute diathèse et toute hérédité nous semblant faire défaut, ou du moins ne nous permettant de poser aucune probabilité.

École de médecine d'Amiens. — M. Herbet, professeur de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé directeur de ladite école, en remplacement de M. Padieu père, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 juillet 1875. — Présidence de M. Houel.

M. Panas lit un rapport sur un travail de M. Poncet relatif au glaucôme hémorrhagique et au synchésis étiucelant.

M. Nepveu lit un travail sur la dénudation des nerfs. Une commissiou composée de MM. Tillaux, Sée, et Verneuil est chargée de faire un rapport sur ce travail.

M. Terrier donne connaissance à la Société de deux observations d'ovariotomie suivies, l'une de guérison, l'autre de mort. Le premier cas ne présenta absolument rien de spécial. Il s'agissait d'uu kyste multiloculaire, sans adhérences, très-mobile et dout l'opération n'offrit pas de particularités dignes d'intérêt. La guérison se fit sans le moindre accident. Le second cas a trait à une femme de 26 ans qui, à plusieurs reprises, avait été sujette à des douleurs abdominales qu'on attribua à des poussées de péritonite. Cette malade, soignée en 1874 dans le service de M. Verneuil, avait aussi subi une ponction du côté gauche. Vers le mois de janvier 1875, la veille du jour où l'on devait l'opérer, cette femme fut prise de pneumonie ; à la suite de sa pueumonie, elle eut une phlematia alba dolens, ce qui dut faire ajourner encore l'opération à trois mois.

L'opération ne fut donc pratiquée qu'au mois d'avril 1875. Après une série de ponctions destinées à dimiuuer le volume de la tumeur, il fallut agrandir la plaie du côté de l'ombilic, l'issue n'étant pas suffisante. Après l'opération il se produisit un abaissement de température ; pendant quelque temps les phénomènes généraux restèrent incertains; mais le lendemain, on constatait un léger ballonnement du ventre, et un symptôme iuquiétant se manifesta : l'intermittence du pouls. Le surlendemain de l'opération survinrent des accidents plus caractérisés de péritonite, et la malade succomba le quatrième jour. L'autopsie révéla une intégrité parfaite du grand épiploon, mais une altération bien nette du péritoine pariétal du côté droit, altération caractérisée par une coloration noirâtre due à la mortification d'adhérences dont les lambeaux avaient été négligés.

M. Polaillon revient sur un fait qu'a mentionné M. Terrier, l'existence de la phlegmatia alba dolens chez une femme atteinte de kyste ovarique. M. Polaillon en a observé également un cas dont l'observation a été publiée dans la thèse récente de M. Ziombicki. Il insiste aussi sur la gravité des kystes de l'ovaire dans la grossesse.

M. Terrier est de l'avis de M. Polaillon relativement à ce dernier point, et il considère qu'il y a contre-indication à l'opération. Il ajoute un fait important au point de vue du diagnostic, relativement à l'existence de la phlegmatia alba dolens et de la pneumonie. Ces deux complicatious tiennent à la masse du kyste elle-même, tandis que la nature de la masse peut avoir de l'influence sur le développement des grandes ascites qu'on observe quelquefois dans les cas de kystes de l'ovaire. Lorsque ces ascites abondantes existent, il y a généralement des végétations abondantes non-seulement sur la surface du kyste, mais eucore sur la surface de l'utérus.

M. Tillaux présente un malade de 15 ans, atteint, il y a six mois, de valgus des genoux, et opéré le 3 novembre 1875. La déviation était si considérable qu'il y avait 20 centimètres d'écart entre les malléoles, et que le malade ne pouvait marcher qu'en croisant alteruativement ses genoux l'un devaut l autre. Le 3 novembre, le redressement a été pratiqué, cu rompant une épiphyse, soit fémorale, soit tibiale, il est impossible de dire laquelle ; le malade, soumis au chloroforme, s'est réveillé dans un appareil inamovible : depuis, il n'a jamais souffert. Cette opération a done été pratiquée au mois de novembre sur le genou gauche. Ce n'est que dans la suite qu'on s'aperçut de la déviation du genou droit. La même opération fut pratiquée de ce côté, au mois de février dernier ; aujourd'hui, la guérison est complète, et ce malade marche et court même, sans la moindre difficulté.

M. Forget admire beaucoup le résultat obtenu par M. Tillaux ; mais il demande s'il n'y aurait pas moyen de savoir qu'elle a été la partie osseuse dont on a pratiqué la fracture ou le décollement.

M. Marc Sée croit que dans tous les cas de valgus, l'opération de redressement brusque n'est pas indiquée. M. Sée, qui fait partie de la commission des bandages au bureau central, a vu souvent des malades chez lesquels la guérison a été obtenue à l'aide des appareils ; mais il est certain que l'application de ces appareils doit être prolongée. Il croit néanmoins que si l'opération ne doit jamais être suivie d'accidents, il y aurait une grande épargne de temps et d'ennuis pour les malades, à se soumettre de préférence à l'opération.

M. Tillaux répond d'abord à M. Forget qu'il n'a pas voulu faire une communication sur une méthode opératoire, mais présenter seulement un résultat; que d'ailleurs, il est dans l'impossibilité de dire celui des deux os du membre inférieur qui a été intéressé dans son opératiou. Répondant ensuite a M. Sée, M. Tillaux dit qu'il n'y a qu'une chose à craindre : C'est la rupture d'un ligament ; cet accident donnerait lieu à une entorse et à toutes les suites qu'on peut redouter de l'entorse pendant l'époque de l'adolescence. Mais le fait u'a pas encore été observé. L'épiphyse cède généralement avant le ligament.

M. Lannelongue croyait avant de prendre le service de Sainte-Eugénie qu'on ne rencontrait de cagneux que parmi les adolesceuts; aujourd'hui il constate que la cagnosité est une maladie de l'enfance, qu'il faut chercher souvent pour la reconnaître, mais qui existe réellement à l'âge de 4, 5 ou 6 ans, alors même que les enfants ne sout nullement rachitiques. Plus tard, vers 15 ans, la difformité s'accuse davantage, mais elle existait auparavant. M. Lannelongue insiste ensuite sur le mode de production de la déviation.

Quant à ce qui concerne l'opération, il n'y a pas à redouter le danger de toucher aux ligaments, car les ligaments s'insèrent au-dessus de la réunion de la diaphyse et de l'épiphyse ; or, ce n'est pas une fracture proprement dite qu'on produit ; c'est un simple décollement de l'épiphyse.

M. Sée affirme que la grande majorité des enfants cagneux, qui se présentent journellement à l'hôpital Sainte-Eugénie, sont des rachitiques ; et il constate encore ce fait au bureau central, où le nombre de ces malades est très-considérable.

M. Tillaux insiste sur la chronicité de la maladie, dont M. Lannelongue a voulu faire une affection de l'enfance pouvant plus tard se développer davantage chez les adolescents et affecter alors une allure plus rapide. Ces déformations, chez les adolescents, sont essentiellement chroniques; elles durent pendant toute la période de développement.

E. Brissaud.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE.

Traité des maladies des yeux, par le Dr Abadie, professeur libre de clinique ophthalmologique. T. I Paris, O. Doin, 1876.

A côté des encyclopédies étrangères, ou d'ouvrages français volumineux, bien qu'écrits dans un esprit pratique, il y avait place pour un résumé classique, complet, tenu au courant des récentes découvertes sur les maladies oculaires. C'est le raug réservé, croyons-nous, au livre de M. Abadie. « J'ai eu, dit l'auteur lui-même, l'intention de résumer l'état actuel de nos connaissances en ophthalmologie. Cet ouvrage est destiné surtout aux praticiens ». Ajoutons de suite qu'il est inspiré par les plus sûres connaissances de saine clinique et d'anatomie nouvelle : mais ce qui donue à ce traité un véritable cachet, c'est qu'outre le texte français, il en a l'esprit, l'exposition, la simplicité et la clarté. Pas de longues digressions, pas de théorie diffuse, ni d'hypothèses. Si théorie il y a, deux mots la signalent au lecteur : c'est acte d'érudition, mais on n'en ressent aucune fatigue et le chapitre continue son droit chemin.

Ce premier volume de 500 pages comprend les maladies de l'orbite, de l'appareil lacrymal des paupières, de la conjonctive, de la coruée, de la sclérotique, de la choroïde, du cristallin et le glaucomes. Dans chacune de ces divisions nous trouvons des chapitre rédigés avec une véritable originalité, et souvent remarquables.

Comme entrée en matière, signalons l'œdème avec exophthal-

mie, d'après les travaux de Knapp et Heubner, et le traitement des affections du canal nasal. Ces premières pages révèlent les qualités d'un praticien expérimenté, auquel rien n'échappe parmi les petites complications cliniques.

L'étude des maladies des paupières, nous a paru peut-être trop brève dans son anatomie pathologique comme dans ses variétés; mais cette lacune est largement comblée par l'étendue de la médecine opératoire relative aux lésions de cet organe.

Les conjonctivites ont été divisées en phlycténulaire, catarrhales, purulentes, blennorrhagiques des nouveau-nés, granuleuse aiguë, chronique, contagieuse d'Egypte, folliculaire et diphthéritique. Un excellent résumé d'anatomie pathologique permet de mieux saisir la différence de ces variétés auxquelles s'applique un traitement toujours approprié.

Pour la cornée; même méthode : faisant d'abord une revue rapide des différentes opinions des auteurs modernes sur l'histologie normale de la cornée depuis Virchow jusqu'à Ranvier, ce qui permet de mieux saisir l'état pathologique, l'auteur étudie successivement la kératite phlycténulaire, vésiculeuse, superficielle, profonde, vasculaire, ulcéreuse avec ses variétés, suppurative, névro-paralytique, enfin les leucocies, les staphylomes antérieures et leur traitement, voire même la trépanation de la cornée. N'oublions pas que M. Abadie a remis en honneur en France la petite opération du tatouage.

Le chapitre des maladies de l'iris et de la choroïde renferme un exposé des théories sur la circulation sanguine et lymphatique par Schwolbé et Lebiès, sujet qui mérite assurément encore aujourd'hui de nouvelles expériences de contrôle. Le lecteur est ainsi conduit à l'étude de l'iritis simple, séreuse, plastique et syphilitique, avec leurs subdivisions si nombreuses. L'iritis sympathique a été traitée surtout au point de vue pratique, le côté théorique étant en effet bien obscur jusqu'ici.

Dans la partie de la médecine opératoire pour l'iris nous signalerons les chapitres relatifs à l'iridectomie et à l'iridotomie : opérations qui, pratiquées avec des instruments nouveaux, deviennent de plus en plus précieuses dans la thérapeutique oculaire.

La partie de ce livre consacrée aux cataractes est un excellent résumé des derniers progrès de la clinique et de la chirurgie, et même de l'anatomie pathologique sur cette question. Le meilleur éloge à en faire est de dire qu'après lecture de ces pages concises, le praticien pourra aborder l'opération elle-même dans ses temps les plus délicats. M. Abadie s'est borné, et il a eu raison, à l'exposition atonique de trois procédés : ceux-ci connus, les autres, qui n'en sont que des variétés naîtront d'eux-mêmes, suivant les cas cliniques, et les inspirations ou l'aptitude de chaque opérateur.

Le glaucome termine ce volume. Après un court exposé des théories admise sur la genèse de l'affection, M. Abadie décrit le glaucôme aigu, chronique, hémorrhagique, secondaire, puis leur traitement par l'opération de de Graefe en 1856.

En terminant l'analyse du premier volume, nous devons soumettre à nos lecteurs deux idées qui se présentent fatalement à l'esprit. C'est d'abord l'uniformité inévitable à laquelle sont aujourd'hui soumis les traités de ce genre; c'est ensuite l'origine même de cette science nouvelle, qu'on nomme l'ophthalmologie. Nous disons uniformité : en effet, qu'on prenne une monographie récemment présentée dans ces colonnes les leçons sur les kératites de M. Panas, et l'analogie ressortira frappante de cette double lecture. Ce qui existe pour les kératites, serait vrai pour kécr. Aujourd'hui, grâce à la bibliographie mieux établie assurément en ophthalmologie que pour d'autres branches de la science, quiconque travaille ce sujet, arrive sans s'en douter à le présenter dans son ordre chronologique c'est-à-dire d'une façon uniforme.

Dans ce premier point, rien d'humiliant : mais pour le second, pour l'origine même des matériaux, ici la faiblesse française est indiscutable. En effet, il serait actuellement impossible d'écrire une seule page d'ophthalmologie, sans recourir aux Archives de Graefe, de Knapp, de Warlamont, ou d'Angleterre.

Où sont donc nos recueils français? Ils sont encore a créer! Ainsi cette apparente partialité inévitable dans les citations avait tellement frappé M. Abadie qu'il a cru devoir l'expliquer dans sa préface. C'est s'accuser d'une faute qui n'en est pas une, toutefois. Il y a là matière à enseignement et à réflexion : si les ophthalmologistes français veulent cesser d'être à la merci des richesses étrangères, qu'ils thésaurisent à leur tour. Une société d'ophthalmologie, et un bulletin : tels sont les désidérata nécessaires que nous ne cesserons de réclamer. Nous sommes heureux de montrer que des esprits ainsi distingués et ainsi nationaux que MM. Abadie et Panas ont été forcés de suivre la même voie dans l'élaboration de leurs livres.

F. Poncet (de Cluny).

VARIA

Faculté de médecine: Nomination de M. H. Duret.

C'est avec la plus vive satisfaction que nous apprenons aujourd'hui à nos lecteurs, la nomination de notre excellent ami et si distingué collaborateur, H. Duret, comme aide d'anatomie de la Faculté de médecine. Ses recherches si remarquables sur l'*anatomie et la physiologie du cerveau*, qui ont rendu son nom déjà célèbre à l'étranger, nous sont un sûr garant que la Faculté de médecine fait en M. Duret une acquisition précieuse.

Encore un miracle

Le *Bordeaux médical* donne, sous ce titre, le récit suivant, que nous nous empressons de reproduire pour l'édification de nos lecteurs :

Un nouveau miracle vient d'avoir lieu à Lourdes, — on s'en est beaucoup occupé dans notre ville, — certaines feuilles n'ont pas hésité à en reproduire la relation dans leurs colonnes; pour l'édification de nos lecteurs nous tenons à rétablir les faits dans toute leur intégrité.

Il y a dix-huit mois environ, entrait à la salle 5 de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, une jeune fille atteinte de nécrose du fémur. Une opération fut pratiquée, et à la suite de l'extraction d'un séquestre, la malade fut guérie de cet accident ; mais alors se montrèrent des poussées inflammatoires du côté des os ; elles cédèrent successivement. Au genou, cependaut, il se développa peu à peu une arthrite revêtant la forme chronique.

Un appareil inamovible fut appliqué. Au bout de quatre mois, la malade ne souffrait plus, elle marchait avec son appareil et remplissait dans la salle les fonctions d'infirmière. L'appareil fut enlevé, puis réappliqué, et pendant quatre nouveaux mois la fille X... put se promener dans la salle. Il y a quelques jours, elle demandait à aller dans une ville des environs de Bordeaux, où résident ses parents, qu'elle n'avait pas vus depuis longtemps. Cette permission fut accordée par le chirurgien qui, la considérant comme probablement guérie, pensa qu'elle pouvait supporter sans dangers les fatigues du voyage pendant lequel, pour plus de sûreté, il conseilla de garder l'appareil, qu'on devait enlever sous peu. Ceci se passait le samedi, veille de la Pentecôte. Le mercredi matin, la fille X... était à son lit, mais sans appareil, affirmant être guérie. Elle présentait alors une ankylose probablement fibreuse du genou et elle marchait en boitant. Interrogée sur le motif qui lui avait fait enlever, sans y être autorisée, son appareil, elle raconta qu'au lieu d'aller voir ses parents elle était allée à Lourdes, et que là elle s'était subitement sentie guérie.

Les détails abondèrent ensuite; on apprit que cette fille, qui faisait journellement le service d'infirmière dans la salle, avait eu le soin d'emporter des béquilles dont elle ne se servait pas auparavant, et qu'à Lourdes, avant même d'arriver jusqu'à la célèbre piscine, elle avait jeté ses béquilles en criant qu'elle était guérie. Aussitôt grand émoi dans le monde des pèlerins, cris au miracle, etc., en un mot, tout ce que nécessite le programme de ces sortes de choses.

Indigné d'avoir été trompé aussi indignement et de voir qu'une permission pour aller passer deux jours aux environs de Bordeaux avait été transformée, on ne sait sous quelles instigations, en un voyage à Lourdes, le chirurgien mit cette fille à la porte de son service.

Mais la chose avait fait du bruit. Le chirurgien, accusé d'impiété, niant l'évidence des faits, aurait refusé, disait-on, de signer un certificat dont il n'a, du reste, jamais été question. Ce prétendu miracle fut publié dans une revue catholique de notre ville, reproduit par un journal quotidien. — La chose fait boule de neige et on ne parle aujourd'hui dans tout le département que du nouveau miracle. Qu'y a-t-il de vrai au fond de tout cela ? Une arthrite chronique du genou, guérie par les moyens ordinaires, avec ankylose après huit mois de traitement, et une triste comédie jouée par la fille X...

Ajoutons, en terminant, que cette fille rusée, qui afin de ne pas manquer son effet, avait eu soin de guérir avant de partir pour Lourdes, grâce à son tempérament lymphatique, aux accidents nerveux, aux syncopes qu'elle a présentés pendant son séjour à l'hôpital et dont nous n'avons pas à indiquer la cause ici, a toutes les qualités requises pour faire une illuminée. Avis à ceux qui, dans notre région, se chargent de pareilles entreprises.

Faculté de médecine de Bordeaux.

Le Conseil municipal de Bordeaux va, dans peu de jours, voter sur la question des frais de premier établissement de la nouvelle Faculté de médecine. C'est un acheminement vers le but tant et depuis si longtemps désiré, par le public médical d'une bonne partie du Midi de la France. Mais combien de temps, combien d'années encore faut-il attendre la réalisation du projet ? Voilà trois ans que l'Ecole de Bordeaux n'a plus d'existence légale. Un de nos confrères du *Bordeaux médical* calcule avec raison qu'il faudra bien cinq ans encore pour que la Faculté commence à fonctionner régulièrement. Après huit années d'attente, la génération actuelle des médecins Bordelais sera-t-elle en mesure de concourir, et pourra-t-elle prendre part au recrutement des agrégés de la Faculté future ? La chose est d'autant moins probable que les concours d'agrégation ne peuvent avoir lieu qu'à Paris. Voilà comment on entend la décentralisation. Qui donc seront les professeurs de la nouvelle Faculté? les candidats à l'agrégation auxquels leur rang dans le concours n'aura pas permis d'opter pour Paris. Cette mesure est déplorable. Les protestations de Nancy et de Montpellier n'ont pas abouti. Reste à savoir si le Conseil municipal de Bordeaux ne pourrait user de son influence pour faire rapporter l'arrêté. Nous nous associons de tout cœur à notre confrère pour demander le rappel de la mesure regrettable prise par M. de Cumont.

Moyen de faire prendre immédiatement les sangsues.

Pour obtenir la piqûre immédiate des sangsues, on doit mettre les annélides dans un verre rempli à moitié d'eau froide. On nettoie soigneusement à l'eau chaude la partie du corps qui doit les recevoir et on applique vivement le verre sur la peau. Les sangsues s'attachent à l'endroit malade avec une rapidité surprenante. Il semble au patient qu'il n'a reçu qu'une seule morsure. Quand toutes les sangsues ont mordu, on soulève le verre avec précaution, de façon à ne point mouiller inutilement le malade. Pour obtenir ce résultat, il suffit de recevoir l'eau à la partie déclive sur des éponges ou sur des linges. Si le point où doivent prendre les sangsues était très-limité, il faudrait avoir soin de poser sur le verre une feuille de papier un peu fort, portant un trou de la dimension de l'endroit sur lequel on veut opérer. (*Revue de littérature médicale.*)

Du traitement des hydropisies et en particulier de l'ascite, par le jonc de marais.

Le d[r] Marcaithon d'Aymerie, de Blidah (Algérie), emploie dans l'ascite, qu'elle soit due d'ailleurs à une maladie du cœur ou à l'albuminurie, le jonc des marais (juncus acutus) en infusions à dose de vingt tiges (partie blanche et partie verte). M. le d[r] Marcaithon pense qu'il existe dans cette plante un principe actif que l'on n'a pas encore cherché et qui doit avoir une action spéciale sur les reins. (*Alger médical*, 1[er] avril 1870, p. 1).

On doit rapprocher de ce fait l'action diurétique que posséderait, d'après Cazin, le jonc fleuri (butomus umbellatus), dont la décoction de feuilles (30 gr. pour un kilog. d'eau) aurait, chez un malade atteint de cachexie palustre, dissipé l'infiltration séreuse en provoquant une sécrétion notable des urines. (*Bulletin général de thérapeutique.*)

Préparation du proto-bromure de fer pour le sirop et les pilules (1), par M. S. Limousin.

Solution officinale de proto-bromure de fer pour le sirop.

Brome pur..........	20 grammes.
Limaille de fer grossière.	10 —
Eau distillée.........	50 —

Prenez l'eau distillée dans un petit ballon à fond plat. Introduisez le brome. Placez le matras dans l'eau froide et ajoutez par fractions, en cinq ou six fois, la limaille de fer. Agitez à plusieurs reprises et tenez le ballon bouché pour éviter la déperdition des vapeurs de brome,

Lorsque la liqueur a pris une belle couleur verte, filtrez dans un flacon taré et ajoutez les eaux de lavage du filtre jusqu'au poids exact de 80 gr. Ajoutez 40 gr. de glycérine neutre de façon à obtenir 120 gr. de produit. Conservez à l'abri de la lumière dans un flacon noir avec quelques pointes de Paris.

Sirop de proto-bromure de fer.

Solution officinale ci-dessus...	12 grammes.
Sirop simple..............	200 —
Sirop de gomme..............	290 —
Sirop de fleurs d'oranger......	10 —

Pour une demi-bouteille ce sirop contient exactement 20 centigr. de proto-biomure de fer pour 30 gr.

Pilules de proto-bromure de fer.

Brome pur................	14 gr. 80.
Limaille de fer grossière........	10 —
Eau distillée..............	40 —

Opérez comme ci-dessus avec les mêmes précautions et filtrez sur miel blanc 4 gr. et glycérine pure 2 gr. Evaporez en présence d'un excès de fer et ramenez par concentration au bain-marie au poids exact de 30 gr.

Versez le mélange dans un mortier et incorporez-y un mélange à parties égales de poudre de réglisse et de poudre de guimauve environ 25 à 30 gr. Faites une masse homogène que vous divisez en deux cents pilules, contenant chacune 0 gr. 10 de proto-bromure de fer. Roulez ces pilules dans de la limaille de fer porphyrisée; laissez-les sécher, puis enrobez-les avec un vernis fait avec une solution éthérée de résine, de mastic et de Tolu, comme le Codex le prescrit pour les pilules de Blancard.

On peut aussi se servir du procédé suivant :

1° Sulfate de fer................	10 gr.	30
Eau distillée bouillie..........	20	»
2° Bromure de baryum..........	10	80
Eau distillée................	10	»

F. S. Deux solutions séparées que vous mêlerez. Filtrez, lavez le précipité de sulfate de baryte avec quantité suffisante d'eau glycérinée légèrement, de façon à obtenir 50 gr. de produit. Ajoutez 30 gr. de glycérine neutre en conservez à l'abri de la lumière dans un flacon noir contenant quelques pointes de Paris. Ces 80 gr. de solution renferment 8 gr. de bromure de fer. Il faut donc en employer 7 gr. pour préparer 110 gr. de sirop dosé à 20 centigr. par 30 gr. Cette dernière préparation se conserve bien moins; d'un autre côté, elle exige l'emploi d'un sel de baryte qui est un violent poison. On lui préfère la première.

(1) Extrait du *Répertoire de pharmacie.*

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 9 juillet 1876, on a constaté 833 décès, savoir : variole, 5; — rougeole, 37; — scarlatine, 2; — fièvre typhoïde, 6; — érysipèle, 6; — bronchite aiguë, 30; — pneumonie, 39; — dysenterie, 2; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 15; — *choléra nostras*, 0; — angine couenneuse, 11; — croup, 18; — affections puerpérales, 6; — autres affections aiguës, 237; — affections chroniques, 340, dont 153 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 48; — Causes accidentelles, 31.

Londres. — Population, 3,489,428 hab. Décès du 25 juin au 1[er] juillet 1876, 1,175 : variole, 3; rougeole, 30; scarlatine, 26; fièvre typhoïde, 8; érysipèle, 6; bronchite, 95; pneumonie, 60; dysenterie, 1; diarrhée, 49; choléra nostras, 5; diphthérie, 7; croup, 12; coqueluche, 28.

Faculté de médecine de Lille. — M. Cazeneuve, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine de Lille, est nommé doyen de la nouvelle Faculté de l'Etat.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Blondlot, professeur de chimie médicale et de toxicologie à la Faculté de médecine de Nancy, est autorisé à se faire suppléer pendant trois mois, à dater du 1[er] mai 1876, par M. Engel, agrégé près ladite Faculté. — M. Girard (Henri), bachelier ès-sciences, est nommé préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Jouillié (Marie-André) est institué aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier, pour une période de deux années, à dater du 1[er] mai 1876.

Ecole de pharmacie de Paris. — La chaire de physique de l'école supérieure de Paris est déclarée vacante. Un délai de 20 jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres. — M. Jungfleisch, agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est chargé du cours de chimie organique à ladite école, en remplacement de M. Berthelot, démissionnaire.

Legs du d[r] Hodé. — Sur le rapport de M. Asseline, le Conseil a accepté le legs de M. le D[r] Hodé, en faveur des instituteurs laïques âgés et infirmes. Ce legs consiste en une rente de 1,000 fr. à distribuer tous les ans.

Excursions scientifiques. — *Herborisation.* M. Chatin, professeur, membre de l'Institut, fera sa prochaine herborisation le dimanche 9 juillet, dans les vallées de l'Yvette. Rendez-vous à la gare Montparnasse à 7 h. 1/2.

— M. Baillon fera une herborisation dans les bois de Montmorency le 9 juillet. Rendez-vous à la gare du Nord ; départ pour Montmorency à 8 h. 55 minutes.

— M. Bureau fera une herborisation le 9 juillet sur les bords de la Marne. Rendez-vous au pont de Charenton à 10 heures.

Géologie. — M. Daubrée, et en son absence, M. St. Meunier, fera une excursion le 9 juillet à Etampes, Ormoy et Jeurre. Rendez-vous à la gare d'Orléans au train de 7 heures pour Etampes.

La Société des médecins des Bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi, 12 juillet, à 8 h. précises du soir, à la mairie du Louvre. *Ordre du jour* : 1° Rapport de M. Machelard sur la candidature de M. Foucart; 2° Discussion du mémoire de M. Delasiauve; 3° Rapport sur les mères-nourrices assistées par le 1[er] arrondissement, par M. Fontès: 4° Rapport du d[r] Lafont, au nom d'une commission chargée d'étudier l'adjonction de nouveaux médicaments au formulaire des Bureaux de bienfaisance.

Prix : La Société protectrice de l'Enfance de Lyon met au concours la question suivante : « *Rechercher les meilleurs moyens d'assister la mère indigente, dans l'intérêt de l'enfant du premier âge.* » Riche ou pauvre, marié ou non, à moins d'un obstacle absolu, la mère doit nourrir et élever son enfant ; mais, si elle est indigente, elle ne peut le faire qu'à la condition d'être secourue.

La loi Roussel assurera la protection des enfants placés en *nourrice*, en *sevrage* ou en *garde* ; mais, si elle n'est pas modifiée, elle ne fera rien pour ceux qui restent chez leurs parents. Il serait donc éminemment utile de re-

chercher, dans l'intérêt de ces derniers enfants, les réformes qu'il conviendrait d'introduire dans la législation actuelle et dans les différents modes d'assistance publique ou privée ; et c'est là, surtout, le point de vue sous lequel la Société protectrice de l'Enfance désirerait que la question fût étudiée par les concurrents.

La Société protectrice de l'Enfance de Lyon décernera une médaille d'or, dans la séance publique de janvier ou février 1877, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet. Les mémoires devront être adressés *franco*, avant le 1er décembre prochain, à M. le Docteur FONTERÊT, Secrétaire général, place des Célestins, 7. Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté, renfermant le nom et l'adresse de l'auteur. Conformément aux usages académiques, les mémoires ne seront pas rendus.

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE. — Le *Journal officiel* cite parmi les dissolutions de Sociétés déposées au tribunal de commerce, l'établissement médical de l'Université catholique de Paris, situé rue du Cherche-Midi, n° 36.

HOSPICES CIVILS DE LIÉGE. — La place de chirurgien directeur de l'hospice de la maternité de Liége et de professeur de l'école provinciale d'accouchements pour les élèves sages-femmes, est à conférer par la voie du concours. Le concours aura lieu au mois d'octobre 1876 à la date qui sera ultérieurement fixée. Les personnes qui désirent s'y présenter sont priées d'adresser leur demande, avec pièces à l'appui, à la commission administrative des papiers civils de Liége, avant le 1er octobre prochain.

Les candidats pour être admis au concours doivent justifier : 1° Qu'ils possèdent un diplôme de dr en chirurgie et accouchements, obtenu soit dans une Université nationale, soit à l'étranger; 2° Qu'ils ont pratiqué depuis lors l'art des accouchements pendant six ans au moins et qu'ils sont âgés de 30 ans accomplis. Ils doivent joindre à ces attestations toutes pièces témoignant de leur honorabilité et de leur aptitude spéciale à remplir les fonctions à conférer. S'adresser, pour tous autres renseignements, au secrétariat des hospices, rue Saint-Etienne, 3, à Liége. — Liége, 28 juin 1876. (*Le Scalpel*.)

HOPITAUX DE LONDRES. — On sait que, depuis quelques années, il existe à Londres la coutume de faire, un certain dimanche de l'année, une collecte en faveur des hôpitaux de la métropole, dont beaucoup ont été fondés par l'initiative privée et sont admistrés par des comités particuliers ; la quête qui a eu lieu il y a huit jours dans ce but a fourni, dit-on, une somme de 20.000 livres sterling (500,000 fr.) soit 4,000 livres sterling ou 100,000 fr. de plus que celle de l'an dernier.

Librairie V.-A. DELAHAYE et Ce, place de l'Ecole-de-Médecine.

BOULOMIÉ. Discussion sur l'albuminurie et son traitement hydriatique. 1 vol. in-8 de 48 pages. 1 fr. 25.

BOULOMIÉ. Quelques mots sur certaines modifications des urines. Pathogénie, séméiotique et thérapeutique. In-8°. 16 pages. 50 cent.

CLAPARÈDE. Tableaux synoptiques de la presbyopie à tous les âges. In-8 de 8 pages. 1 fr. 50.

CRISTOFARI. Du traitement chirurgical des hémorrhoïdes, et en particulier de la dilatation forcée. In-8° de 42 pages. 1 fr. 50.

DELFAU. Gravelle urinaire. De son traitement par les eaux minérales. In-8 de 44 pages. 1 fr. 25.

DUFOUR (de Grenoble). Note sur les altérations du cœur, du foie, des reins, chez les aliénés, 1 vol. in-8 de 30 pages. 1 fr.

DUFOUR (de Grenoble). De l'encombrement des asiles d'aliénés. Etude sur l'augmentation toujours croissante de la population des asiles d'aliénés, ses causes, ses inconvénients, les moyens d'y remédier. 1 vol. in-8 de 104 pages. 2 fr.

DUPEAU. Essai sur l'ictère grave. 1 vol. in-8 de 54 pages. 1 fr. 50.

ESBACH. Modifications de la phalangette dans la sueur, le rachitisme et l'hippocratisme. 1 vol. in-8° avec 60 fig. dans le texte. 3 fr. 50.

GUÉRIN. Contribution à l'étude de la chorée. 1 vol. in-8 de 64 pages. 1 fr. 50.

LE DOUBLE. Du Kléisis génital et principalement de l'occlusion vaginale et vulvaire dans les fistules uro-génitales. 1 vol. in-8°. 6 fr.

LUIGI. Contribution à l'histoire de l'hémorrhagie consécutive à l'extraction des dents. 1 vol. in-8 de 32 pages. 1 fr. 50.

MARTY. Des accidents gravido-cardiaques. 1 vol. in-8 de 108 pages. 2 fr. 50.

MERCHIE. Les secours aux blessés après la bataille de Sedan. 1 vol. in-8. 5 fr.

MOVA. Des localisations spinales du rhumatisme. 1 vol. in-8 de 74 pages. 2 fr.

NEBOUT. Etude sur la grippe. 1 vol. in-8 de 72 pages. 2 fr.

SIMON PERRET. De la trépanation dans les abcès des os et dans l'ostéite à forme névralgique. In-8° 2 fr.

PONYDEBAT. De l'inspectorat des eaux minérales. 1 vol. in-8 de 58 pages. 1 fr. 50.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

BOUILLAUD. — De l'idendité du bruit de soufflet, dit placentaire, avec le bruit de soufflet des grosses artères intra-pelviennes. Paris, 1876, in-8° de 31 pages. 1 fr. 50.

SCHUTZEMBERGER (Ch.) — De la réforme de l'enseignement supérieur et des libertés universitaires. Paris, 1876, in-8° de 126 pages. 2e édition avec table. 2 fr.

Libraire J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

GALEZOWSKI (F.) — Traité iconographique d'ophthalmoscopie. Paris, 1876, in-4° de 281 pages avec atlas de 20 planches chromo-lithographiées. 30 fr.

GRELLETY (L.) — Du merveilleux, des miracles et des pélerinages au point de vue médical. Paris, 1876, in-8° de 96 pages, avec table. Prix : 2 fr. 50.

LA RÉFORME ÉCONOMIQUE, revue bi-meusuelle des questions sociales, politiques, fiscales, scientifiques, industrielles, agricoles et commerciales. Rouen et Paris, rue du Faubourg-Montmartre, 15, par an, 24 fr.

HUTCHINSON (J. — The royal London ophthalmic hospital Reports, and journal of ophthalmic medecine aud surgery, mei 1876. J. and A. Churchill London. — Vol. VIII, part. III.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Pitié. Service de M. LABBÉ. Salle Saint-Gabriel : 1, rupture du corps spongieux de l'urèthre; 10, fracture du corps de la clavicule; 11, adénite inguinale suppurée de cause strumeuse; 13, fracture compliquée de jambe au 1/3 inférieur; 19, prostate tuberculeuse; 20, fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus; 21, cystite suppurée; 23, coxalgie; 26, arthrite aiguë traumatique de l'articulation radio-carpienne ; 32, ostéite du grand trochanter, abcès ossifluent; 34, tumeur blanche du genou; 37, arthrite aiguë traumatique des articulations radio-carpienne et carpienne.

Service de M. VERNEUIL. Salle Saint-Augustin (F.): 19, tumeur vasculaire du crâne; 29, contracture hystérique des péronniers; 8, amputation de cuisse, pansement de Lister; 25, contracture de l'orbiculaire. — Salle Saint-Louis : 1, ectropion, suture de la paupière ; 4, corps étranger articulaire, kyste du genou; 9, coup de fouet; 12, taille prérectale pour un calcul prostatique; 18, tumeur du genou; 30, corps étranger de l'œil; 36, rétrécissement de l'œsophage.

Médecine. Service de M. DESNOS. Salle Sainte-Geneviève : 1, ataxie locomotrice; 2, insuffisance mitrale; 39, tumeur cérébrale. — Salle Sainte-Marthe , 4, sciatite névrite, atrophie musculaire; 11, pleurésie chronique, pneumonie caséeuse; 44. phlegmon péri-néphritique.

Service de M. CHAUFFARD. Salle Sainte-Claire (F.) : 18, phlegmon de la fosse iliaque droite, suite de couches; 24, stomatite ulcéro-membraneuse; 26, 28, insuffisance aortique; 27, cancer des voies biliaires; 29, cancer du péritoine; 36, hématocèle pelvienne; 38, aphasie avec paralysie faciale à droite, pas de paralysie des membres; 41, tumeur cérébrale syphilitique.

Hôpital Necker. Jours des leçons et des opérations. *Mardi*: M. Hardy clinique médicale à 10 h. — *Mercredi* : M. Guyon, clinique sur les maladies des voies urinaires, à 10 h. — *Jeudi* : M. Désormeaux, examen à l'endoscope. M. Hardy, visite à 9 h., interrogation des malades par les élèves — *Samedi* : M. Hardy, clinique médicale à 10 h.

Service de M. HARDY. — Salle Sainte-Adélaïde (F.) : 4, tic hystérique choréiforme ; 6, insuffisance mitrale avec rétrécissement, albuminurie cardiaque ; 7, angine syphilitique ; 8, lésions multiples d'orifices : insuffisance mitrale avec rétrécissement prédominant, asystolie, insuffisance triscupide ; 10, paralysie hystérique , 13, ictère catarrhal ; 14, pelvi-péritonite ; 15, hystérie ; 17, phthisie scrofuleuse.

Service de M. LABOULBÈNE — Salle Saint-Louis (H.) : 2, néphrite interstitielle ; 4, ulcère simple de l'estomac ; 8, pleurésie gauche, tubercules ; 14, hémoptysie ; 15, pleurésie sèche droite; 16, pleurésie gauche ; 21, insuffisance mitrale, paralysie incomplète du diaphragme; 26, dilatation aortique. — Salle Sainte-Thérèse (F.): 1, endo-péricardite, pleurésie rhumatismale; 5, tumeur du corps thyroïde : cysto-sarcôme ; 29, corps fibreux utérius ; 31, tuberculose pulmonaire, péritonite tuberculeuse.

Service de M. DELPECH. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 2, rhumatisme articulaire, adénite sous-maxillaire ; 10, insuffisance mitrale, rétrécissement et insuffisance aortique ; 14, orchite blennorrhagique; 20, rhumatisme chronique ; 21, 25, paralysie générale progressive ; 30, tumeur cérébrale ? hémiplégie incomplète. — Salle Sainte-Anne (F.) : 3, rhumatisme articulaire, insuffisance mitrale ; 5, insuffisance mitrale ; 6, épithéliome du col ; 13, rétention du placenta ; 16, scrofule, mal de Pott ; 19, insuffisance mitrale, phlegmatia alba dolens ; 20, métro-péritonite ; 24, carcinôme utérin, généralisation; 27, phlébite suppurée.

Hôpital Lariboisière. Service de M. JACCOUD. Salle Sainte-Claire : 2, psoïtis; 3, 11, pelvi-péritonite, 10, rhumatisme articulaire subaigu, pleurésie double; 23, cancer utérin; 24, entérite aiguë; 29, rétrécissement et insuffisance mitrale; 32, érythème noueux. — Salle Saint-Jérôme : 2, ictère saturnin; 3, pleurésie purulente, ouverture spontanée; 4, paralysie saturnine; 5, 25, coliques de plomb; 9, encéphalopathie saturnine; 15, bis, néphrite interstitielle ; 20, insuffisance et rétrécissement aortique, rétrécissement mitral, cirrhose cardiaque, ascite; 18, gangrène symétrique des extrémités; 23, rétrécissement cicatriciel de l'œsophage (acide sulfurique); 30, pneumonie droite à forme typhoïde; 34, entérite aiguë; 10, hémiplégie droite, aphasie; 12, pleurésie droite;13, cancer du poumon; 31, congestion hépatique des pays chauds.

Service de M. SIREDEY. Salle Sainte-Geneviève : 1, phlegmon du ligament large; 4, kyste de l'ovaire enflammé; 7, périmétrite; 11, tumeur du petit bassin; 15, corps fibreux de l'utérus, péritonite chronique; 15 bis, chloro-anémie, névralgie de la 5e paire; 19, hystérie; 19 bis, syphilis tertiaire; 23, esthiomène éléphantiasique de la vulve; 30, cancer des ovaires; 31, hématocèle péri-utérine; 33, cystite. — Salle Saint-Augustin bis : 11 bis, endocardite rhumatismale; 13, pleurésie gauche; 14, cirrhose; 15, tuberculose,

4e ANNÉE.— N° 29 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 15 JUILLET 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. S. DUPLAY.

De l'Othématôme.

Leçon recueillie par E. MAROT, interne des hôpitaux

Messieurs,

Je viens de vous montrer dans les salles un homme qui présente une affection du pavillon de l'oreille peu commune et sur laquelle je veux appeler un moment votre attention. Notre malade est âgé de 51 ans ; il exerce la profession pénible de charron, et il a certainement des habitudes d'alcoolisme. Il ne se souvient pas d'avoir subi à aucun moment la moindre contusion au niveau du point qui est le siége de l'affection qui nous occupe. Il y a un mois environ, il a senti à la partie supérieure du pavillon de son oreille droite une petite tuméfaction circonscrite. Au même point il ressentait quelques douleurs spontanées. Depuis, le développement a été graduel, et c'est par le volume qu'a pris cette production, plutôt que par la douleur, qu'il est assez incommodé pour avoir besoin de notre intervention.

En effet, actuellement, toute la surface bordée par l'hélix ainsi que la cavité scaphoïdienne de l'anthélix sont occupées par une tuméfaction formant saillie de près d'un centimètre, régulière et uniformément plane. La peau, à ce niveau, est d'un rouge sombre. Cette teinte se rapproche un peu de celle de l'érysipèle ; ceci explique le nom d'érysipèle de l'oreille donné par quelques auteurs à l'affection que vous avez sous les yeux. Sur les limites de la tuméfaction, on sent une induration assez prononcée tandis qu'au centre, la petite tumeur est manifestement fluctuante. L'état des téguments qui ne présentent ni chaleur, ni douleur, indique bien nettement qu'il ne s'agit pas d'une lésion inflammatoire et que la collection liquide n'est pas formée par du pus. Sans discuter plus longuement le diagnostic, je vous dirai de suite que cette tumeur est constituée par un épanchement sanguin et que nous avons affaire à cette affection singulière désignée sous le nom d'*hématocèle*, d'*hématome de l'oreille*, ou bien, en un seul mot, d'*othématôme*. — Vous la rencontrerez surtout chez les aliénés et en particulier dans cette variété d'aliénation qui s'accompagne de phénomènes de paralysie, dans la démence paralytique. Cependant, on l'observe aussi, quoique plus rarement, chez des individus sains d'esprit, et notre malade en est un exemple.

Dans l'othématôme, l'épanchement sanguin se fait entre le cartilage de la conque auriculaire et son périchondre, de même que dans le céphalœmatome, l'épanchement a lieu entre les os du crâne et leur membrane périostique. Vous verrez que l'analogie entre les deux affections peut être poussée plus loin. La cavité de l'othématôme est limitée par une poche que forment, en dehors le périchondre et la peau épaissie, le cartilage en dedans. Ce dernier, ainsi dénudé, est le plus souvent altéré, ramolli : dans un grand nombre de cas, des lamelles superficielles sont détachées du cartilage sous-jacent et restent adhérentes au périchondre. De même dans le céphalœmatôme, il n'est pas rare de voir le périoste épaissi présenter à sa face profonde de petites lamelles osseuses.

La connaissance de ces lésions anatomiques du périchondre et du cartilage dans l'othématôme nous seront d'un grand secours pour expliquer la pathogénie de cette affection. Cette pathogénie a été diversement interprétée. Suivant les uns, l'hématôme du pavillon de l'oreille serait toujours le résultat de violences extérieures, coups, tiraillements, froissements du pavillon, que ces violences aient été exercées par le malade lui-même, ou par d'autres personnes, c'est-à-dire par les gens qui sont chargés du soin des aliénés. D'une part l'othématôme peut s'observer chez des individus absolument sains d'esprit. Jarjavay avait déjà signalé l'existence de la maladie chez les lutteurs et les boxeurs. Depuis lors, de nouvelles observations ont été rapportées.

D'autre part, on possède aujourd'hui des faits incontestables qui démontrent que l'hématocèle du pavillon de l'oreille peut s'observer chez des aliénés, sans que ceux-ci aient subi la moindre violence. Force est donc d'admettre que, dans ce cas, l'hémorrhagie s'est produite spontanément ou sous l'influence d'une cause locale très-légère et en vertu d'une altération préexistante. M. Brown Séquard, en communiquant en 1869 à l'Académie de médecine les résultats de ses expériences sur la section des corps rectiformes, chez deux Cobayes, a signalé l'apparition de tumeurs sanguines développées spontanément dans les pavillons des oreilles, et je tiens de l'éminent physiologiste, que le même fait s'est reproduit dans toutes ses expériences. On peut donc admettre que, sous l'influence d'une lésion nerveuse centrale, il se produit du côté de l'oreille externe un trouble circulatoire et nutritif, entraînant dans la structure du cartilage et du périchondre des altérations qui prédisposent aux hémorrhagies spontanées.

En est-il de même pour l'othématôme qui survient en dehors de l'aliénation ? Cela est fort probable. Cette affection, comme c'est le cas de notre malade, peut se développer en l'absence d'une contusion ou d'un froissement assez énergique pour expliquer la formation d'un épanchement sanguin, d'un épanchement sanguin décollant le périchondre. Ce décollement impliquerait un traumatisme relativement considérable. Il est donc vraisemblable que des altérations anatomiques préexistantes ont favorisé la production de l'hémorrhagie.

Or, l'othématôme a été observé, comme nous l'avons dit, chez des lutteurs, des boxeurs de profession; on le rencontre encore chez des individus soumis à des froissements, à des contusions fréquentes des oreilles, chez lesquels les violents efforts déterminent une congestion habituelle de l'extrémité céphalique. C'est précisément le cas de notre malade, qui exerce le rude métier de charron, qui est exposé à des froissements répétés des oreilles, et qui surtout est obligé pour son travail de faire de grands efforts musculaires. Joignez à cela que ces individus travaillent en plein air, sont exposés à toutes les intempéries des saisons, et enfin qu'ils sont souvent alcooliques, et vous comprendrez que toutes ces causes réunies doivent entretenir du côté des oreilles une sorte de congestion chronique qui peut aboutir à une altération profonde de la nutrition du cartilage et du périchondre. Dans ces conditions, la plus légère violence extérieure, une congestion plus intense sous l'action d'un violent effort, peuvent suffire pour amener le décollement du périchondre et l'épanchement sanguin.

Comme vous le voyez, Messieurs, je considère que l'hématôme du pavillon de l'oreille est toujours consécutif à une lésion primitive du cartilage et du périchondre, de même que l'on admet à peu près généralement aujourd'hui que le céphalématome est dû à une altération primitive des os et du pericrâne.

L'othématôme se présente ordinairement avec les caractères que vous trouvez chez notre malade. Dans les cas où on l'a confondu avec un érysipèle du pavillon de l'oreille, il s'agissait d'othématômes survenus brusquement. Il peut y avoir alors un certain degré de rougeur inflammatoire des téguments, et leur distension rapide explique la douleur. Quelquefois même il y a une légère augmentation de la

température locale. D'autres fois, la tumeur se développe lentement, la peau conserve à peu près sa coloration normale, et s'il y a quelque induration sur les limites de la cavité, le centre en est nettement fluctuant.

La suppuration peut avoir lieu, changeant la nature du contenu. Celui-ci est ordinairement un liquide séro-sanguinolent contenant quelques caillots. Les parois de ce petit kyste peuvent s'ouvrir après s'être amincies progressivement et sans suppuration. Le liquide, dans ces cas, s'écoule au dehors et la tumeur s'affaisse. Généralement le liquide se reproduit et la tumeur peut ainsi se vider plusieurs fois de suite. Le plus souvent, la maladie se termine par la résolution et la résorption spontanées du liquide.

Mais, quel que soit le mode de la guérison, vous devez savoir qu'il en résulte toujours une certaine déformation du pavillon de l'oreille, qui s'explique par l'altération profonde du cartilage, qui est plus ou moins ramolli, et qui souvent a subi des pertes de substance. La guérison s'accompagne donc toujours d'une rétraction des parties molles et cartilagineuses, le pavillon se déforme, s'enroule sur lui-même et est parfois réduit à une sorte de moignon irrégulier. Chez notre malade nous aurons à suivre cette déformation.

Les jours suivants, la déformation se prononce, malgré un peu de reproduction du liquide. On pourrait sans inconvénient abandonner la maladie à elle-même. Je préfère, à l'incision large conseillée par quelques auteurs, la simple ponction évacuatrice, sans chercher à provoquer l'inflammation suppurative. Nous éviterons peut-être ainsi une rétraction aussi prononcée.

— *La ponction est pratiquée avec la pointe d'un bistouri. Il s'échappe environ une cuillerée à café d'un liquide séro-sanguinolent ne contenant pas de caillots. Le malade est pansé à plat, et avec de la ouate et une bande on exerce un certain degré de compression.*

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Sur l'hémianesthésie d'origine cérébrale, et sur les troubles de la vue qui l'accompagnent.

Par **A. PITRES**, interne des hôpitaux.

M. Charcot a attiré l'attention, dans son cours à la Faculté, en 1875, sur les troubles de la vue consécutifs aux lésions cérébrales (1). Dans les développements qu'il a donnés à ce sujet, il s'est tout particulièrement attaché à démontrer que les lésions unilatérales de certaines régions du cerveau déterminaient, en même temps que l'hémianesthésie, une amblyopie croisée, et non pas, ainsi qu'on l'admettait généralement depuis la publication du travail de M. Alb. de Graefe (2), une hémiopie latérale homologue. M. Landolt faisait paraître à la même époque son mémoire sur l'amblyopie hystérique (3), et il y joignait l'observation d'une malade, du service de M. Charcot, atteinte d'hémichorée avec hémianesthésie post apoplectiques, chez laquelle les troubles de la vision étaient exactement semblables à ceux qui caractérisent l'amblyopie hystérique. Enfin quelques mois plus tard, M. Bernhardt publia deux cas d'hémianesthésie d'origine cérébrale dans lesquels la fonction visuelle avait été attentivement étudiée et présentait les modifications indiquées par M. Charcot et par M. Landolt (4).

Les deux observations suivantes, recueillies à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, montrent également que dans l'hémianesthésie cérébrale, la fonction visuelle est atteinte absolument de la même façon que dans l'hémianesthésie hystérique. Dans les deux cas le phénomène principal est un rétrécissement concentrique du champ visuel, ordinairement bi-latéral et plus marqué du côté anesthésié que du côté opposé, les troubles plus sérieux de la vascularisation et de la nutrition de la papille ne se montrant que dans les cas graves, quand l'anesthésie est complète et permanente, et qu'elle dure déjà depuis longtemps.

(1) *Progrès médical*. 1875, p. 469, 481 et 713.
(2) *Gaz. hebdom.*. 1860, p. 7 8.
(3) *Archives de Physiologie*, 1875, p. 624.
(4) *Berlin. Klin. Wochenschrift*, septembre 1875. Analysé, *Progrès médical*, 1875, p. 768.

OBSERVATION I. — Bassaler Marie, âgée de 58 ans, est entrée à la Salpêtrière pour une hémiplégie gauche survenue le 7 octobre 1872. Ce jour-là, la malade avait vaqué à ses occupations ordinaires, sans rien éprouver d'anormal. Elle se mit à table et pendant qu'elle prenait son repas du soir, elle sentit des fourmillements dans le membre supérieur, puis dans le membre inférieur du côté gauche. Quelques minutes après elle fut frappée d'apoplexie et resta six jours entiers dans le coma. Quand elle reprit connaissance, les membres du côté gauche étaient complétement inertes et anesthésiés. On pouvait les piquer, les brûler sans qu'elle éprouvât la moindre douleur. Quelques mois après, les membres paralysés devinrent raides, et la sensibilité y reparut un peu, mais elle resta toujours beaucoup moins vive que du côté opposé.

État actuel le 28 *février 1876.* — La malade a bien conservé son intelligence et sa mémoire : elle parle facilement et raconte avec précision le début de sa maladie. Elle se plaint d'éprouver souvent des maux de tête, dont elle rapporte le siége à la région occipitale, et d'avoir fréquemment des cauchemars, des vertiges et de petits étourdissements. Depuis son attaque d'apoplexie elle ne peut pas se lever du tout et perd involontairement ses urines.

Il existe une hémiplégie gauche avec un peu de contracture secondaire dans les membres paralysés. La face est légèrement déviée : Le sillon naso-labial gauche est moins profond que le droit, la commissure labiale gauche est abaissée et la moitié gauche des lèvres est moins mobile que la droite. La pointe de la langue est déviée vers la gauche.

Les reliefs musculaires sont conservés dans toutes les parties paralysées.

La sensibilité générale et les sensibilités spéciales sont très-affaiblies dans la moitié gauche du corps. Le contact simple qui est perçu normalement à droite n'est pas perçu du côté opposé. Les piqûres profondes, les pincements énergiques ne déterminent à gauche qu'une sensation douloureuse indistincte : La malade sent vaguement qu'on lui fait mal, mais elle ne peut apprécier exactement ni la nature ni le siége de l'excitation. Quand on la *pique* au cou elle dit qu'on la *pince* sur la joue, et si on *la pince sur la cuisse* elle ressent la douleur *au mollet*. La sensibilité à la température est aussi notablement moins vive à gauche qu'à droite. En touchant avec un vase d'étain très-froid le ventre, le dos ou les membres de la malade on provoque un mouvement de recul très-brusque si le contact a lieu sur la moitié droite du corps, tandis qu'on n'observe aucun tressaillement si le vase froid est appliqué sur un point quelconque de sa moitié gauche. Le chatouillement de la plante des pieds détermine des réflexes à peu près égaux des deux côtés.

Goût. — La piqûre de la langue est perçue beaucoup plus vivement à droite qu'à gauche. La malade raconte que tout ce qu'elle mange lui paraît fade *comme de la charpie*. Si on lui fait tirer la langue et si on laisse tomber sur la pointe de cet organe des substances faiblement sapides (vin, potion éthérée, etc.), elle ne reconnaît pas le goût de ces substances. Si on met de la coloquinte successivement sur les deux côtés de la pointe de la langue, elle sent bien l'amertume à droite et ne la perçoit presque pas à gauche.

Odorat. — Le chatouillement de la narine gauche ne provoque pas de reflexes. Les odeurs (ether, ammoniaque), sont perçues normalement par la narine droite, tandis qu'elles ne sont pas distinguées par la narine gauche.

Vue. — La malade raconte qu'après l'attaque d'apoplexie elle a eu une chute de la paupière supérieure qui a persisté pendant plus d'une année. Elle raconte aussi qu'à cette époque elle avait de la diplopie, et que quand elle fermait l'œil droit, elle voyait les objets qui l'entouraient à travers un brouillard épais. — Actuellement la chute de la paupière supérieure a complétement disparu, mais la sensibilité visuelle est toujours restée plus faible à gauche qu'à droite. Ainsi tandis que la malade distingue très-bien de l'œil droit une épingle ou un brin de fil, elle ne voit pas ces petits objets quand l'œil gauche est seul ouvert.

M. Landolt, qui a bien voulu faire un examen attentif des troubles de la vue chez notre malade, a obtenu les résultats suivants :

Œil gauche dévié en dedans. — Mouvements des yeux, restreints surtout vers le côté gauche. — Acuité visuelle de l'œil

droit = $\frac{1}{2}$ de la normale, celle de l'œil gauche est encore plus faible. — Champs visuels des deux yeux rétrécis concentriquement pour le blanc et proportionellement pour les couleurs. A l'examen ophthalmoscopique on constate une décoloration des deux moitiés externes des deux papilles, ce qui n'a rien de surprenant, surtout à l'âge de la malade. Il n'y a ni atrophie proprement dite du nerf optique ni névrite optique.

La malade est restée dans le service sans rien présenter de nouveau jusqu'au 7 mai 1876. Ce jour-là elle éprouva à 4 heures de l'après-midi un violent chagrin. Elle se mit à pleurer abondamment puis tout à coup elle poussa plusieurs cris et fut prise de convulsions épileptiformes qui durèrent environ 20 minutes. Aussitôt après elle tomba dans le coma et mourut à 5 heures.

AUTOPSIE. — Au centre de la protubérance existe un *foyer hémorrhagique* récent, du volume d'une grosse noix. L'aqueduc de Sylvius et le quatrième ventricule sont remplis de sang noir et coagulé. Le cervelet ne présente rien d'anormal. Les grosses artères de la base du cerveau sont saines, les méninges se détachent partout facilement de la substance corticale sous-jacente.

L'hémisphère gauche pèse 515 grammes : on n'y découvre aucune lésion appréciable. — L'hémisphère droit pèse 505 grammes. — En l'examinant par sa face interne, on constate que la couche optique est sensiblement moins volumineuse que celle du côté opposé. Elle a conservé sa coloration et sa consistance habituelles, mais à l'union de son 1/3 postérieur avec ses 2/3 antérieurs on voit une dépression profonde qui la divise en deux parties : dont l'antérieure lisse et arrondie est deux fois plus volumineuse que la postérieure qui est ovoïde et contourne l'origine du pédoncule cérébral. Au-dessus de cette dépression, sur la paroi ventriculaire, on remarque une tache ochreuse, déprimée, à bords festonnés, large de 2 centimètres et longue de 3, dirigée obliquement en haut et en arrière vers la voute du ventricule. A son niveau le noyau caudé est détruit, de telle sorte que la base de la plaque ochreuse paraît émerger directement de la couche optique. Sur des coupes verticales et transversales de l'hémisphère, on constate en effet qu'il existe au centre de la couche optique un foyer ochreux, du volume d'une amande, qui se prolonge vers l'épendyme ventriculaire pour former la plaque déprimée que nous venons d'y signaler. Dans son extension, ce prolongement du foyer principal détruit le noyau caudé dans une étendue de 2 centimètres, et atteint la capsule interne à l'union de son 1/4 postérieur avec ses 3/4 antérieurs. A ce niveau la portion la plus interne du noyau lenticulaire présente une teinte jaunâtre diffuse, mais ses limites sont encore assez distinctes et sa substance n'est pas détruite.

Les autres parties de l'hémisphère, la tête du noyau caudé, les 2/3 antérieurs de la capsule interne, le centre ovale, les circonvolutions ne présentent aucune lésion. Rien à noter non plus dans les autres organes.

L'autopsie confirmait ainsi pleinement le diagnostic régional porté pendant la vie par M. Charcot. La lésion de l'extrémité postérieure de la capsule interne dans les cas d'hémianesthésie cérébrale, est du reste établie actuellement sur un nombre assez considérable d'observations pour qu'on puisse la considérer comme constante.

OBS II. Finckbohner, âgée de 64 ans, est paralysée depuis le 19 avril 1853. L'hémiplégie est survenue la nuit sans perte de connaissance ; quand la malade a voulu se lever, elle s'est aperçue que ses membres du côté droit étaient inertes et absolument insensibles. Ses souvenirs paraissent très-précis à cet égard. Elle assure que son médecin lui ayant pincé très-fortement la peau en différents points du corps, elle sentait bien à gauche, tandis qu'à droite elle ne sentait absolument rien. Elle raconte aussi que lorsqu'elle prenait des bains de pied, elle ne sentait pas la température de l'eau sur le pied droit. Après 3 ou 4 mois les mouvements et la sensibilité reparurent peu à peu, cependant le côté droit est toujours resté faible et moins sensible que le côté gauche.

Etat actuel le 2 février 1876. — La malade est très-intelligente : elle a parfaitement conservé la mémoire et parle très-facilement. Elle n'est pas gâteuse. Les membres du côté droit sont notablement plus faibles que ceux du côté gauche, cependant les mouvements volontaires y sont conservés. La malade peut lever la main droite sur la tête et s'en servir pour tricoter, pour se peigner, etc. Le membre inférieur est relativement plus affecté, car la malade peut à peine faire quelques pas, même lorsqu'elle est fortement soutenue par le bras.

Sensibilités. — Le simple contact, et le chatouillement sont perçus à peu près également bien des deux côtés. Au contraire les pincements, les piqûres sont ressentis beaucoup moins vivement dans la moitié droite du corps que dans la moitié gauche. Il faut traverser de part en part la peau des membres du côté droit pour produire une sensation égale à celle que détermine à gauche une piqûre légère. La sensibilité à la température est aussi considérablement émoussée du côté droit. Si on applique un objet froid sur la moitié droite du corps le malade dit tout simplement « *je sens que c'est froid.* » Si on applique le même objet sur la moitié gauche du corps elle se retire vivement et accuse une sensation de froid beaucoup plus forte.

Goût. — Le malade ne reconnaît pas le goût du miel ni du vinaigre placés sur la moitié droite de la langue et elle y sent beaucoup moins vivement qu'à gauche l'amertume de la coloquinte.

Ouïe. — Elle perçoit le tic tac d'une montre à 5 centimètres de l'oreille gauche, tandis qu'il faut rapprocher la montre jusqu'au contact de l'oreille droite pour qu'elle en entende le bruit.

Odorat. — L'éther, l'ammoniaque sont sentis plus faiblement par la narine droite que par la gauche.

Vue. — L'examen de la sensibilité visuelle fournit les résultats suivants : Les mouvements des yeux sont très-restreints dans le sens horizontal. L'acuité visuelle est normale. L'étendue du champ visuel de l'œil gauche est normale. Au contraire le champ visuel de l'œil droit est rétréci concentriquement de un tiers pour le blanc, et proportionnellement pour les couleurs. Les deux papilles sont un peu grises sans traces de névrite optique.

Les deux observations dont nous venons de rapporter les détails, jointes aux trois observations publiées antérieurement par M. Landolt et par M. Bernhardt, constituent un petit faisceau de documents, à l'aide desquels on peut déjà concevoir assez nettement la nature des altérations fonctionnelles et anatomiques de l'organe de la vision dans les cas d'hémianesthésie cérébrale. Il semble même ressortir de la lecture de ces observations que l'amblyopie de l'hémianesthésie cérébrale se présente avec des degrés divers de gravité, correspondant aux divers degrés de gravité de l'hémianesthésie elle-même.

Dans une première catégorie de faits, l'hémianesthésie est légère. On n'observe alors qu'un léger rétrécissement du champ visuel de l'œil du côté opposé à la lésion cérébrale (OBS. II). Dans une seconde catégorie de faits où l'hémianesthésie est plus marquée, l'amblyopie devient bilatérale avec prédominance dans l'œil du côté anesthésié (OBS. I). Enfin, dans les cas où l'hémianesthésie est complète et permanente, le champ visuel est encore plus rétréci des deux côtés. En outre, le papille s'atrophie (OBS. VII du mémoire de M. Landolt. *Arch. de physiol.*, 1875, p. 650, et OBS. II de M. Bernhardt), et les altérations de la nutrition peuvent amener une amaurose complète du côté où existe l'anesthésie (OBS. I de M. Bernhardt).

Quant aux dispositions anatomiques qui expliquent la production de cette amblyopie et son extension aux deux yeux bien que la lésion soit unilatérale, nous ne pouvons que renvoyer à la description des origines centrales des nerfs optiques qu'a faite M. Charcot à son cours de 1875, et au schéma à l'aide duquel il a représenté les parcours et les divers entrecroisements de fibres optiques (1).

(1) *Progrès médical*, 1875, p. 481.

JURISPRUDENCE. ASSURANCES SUR LA VIE; VALIDITÉ DU CONTRAT SI L'ASSURÉ QUI S'EST DONNÉ LA MORT ÉTAIT ALIENÉ. — Les polices de toutes les compagnies françaises d'assurances sur la vie stipulent que l'assurance est nulle si l'assuré se donne la mort. Cette clause est-elle applicable lorsque l'assuré qui se donne la mort est aliéné ? La jurisprudence a toujours décidé que non. Dans un procès jugé par le tribunal civil de la Seine, le 1er avril, une Compagnie d'assurances, sans contester ce principe, soutenait que l'assuré, mort pour s'être jeté par la fenêtre n'était, au moment de cet acte ni interdit, ni aliéné.

Le tribunal a condamné la Compagnie à acquitter la prime prévue au contrat, parce qu'il lui appartenait de prouver irrécusablement le suicide volontaire, parce qu'elle n'établissait pas que le défunt eût voulu attenter à sa vie, preuve qui était exclusivement à sa charge, et parce que, au contraire, des témoignages étaient rapportés que le jour de sa chute l'assuré était en proie à un trouble mental qui ne lui laissait pas le libre usage de sa volonté. (*Journal officiel* du 4 mai 1876.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. CHARCOT.

XVe LEÇON. — De l'élimination des calculs cystiques par les voies naturelles. — Colique hépatique.

(Résumé de la leçon du 19 mai).

Messieurs,

Les préliminaires dans lesquels nous sommes entrés précédemment, nous mettront à même d'envisager aujourd'hui, par le côté anatomique et physiologique, quelques-uns des principaux phénomènes qui marquent habituellement l'émigration des cholélithes cystiques par les voies naturelles.

Les phénomènes en question peuvent toujours être ramenés aux trois catégories suivantes : 1° tantôt ils se rattachent à l'irritation des nerfs des conduits biliaires, déterminée par le contact du corps étranger ; l'expression symptomatique qui traduit vulgairement cette irritation des nerfs est, vous le savez, l'ensemble connu sous le nom de *colique hépatique* ; — 2° tantôt il s'agit de l'irritation hypérémique ou décidément inflammatoire des conduits dans lesquels les concrétions calculeuses séjournent ou cheminent ; — 3° tantôt enfin, la présence du corps étranger détermine une lésion de canalisation par obstruction plus ou moins complète et plus ou moins durable de la cavité même de l'organe.

Commençons par l'étude des phénomènes d'ordre nerveux ou, en d'autres termes, par la *colique hépatique calculeuse*.

C'est, je le répète, la révélation clinique, pour ainsi dire vulgaire, du passage dans les voies naturelles des concrétions biliaires. Mais, il va de soi que des corps étrangers, autres que les cholélithes, peuvent occasionner la réunion des symptômes qui la constituent. Tels sont, par exemple, d'après Frerichs, les ascarides lombricoïdes et d'après mes observations, les hydatides. On admet encore, bien que cela ne soit pas régulièrement démontré, que ces symptômes peuvent quelquefois se montrer, à titre de phénomène purement nerveux, en dehors de toute intervention d'un corps étranger quelconque.

Vous n'ignorez pas, sans doute, que Beau avait même soutenu, avec la vivacité dialectique qui lui était propre, que, en règle générale, les choses se passaient conformément à la dernière opinion que je viens de citer. La colique hépatique d'origine calculeuse devait être, suivant lui, reléguée au second plan, comme un accident rare, exceptionnel.

Beau, pour soutenir cette thèse singulière, se fondait sur quelques observations personnelles, d'ailleurs fort peu probantes ; il se fondait aussi sur les assertions de Chomel qui prétendait que sur 30 ou 40 cas de colique hépatique il est à peine possible d'en compter un dans lequel l'examen des selles permette de reconnaître la présence de concrétions biliaires.

Or, Messieurs, l'opinion de Chomel est en contradiction formelle avec celle de la plupart des auteurs qui ont étudié d'un peu près la question. Ainsi, selon Frerichs, dans la colique hépatique, l'expulsion des calculs par les garde-robes ne fait défaut que par exception. Trousseau a émis à peu près le même avis. Vingt-cinq fois M. Willemin a recueilli les calculs expulsés sur un total de 150 cas de colique hépatique qu'il a observés et il avoue que la recherche des concrétions n'a pas été toujours suffisamment scrupuleuse. Wolff, dans les 45 faits de colique hépatique qu'il a rassemblés, a pu constamment, dans tous les cas, retrouver les calculs dans les garde-robes. La plupart des auteurs qui ont récemment écrit sur les maladies du foie, M. Murchison entre autres, déposent absolument dans le même sens. Enfin, et ce n'est pas là un des moindres arguments, peut-être, à opposer à la doctrine de Beau, je tiens de source certaine que dans deux cas où ce médecin avait, en 1862, dans son service de la Charité, établi le diagnostic *hépatalgie non calculeuse*, un examen attentif des garde-robes, pratiqué pendant plusieurs jours, par un assistant peu convaincu, a permis dans les deux cas de découvrir le corps du délit. La thèse soutenue par Beau est, d'ailleurs, une thèse ancienne contre laquelle plusieurs médecins avaient déjà protesté avec énergie. Pujol s'est distingué particulièrement sous ce rapport et je vous engage à lire dans son *Mémoire sur la colique hépatique* (1), — mémoire digne d'être consulté à tous égards — le passage où il se passionne contre les *matadors* de l'art qui, de son temps, soutenaient que la colique hépatique est une affection surtout spasmodique et ne reconnaissant que très-exceptionnellement pour cause le passage des concrétions dans les voies biliaires.

(1) Tome IV, p. 376.

A ce propos, Messieurs, je dois appeler votre attention sur la nécessité d'un examen attentif, et prolongé souvent durant plusieurs jours ou même plusieurs semaines, des garde-robes, lorsqu'on veut y rechercher, après la cessation de la colique, les concrétions biliaires. Il faut éviter dans cette recherche de suivre l'avis de Prout, qui conseillait tout simplement de jeter les matières fécales dans l'eau pensant que les calculs devaient surnager et se mettre ainsi facilement en évidence. Or, vous savez par nos études antérieures que les calculs, à l'état frais, ne sont jamais plus légers que l'eau. Il faut donc de toute nécessité que les garde-robes soient passées à travers un linge ou mieux un tamis. C'est ici le lieu de rappeler enfin qu'un calcul qui, engagé dans le canal cystique, a pu provoquer les symptômes de la colique hépatique la plus intense; peut rentrer dans la vésicule et, par conséquent, ne pas apparaître dans les selles.

En se fondant sur ces considérations et sur bien d'autres arguments encore que nous ne pouvons développer, il est possible d'établir que, dans l'immense majorité des cas, le syndrome *colique hépatique* se rattache au passage des calculs biliaires par les voies naturelles.

A. Arrêtons-nous tout d'abord sur quelques phénomènes qui se produisent dans la vésicule antérieurement à l'apparition de la colique. Vous savez que les calculs d'un certain volume ne sauraient s'introduire dans l'étroit conduit qu'on désigne sous le nom de canal cystique ; mais, ils peuvent subir certaines modifications qui rendent possible cette intromission. Ainsi, par suite du frottement réciproque auquel ils sont soumis, les calculs volumineux, multiples, sont susceptibles de s'amoindrir. C'est là le phénomène de l'usure par frottement réciproque.

Frerichs admet, en outre, l'existence d'une sorte de corrosion, grâce à laquelle les couches externes des concrétions peuvent disparaître en conséquence d'une action chimique exercée, sur la cholestérine et le pigment biliaire, par la bile devenue riche en alcalis et en sels biliaires. Enfin, les calculs peuvent encore éprouver dans la vésicule une véritable *fragmentation*. En effet, et je vous ai montré au cours pratique un bel exemple du genre, on trouve assez souvent, dans la vésicule, dans les voies biliaires et même dans les garde-robes, des fragments de structure radiée, des segments, à l'aide desquels il est facile de reconstituer une pierre sphérique (1). Au dire de Meckel (2), il s'agirait là d'un phénomène de métamorphisme analogue à celui qui se produit dans certaines formations géologiques et en vertu duquel ces formations se délitent et se fragmentent. Il n'est guère douteux cependant que, quelquefois au moins, la contraction musculaire ne joue ici un rôle. Je puis citer à l'appui un cas observé par M. Gerhardt (3). Chez un sujet qui avait succombé, dans le cours d'une colique hépatique, à la suite de convulsions, ce médecin a découvert une grosse concrétion biliaire, fortement engagée dans le canal cystique; des fragments, provenant de l'extrémité antérieure de ce calcul, avaient pénétré dans l'épaisseur de la membrane muqueuse du conduit.

B. Ce n'est pas ici le lieu de relever les symptômes qui, dans certains cas, sont capables de révéler la présence des pierres biliaires dans la vésicule. C'est là un côté de la question que nous traiterons ailleurs. Pour le moment, je veux faire remarquer qu'une distension plus ou moins prononcée de la vésicule du fiel, reconnue par la palpation ou la percussion est, ainsi que l'a fait remarquer M. Willemin, un symptôme qui, parfois, précède de quelques jours ou de quelques semaines, le développement de la colique. Quelle est la raison de cette distension qui paraît constituer un phénomène prodromique et préparatoire? MM. Barth et Besnier supposent que le calcul, introduit déjà dans l'orifice cystique, peut jouer le rôle d'une soupape qui permet l'entrée de la bile et ne la laisse pas sortir. Par suite de la distension même des parois de la vésicule et peut-être sous l'influence d'une action réflexe, le plan musculaire entre en contraction et pousse la concrétion dans la cavité du canal cystique. Voilà donc le calcul engagé dans cet étroit conduit. Il y progresse surtout grâce à la pression exercée par la tunique musculeuse, souvent hypertrophiée de la vésicule. Comme agents accessoires, on est autorisé à compter la contraction de parois abdominales et probablement aussi la contraction spasmodique des faisceaux musculaires des parois du conduit lui-même.

(1) Frerichs, *loc. cit.*, OBS. CXLIX ; — Gubler, cité par Besnier, *loc. cit.*, p. 388.

(2) *Mikrogeologie*, p. 80.

(3) *Klinische Vortræge*, p. 109.

Mais, il convient de noter que ces deux agents, la contraction des parois abdominales et le spasme des parois du canal, peuvent opérer en sens inverse de la progression du calcul qui, fréquemment, ainsi que l'a montré l'autopsie, abandonne le canal cystique déjà dilaté et retombe dans la vésicule.

Quoiqu'il en soit, à peu près tous les symptômes de la colique hépatique, moins l'ictère toutefois, peuvent se produire par le seul fait du passage d'un calcul dans le conduit cystique.

Au premier rang, parmi ces symptômes, il importe de signaler la douleur qui se manifeste tout à coup, par l'intervention d'une cause occasionnelle, telle qu'un effort, une émotion morale, — ou encore sans cause extérieure appréciable, en général trois ou quatre heures après le repas, au moment où, sous l'influence du passage du chyme dans le duodénum, la bile afflue dans l'intestin.

Je n'entrerai pas dans le détail descriptif de cette douleur. Je me bornerai à rappeler qu'elle est très-intense et que répandue d'une façon diffuse, un peu partout, dans la région sus-ombilicale, les hypochondres, particulièrement le droit, elle se montre pourtant plus accentuée d'habitude sur certains points. C'est ainsi qu'on distingue un point cystique indiqué par Flemming, et qui occuperait la région de la vésicule. L'existence de ce point n'est pas habituelle; c'est plutôt peut-être une conception théorique. Il n'en est pas de même du *point épigastrique*, reconnu par la plupart des auteurs anciens et modernes (Pemberton, Sénac, de Vichy, etc.), et du *point scapulaire*. Ce point, sur lequel Budd a insisté avec beaucoup de raison, occupe l'extrémité inférieure de l'omoplate droite.

Ces points douloureux répondent à peu près au siége même des organes mis en cause, et tout porte à croire que la douleur traduit ici directement, en grande partie, l'irritation des voies biliaires, peut-être aussi leur contraction spasmodique, irritation et contraction qui sont déterminées par le contact du corps étranger ou encore par la distension de ces canaux, résultant de l'accumulation de la bile.

Mais il faut prendre en sérieuse considération, dans l'espèce, ces phénomènes de sensibilité réflexe, car c'est par eux seulement qu'il est possible d'expliquer les irradiations douloureuses qui se font fréquemment dans l'épaule et le bras droits, dans la hanche et le membre inférieur du même côté, etc.

De ces irradiations douloureuses, il convient de rapprocher celles qui s'opèrent dans la sphère motrice et qui se traduisent par des convulsions tantôt générales et tantôt partielles. Ces dernières ont été l'objet d'une étude approfondie de la part de M. Duparcque qui les a décrites dans un mémoire spécial (1). Ce sont des *convulsions épileptiformes* qui affectent d'abord les muscles de la région abdominale antérieure du côté droit, puis se répandent successivement dans le membre inférieur, dans le membre supérieur et, enfin, quelquefois même dans la moitié de la face du même côté. Les contractions localisées des muscles de l'abdomen que nous avons mentionnées semblent être en quelque sorte le rudiment de ces convulsions plus ou moins généralisées.

Les *vomissements*, composés au début de matières alimentaires, puis d'un liquide muqueux, rarement biliaire, qui accompagnent si souvent la colique hépatique doivent aussi être rangés parmi les phénomènes réflexes.

Il n'est pas sans intérêt d'examiner maintenant quel est l'état du *pouls* dans la colique hépatique régulière. L'opinion commune, et elle est parfaitement fondée, c'est que la colique hépatique est une affection apyrétique. Sauf le cas particulier dont il sera bientôt parlé, à la vérité, on ne possède pas, à cet égard, que je sache, de renseignements thermométriques précis. Toujours est-il que le pouls n'est pas généralement accéléré dans la colique hépatique. Bien plus, s'il faut en croire M. Wolff qui se fonde, comme vous le savez, sur l'étude de 45 cas, le pouls, dans la colique régulière, serait constamment ralenti, observation faite autrefois déjà par Coe et plus récemment par Budd. Ainsi, dans les 45 cas qu'il a recueillis, même en l'absence de toute trace d'ictère, M. Wolff aurait compté, par minute, pendant la durée de la colique, 5 à 10 pulsations de moins que dans l'état sain.

En tenant l'assertion de M. Wolff pour trop absolue, on est conduit pourtant à reconnaître que le ralentissement du pouls est un phénomène au moins fréquent dans la colique hépatique.

J'ai voulu insister sur ce symptôme, parce que je crois y voir pour ainsi dire le germe de quelques phénomènes qui se produisent de temps à autre dans le cours de la colique hépatique : je fais allusion aux *lypothymies* et aux *syncopes*. Ces accidents sont attribués d'ordinaire à l'intensité des douleurs, bien à tort certainement, car ils surviennent dans des cas où la douleur n'offre rien d'exceptionnel ou même est relativement peu accentuée.

Physiologiquement, on peut, il me semble, expliquer leur développement en se reportant aux résultats de certaines expériences instituées par M. Brown-Séquard et qui consistent à déterminer, à des degrés divers, l'irritation des ganglions semi-lunaires, lesquels, vous le savez, concourent à l'innervation des voies biliaires. De cette irritation résulte une action réflexe qui, passant par la moelle épinière et le bulbe, retentit sur les nerfs pneumo-gastriques et occasionne finalement, si l'irritation est intense, un arrêt du cœur en diastole, c'est-à-dire une syncope. Portée moins loin, l'irritation pourra déterminer une diminution plus ou moins durable de la force du cœur et ainsi se produira l'état lypothymique.

Suivant toute vraisemblance, c'est surtout par ce mécanisme que surviennent les morts rapides, observées dans un certain nombre de cas de colique hépatique calculeuse, par le seul fait de l'irritation nerveuse, causée par la présence du corps étranger, et sans l'intervention de quelque lésion organique grave, telle, par exemple, que l'ulcération suivie de perforation des conduits biliaires. Ces cas de mort subite ou rapide, au milieu de phénomènes lypothymiques ne sont pas absolument rares. Plusieurs d'entre eux ont été observés par Portal. Ils se voient aussi bien dans les cas où le calcul est arrêté dans le canal cystique que dans ceux où il est parvenu dans le canal cholédoque. M. Durand-Fardel a publié un cas du dernier genre (1). Le fait, déjà signalé, de M. Gehrardt est un exemple de mort rapide, consécutivement à l'intromission d'un calcul dans le canal cystique. Une autre observation, publiée dans *The medical Times and Gazette* (2), appartient à la même catégorie. Elle concerne une femme, âgée de 33 ans, qui avait eu plusieurs coliques et des syncopes. La mort eut lieu seize jours après le début des accidents. A l'autopsie, on constata que la vésicule renfermait un gros calcul et que, dans l'étendue de quelques centimètres, le canal cystique était assez large pour admettre le bout du doigt; au-dessous de cette dilatation, il avait son diamètre normal.

Tels sont, Messieurs, les principaux phénomènes de la colique hépatique quand elle se lie à la présence de calculs dans le canal cystique. Les agents de la progression des calculs, qui ont pénétré dans ce conduit, sont principalement, ai-je dit, la contraction du plan musculaire de la vésicule, la contraction des muscles abdominaux, et enfin le spasme des voies biliaires.

Quand le calcul est parvenu dans le canal cholédoque, il faut y ajouter la pression exercée par la bile constamment sécrétée par le foie. En général, lorsque le calcul a pénétré, sous cette nouvelle influence, dans le canal cholédoque, les accidents précipitent leur cours. De plus, un soulagement momentané se montre fort souvent, le calcul passant avec plus de facilité dans un canal plus large; mais, de nouveau, une exaspération de la douleur survient au moment où le calcul va franchir l'orifice duodénal.

Une fois ce dernier obstacle vaincu, les douleurs cessent tout-à-coup, comme par enchantement; le calcul tombe dans l'intestin et il est tôt ou tard expulsé par les garde-robes, à la suite de quelques coliques, accompagnées dans certains cas, d'une diarrhée bilieuse.

Il faut que j'arrête un instant votre attention sur l'*ictère* que l'on considère généralement comme un symptôme annonçant de toute nécessité le passage d'un calcul dans le canal cholédoque. La réalité est que l'ictère est commun en pareille circonstance. Il se produit même très-rapidement dans ce cas particulier de l'occlusion des voies biliaires : Ainsi, de 6 à 12 heures après le début d'une colique, l'ictère peut être très-prononcé, alors que, dans l'oblitération catarrhale de ce conduit, il faut d'ordinaire trois jours pour que l'ictère soit constitué. La pression à laquelle est soumise la bile dans les conduits biliaires, en cas de colique hépatique, est probablement la cause de cette différence.

Mais, je le répète, l'ictère n'est pas, dans l'espèce, un phénomène constant, lors même que le calcul est volumineux et qu'il séjourne longtemps dans le canal cholédoque. Ce fait est nettement établi par les 45 observations de M. Wolff. Dans tous les cas, appartenant à cet auteur, vous vous en souvenez, le calcul a dû traverser le canal cholédoque, puisque, toujours, il est parvenu dans les garde-robes. Or, 25 fois, on a noté

(1) Requin. — *Pathologie interne*, § 1536, p. 446.

(1) *Union médicale*, mars 1870.

(2) 1867, mars, p. 249.

l'absence d'ictère, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas. Souvent, les calculs dont le passage n'avait pas amené d'ictère, atteignaient le volume d'une noisette.

La forme anguleuse des calculs ne peut pas être invoquée non plus que leur petit volume pour expliquer l'absence d'ictère, car, parmi les calculs rendus par les selles, sans qu'il y ait eu jaunisse, il en est un certain nombre qui offraient la forme tétraédrique.

Il est donc nécessaire de faire intervenir ici d'autres influences que celles qui sont relatives à la dimension du canal cholédoque et à celle des concrétions. C'est ici le lieu de supposer, peut-être, que le spasme du canal cholédoque exerce une certaine action en occasionnant l'occlusion complète, absolue de ce canal. Nous savons que la réalité du spasme du canal cholédoque est rendue vraisemblable par la présence de faisceaux musculaires dans les parois de ce conduit au moins chez certains sujets, et aussi par les résultats des expériences faites sur l'animal vivant par quelques physiologistes, et, entre autres, par M. Laborde.

Pour en finir avec les considérations que j'ai voulu vous présenter sur la colique hépatique, il me reste à vous entretenir du frisson violent et accompagné d'une élévation plus ou moins considérable de la température qui, parfois, se surajoute aux phénomènes ordinaires de l'accès ou encore s'y substitue. C'est par là que je commencerai la prochaine séance.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

De la mort subite pendant ou après la thoracentèse (1)

Les cas de mort subite survenant au moment de la thoracenthèse ont été diversement interprétés. M. E. Besnier, en présentant le premier fait à la *Société médicale des hôpitaux*, admit que la mort était due à un arrêt du cœur résultant de la douleur produite par la ponction. « En effet, dit-il, les médecins savent depuis longtemps que chez les sujets qui ont subi une dépression grave du système nerveux ou un affaiblissement très-prononcé, les causes les plus légères, les impressions morales même, peuvent produire un arrêt de la contraction cardiaque et une syncope mortelle. »

Ce fait est encore confirmé par les enseignements de la physiologie. Cl. Bernard a démontré que chez les animaux en expérience, toutes les douleurs, même les plus légères, peuvent agir sur le cœur et provoquer un *arrêt de contraction*, arrêt qui chez les animaux vigoureux est suivi immédiatement d'une *reprise* et de la continuation des battements du cœur, mais peut devenir *définitif* et produire une syncope mortelle, si l'animal est affaibli ou malade. Les expériences de Chossat, celles de Goltz, de Bernstein, de Tarchanoff arrivent au même résultat. « Or pendant l'opération de la thoracentèse, une irritation manifeste est produite sur une région qui est le siége d'une hyperesthésie, parfois très-positive, et il ne serait pas impossible, dans certains cas de débilité nerveuse tout exceptionnelle, que cette irritation pût devenir le point de départ d'un arrêt du cœur, arrêt devenant définitif et mortel, soit par suite d'une lésion préexistante de l'organe, soit par suite de l'affaiblissement extrême de l'opéré. »

Telle est la conclusion à laquelle s'arrête M. Besnier.

M. Legroux repousse cette interprétation pour le fait qu'il a observé. Evidemment, dit-il, le malade était affaibli par deux mois de souffrances, mais la douleur de l'opération, l'impression morale qu'il en dut ressentir ont été trop insignifiantes pour qu'on puisse leur attribuer une part quelconque dans la terminaison funeste. Pour lui, la mort a été due à une anémie cérébrale résultant elle-même de ce que le sang, au moment de la thoracentèse, a dû affluer dans le thorax pour contribuer à combler le vide produit par l'écoulement du liquide. Une anémie de tous les autres organes devait en être la conséquence nécessaire.

Et à ce propos, M. Legroux se demande si les appareils aspirateurs, employés maintenant pour faire la thoracentèse, sont exempts de tout reproche, et s'ils n'ont pas l'inconvénient de vider trop rapidement la plèvre. Avant d'aller plus loin, disons de suite que ce reproche est absolument sans valeur; car, ainsi que l'a fait remarquer M. Desnos, il est tout aussi facile qu'avec la canule Reybard de ralentir l'écoulement du liquide ; nous ajouterons même que l'on peut en quelque sorte le graduer à volonté ; il suffira pour cela, quelque soit d'ailleurs le volume du trocart (et plus il sera petit, moins l'écoulement sera rapide), il suffira de faire un vide plus ou moins incomplet, et de tenir aussi incomplètement ouvert le robinet par lequel s'écoule le liquide.

Quant à l'explication proposée par M. Legroux pour le mécanisme de la mort, elle n'est point acceptée par M. Desnos. Dans le rapport qu'il fit sur ce fait, il incline à croire que c'est à la congestion du poumon qu'il faut rattacher la terminaison fatale. M. Desnos cite à ce sujet l'histoire d'un homme affecté de pleurésie en voie de guérison, et qui se promenait une grande partie de la journée dans la salle. « C'est dans ces conditions, dit-il, qu'un matin, au moment où je passais devant son lit, il s'assit pour me demander une portion alimentaire de plus. Je la lui accordai immédiatement. Après une conversation de quelques minutes avec moi, il se recoucha ou plutôt il parut se recoucher; par le fait il était mort. » La mort ne sembla pouvoir être expliquée, après l'autopsie, que par une congestion pulmonaire du côté opposé à l'épanchement. Chez le malade de M. Legroux, il existait aussi un certain degré de congestion pulmonaire; « bien que peu intense, dit M. Desnos, elle a suffi pour le tuer; selon toute probabilité cette congestion préexistait à l'opération. Aussi y a-t-il lieu de penser que malgré des apparences trompeuses, celle-ci doit être exonérée de cette catastrophe. » Cette explication, comme on voit, déplace un peu la question; car elle tend à ne voir entre la thoracentèse et la mort subite qu'une affaire de coïncidence, sans aucun rapport de cause à effet; or si cette opinion est acceptable pour certains faits, il semble difficile de l'admettre pour quelques autres, et nous pensons qu'il importe ici de faire une distinction, suivant les circonstances dans lesquelles la mort est survenue.

Dans le cas rapporté par M. E. Besnier, dans celui de M. Raynaud, la mort, qui a coïncidé exactement avec la thoracentèse, a été absolument subite, et l'on comprend difficilement comment elle pourrait être le fait d'une congestion pulmonaire ; au contraire, elle semble reproduire les expériences que nous avons citées plus haut, et dans lesquelles une excitation même légère produisait par acte réflexe une syncope mortelle. Or, dit M. Raynaud, si l'on a abusé des actions réflexes, ce n'est pas une raison pour en nier la réalité, dans les cas où l'on ne trouve aucune autre explication plausible. Quelques faits d'un autre ordre rapportés par M. Raynaud, M. Vallin, M. Brouardel, permettent de concevoir qu'une excitation partant du thorax puisse agir sur le bulbe; nous voulons parler de ces cas dans lesquels, à la suite d'injections pleurales, on a observé des

(1) Voyez le n° 26 du *Progrès médical* (24 juin).

convulsions épileptiformes qui ne pouvaient être rapportées ni à l'épilepsie vraie, ni à l'urémie (1). Il semble donc que, dans un certain nombre de faits, la mort subite survenant *pendant* la thoracentèse puisse être attribuée à une syncope d'ordre réflexe.

D'autre part, dans les faits où la mort subite a eu lieu *après* la thoracentèse, nous trouvons une circonstance qui a été quelque peu laissée de côté, et qui cependant, ainsi que l'a fait remarquer M. Marrotte, mérite d'attirer l'attention. Le malade de M. Legroux venait de s'asseoir sur son lit, lorsqu'il se sentit faible et mourut brusquement. C'est de la même façon que mourut le malade de M. Desnos, sans avoir subi de thoracentèse et avec une pleurésie en voie de guérison. Il en fut de même dans une observation de M. Vallin, où le lendemain de l'opération, le malade, en faisant un mouvement, eut une syncope et mourut (2), M. Foucart dans sa thèse rapporte plusieurs autres cas analogues.

Tous ces faits de mort subite peuvent être rapprochés de ceux qu'on observe parfois dans la fièvre typhoïde, et le rapprochement semble d'autant mieux justifié, que dans certains cas on a trouvé, comme dans la dothiénentérie, une lésion du cœur; ainsi, chez un malade opéré depuis plusieurs jours et qui mourut subitement, M. Homolle constata une dégénérescence graisseuse du cœur (3). Dans un autre fait, il existait une péricardite aiguë et probablement aussi une lésion du myocarde. Les observations présentent d'ailleurs, à cet égard, une lacune regrettable ; car il ne paraît pas qu'on ait pratiqué l'examen histologique du cœur.

En résumé, d'après l'examen des faits publiés, il semble que la mort *subite* survenant pendant ou après la thoracentèse, doit être attribuée à une syncope, dont le mécanisme varie d'ailleurs suivant les circonstances. Dans certains cas, ce paraît être une syncope réflexe due à la douleur ou à l'impression morale accompagnant la ponction chez un individu débilité; dans les autres, elle paraît s'expliquer plus facilement (sans que la thoracentèse puisse être incriminée) par une anémie du bulbe survenant au moment où le malade s'assied. Dans tous les cas, d'ailleurs, la syncope est probablement favorisée par un état d'altération des fibres musculaires du cœur, et peut-être aussi par un certain degré de congestion pulmonaire.

Pour résumer maintenant ce qui a trait au côté pratique de la question, nous dirons : la mort subite peut être observée pendant la thoracentèse ou dans les quelques heures ou les jours qui la suivent ; mais elle est tellement exceptionnelle (si l'on a égard au grand nombre d'opérations faites journellement) qu'il n'y a pas lieu de s'en préoccuper au point de proscrire la thoracentèse, si celle-ci est reconnue nécessaire. Seulement, elle devra toujours être pratiquée avec toutes les précautions convenables, parfois négligées en raison de l'innocuité absolue que présente ordinairement cette opération, aujourd'hui vulgaire. En particulier, chez les individus débilités ou très-impressionnables on devra éviter autant que possible la douleur, habituellement insignifiante, et pour cela, prendre un trocart peu volumineux, chercher un point du thorax qui ne soit pas douloureux à la pression ; on devra aussi évacuer le liquide lentement, afin d'empêcher la toux et l'afflux du sang dans le poumon, et l'on aura soin de ne pas faire asseoir le malade. Toutes ces précautions sont d'ailleurs plus faciles à prendre avec les appareils aspirateurs qu'avec la canule de Reybard. Enfin, après l'opération, comme le recommandait Trousseau, qui avait eu l'occasion d'observer une syncope dans ces conditions, on devra « recommander aux malades un repos aussi complet que possible de corps et d'esprit ». A. Sevestre.

(1) M. Lépine a également signalé à la *Société Médicale des hôpitaux* des faits de parésie des membres observés à la suite de la thoracentèse.

(2) Foucart. De la mort subite ou rapide après la thoracentèse. Thèse de Paris, 1875, p. 49.

(3) Ibid. p. 55.

Projet de reconstruction de la Clinique d'accouchements.

Dans notre n° 27, nous avons mis sous les yeux de nos lecteurs les points principaux de la discussion qui a eu lieu au Conseil municipal, relativement au projet de reconstruction de la nouvelle Clinique d'accouchements. Nous avons terminé en disant que la Commission avait renvoyé le projet à l'examen de la Faculté. Cette question est revenue devant le Conseil municipal le Ier juillet. M. le docteur Dubois, rapporteur, a donné d'abord lecture de la lettre suivante :

Monsieur le Préfet, j'ai pris connaissance de la lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'adresser le 26 de ce mois. Conformément au désir exprimé par le Conseil municipal, j'ai réuni hier la Faculté de Médecine en assemblée extraordinaire MM. Alphand et Ginain que j'avais convoqués assistaient à cette séance. L'assemblée, après avoir entendu les explications de M. Depaul et celles de M. le Directeur des travaux, et après une discussion approfondie a approuvé à l'unanimité le projet proposé par M. l'architecte Ginain pour la construction d'une nouvelle clinique d'accouchements sur le terrain retranché du Luxembourg. Comme la solution de cette affaire est d'une extrême urgence, je vous serai tres-reconnaissant, M. le Préfet, de vouloir bien la soumettre au Conseil municipal dans le plus bref délai possible. Veuillez agreer, etc., le doyen, signé : Vulpian.

Puis, M. Dubois a ajouté au nom de la Commission les réflexions suivantes :

Nous avons cru, Messieurs, de notre devoir de vous faire connaître complétement cette lettre de M. le Doyen qui est pour l'affaire qui nous occupe un document officiel de la plus grande importance. Dans cette situation, le travail de votre commission s'est trouvé singulièrement simplifié. Devant cette approbation unanime de la Faculté il ne lui restait plus qu'à vous proposer l'adoption pure et simple des plans qui vous étaient soumis. Elle n'a pas voulu le faire, sans manifester son étonnement de ce que M. le Président de la Commission, ni votre rapporteur n'aient été convoqués par M. le Doyen, concurremment avec M. le Directeur des travaux et M. l'architecte Ginain, auteur des plans en discussion. Si M. le Doyen nous avait convoqués, comme nous avions le droit de le désirer, nous pourrions aujourd'hui vous faire connaître les objections qui ont du être faites aux critiques que MM. Delpech, Bourneville, Levraud, Bonnet-Duverdier et plusieurs de nos collègues, ont soulevées lors de la discussion de ces projets. Dans ces conditions, votre Commission vous propose simplement d'accepter les plans que la Faculté de Médecine a adoptés à l'unanimité, lui laissant la responsabilité absolue de sa décision.

Des désirs exprimés par le Conseil, pour une modification du projet, nulle mention. Le projet que la Faculté semble faire sien est parfait. Une enquête sérieuse a-t-elle été tentée? La lettre, un peu brève, qui précède ne le dit pas. A-t-on songé à comparer ce fameux projet à ce qui s'est fait... à l'étranger? La lettre est muette à cet égard : tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes possibles.

Après avoir constaté, avec regret, que les critiques adressées au projet par M. Delpech, par nous et par un grand nombre de nos collègues, subsistaient tout entières nous avons rapidement mis en relief les points suivants afin de bien montrer que, dans cette discussion, aucun des

médecins du Conseil n'avait d'hostilité préconçue contre la Faculté.

1° *L'emplacement choisi pour l'érection de la nouvelle Clinique est insuffisant.* — En effet, tandis que l'hôpital des Cliniques occupe environ 9,000 mètres carrés, celui où doit s'élever la nouvelle Clinique n'a que 3,000 mètres. Il aurait été possible de demander l'adjonction d'une portion de terrain comprise entre celui de la nouvelle Clinique et celui où doit s'élever l'Ecole de pharmacie. Il est fort probable que la réunion des professeurs n'a pas eu connaissance de ce fait et que, en conséquence, elle se soit considérée comme obligée d'accepter *quand même* le petit triangle de 3,000 mètres (1).

2° La *disposition angulaire* des deux bâtiments qui composent le nouvel hôpital est considérée comme très-défectueuse par la majorité des médecins qui, dans ces derniers temps, se sont occupés de la construction des hôpitaux.

3° La *salle d'amphithéâtre*, l'*autopsie*, le *musée* ne sont pas disposés à côté les uns des autres dans un corps de bâtiment spécial, mais ils sont placés les uns au-dessus des autres et dans les bâtiments mêmes de l'hôpital. Sans revenir sur les inconvénients de la situation de la salle d'autopsie et de la salle des morts, sous le rapport de l'hygiène, inconvénients que M. Delpech a bien fait ressortir, ni sur la singulière idée qui a conduit à placer ces salles dans le sous-sol (2), nous croyons que, au point de vue des exigences de l'enseignement, il aurait été de beaucoup préférable d'avoir ces services isolés et c'est pour arriver à ce but que nous avons signalé la portion du terrain qui reste libre.

4° Pour mieux comprendre les inconvénients du *défaut d'espace*, il suffit de voir la multiplicité des services qui existent dans un hôpital. Et dans l'espèce, on peut prendre pour point de comparaison l'hôpital des Cliniques. Tous les services auxquels nous faisons allusion (cuisine, boucherie, panneterie, salles pour les légumes frais, pour les légumes secs, réfectoire pour les infirmiers, chantiers pour le bois, etc.) sont déjà d'une exiguïté gênante. Ce n'est pas là une critique personnelle : elle est faite par les administrateurs qui, chaque jour, sont à même de la constater. Il est donc à craindre que ces services, secondaires il est vrai, soient encore plus incommodes dans le nouvel hôpital que ceux qui se trouvent dans l'ancien.

5° Les *dépenses* pour la construction, seule, sont évaluées à 900,000 fr. Si l'on suppose les 75 lits occupés, on voit que chaque lit reviendra à 12,000 fr., dans l'hypothèse où le peu de solidité du sol n'occasionnera pas des dépenses imprévues. Au monument coûteux que l'administration désire édifier, nous aurions préféré, nous le répétons, des constructions plus modestes, semblables, par exemple, au pavillon de M. Tarnier, à la Maternité.

Ce pavillon contient 8 lits ; il a coûté 60.000 fr., ce qui met chaque lit à 7,500 fr. Avec les 900.000 fr. exigés par l'exécution de ce projet, on pourrait construire une douzaine de pavillons sur ce modèle et assister ainsi 96 femmes au lieu de 75. Nous avons visité récemment ce pavillon et nous avons remarqué avec le plus grand plaisir que son auteur avait pris toutes les précautions possibles pour parvenir à diminuer la mortalité. Que dira l'expérience ? Personne ne le sait ; mais nous aurions désiré que les mesures prescrites par la science aient été appliquées, au moins avec le même soin, dans le projet de la Faculté.

6° Les deux appartements, qui figurent sur le plan, nous apprennent que ce petit hôpital aura un directeur et un économe. C'est là un *état-major administratif* trop considérable pour un établissement de 75 lits. Lorsque, dans un hôpital, il y a un directeur et un économe, le premier reçoit au minimum 4 000 fr. et le second 3 000 fr. (1).

Voyons ce qui se passe à l'hôpital des Cliniques, qui contient 61 lits de chirurgie et 58 lits de femmes enceintes et en couches. Eh bien, là, il y a simplement un directeur-économe dont le traitement est de 4,500 fr. En d'autres termes, à l'*ancienne* Clinique les dépenses administratives s'élèvent, pour 119 lits, à 4,500 fr., tandis que, à la *nouvelle* Clinique, elles s'élèveront, pour 75 lits, à 7 ou 8,000 fr. (2). Donc, ce projet est aussi imparfait sous le rapport financier que sous le rapport de l'hygiène.

Nous fondant sur les considérations qui précèdent, appuyées sur les travaux remarquables publiés sur les Maternités par MM. les professeurs Trélat, Le Fort, Lorain, etc., etc. ; — nous rappelant que les femmes qui iront accoucher à la nouvelle Clinique sont des femmes de Paris, et, enfin, que les dépenses seront en partie payées par les contribuables de Paris, nous avons déclaré que nous voterions, non pas contre la création d'une clinique d'accouchement, mais contre le projet si défectueux qu'on nous présentait.

M. le Préfet s'est surtout attaché à démontrer au Conseil que sa responsabilité était couverte par la délibération de la Faculté, et, supposant bien à tort qu'il s'agissait là d'une querelle entre médecins, il a invité le Conseil à adopter le projet. — Ses arguments ont été vivement combattus par MM. Levraud, Bonnet-Duverdier, Delpech, Lefebvre. Puis, M. le Dr Loiseau, s'appuyant sur l'un des articles des statuts de l'Académie de Médecine (3) a proposé d'inviter l'administration à demander l'opinion de ce corps savant.

A l'audition de cette proposition qui, selon nous, avait l'avantage de provoquer une discussion non pas secrète mais publique, M. le préfet, contrarié, s'est empressé un peu hâtivement de déclarer qu'il retirait le projet de construction de la nouvelle Clinique. Il est à espérer que, après avoir examiné mûrement les critiques indépendantes, mais nullement malveillantes pour la Faculté, adressées par les membres du Conseil qui ont pris part à la discussion, M. le préfet accordera à la Faculté un emplacement plus convenable. Celle-ci, à son tour, pourra proposer un nouveau projet de Maternité digne d'elle et qu'elle pourra montrer, sans crainte de reproche, aux étrangers qui viendront nous rendre visite pendant l'exposition de 1878. BOURNEVILLE.

(1) Les personnes qui ne s'occupent pas des affaires relatives aux terrains ne se font pas une idée bien exacte de ce que peut être, par exemple, 3,000 mètres. Un des administrateurs surprit étrangement un des professeurs de la Faculté en lui montrant une cour qui a 2.500 mètres carrés : il s'imaginait que sa superficie était bien au-dessous de ce chiffre.

(2) Le plancher de la salle d'autopsie est situé à plus de deux mètres au-dessous de la fenêtre. L'architecte a voulu peut-être remplacer la salle d'autopsie du vieil Hôtel-Dieu, destinée bientôt à disparaître.

(1) Les directeurs des hôpitaux sont divisés en quatre classes et les économes en trois classes.

(2) Nous avons indiqué (n° 27) un moyen de diminuer les frais d'administration. Il consiste à placer la nouvelle clinique sous la dépendance administrative du directeur et de l'économe de le Maternité, située tout près de la nouvelle Clinique, et dans celle-ci d'installer seulement un commis. On se garde bien d'en faire l'examen.

(3) L'Académie est appelée à donner son avis quand le gouvernement et les autorités le demandent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 8 juillet 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. LUYS a étudié l'influence qu'exercent certaines lésions périphériques sur la conformation des circonvolutions cérébrales. Il apporte à la Société quatre faits qui tendent à prouver que lorsqu'une région de la sensibilité reste longtemps silencieuse, il se produit des résorptions de tissu dans le cerveau en certains points déterminés.

Dans le premier cas, qui concerne une femme morte vingt ans après avoir subi l'amputation de la jambe droite, M. Luys trouva une atrophie notable de la circonvolution frontale ascendante gauche. Le travail d'atrophie s'étend même par l'intermédiaire des fibres commissurales du corps calleux jusqu'au point correspondant du lobe droit.

Chez une femme absolument sourde depuis 40 ans, M. Luys constata, outre l'atrophie des nerfs acoustique et glosso-pharyngien, une disposition très-anormale au niveau des circonvolutions ascendantes. Le sillon de Rolando était comblé en un point par une sorte de pont de substance cérébrale jeté entre ces deux circonvolutions.

Le troisième fait concerne une femme amaurotique depuis 12 ans. Au niveau des deux premières frontales existaient de petites ulcérations superficielles de la substance cérébrale. Enfin chez une femme de 29 ans, réduite à une immobilité presque complète par un rhumatisme chronique, M. Luys a observé une déformation très-nette des plis de la pariétale ascendante.

M. PICARD fait part à la société de ses expériences sur les effets de l'injection d'air dans les rameaux de la veine porte. Les phénomènes observés sont analogues à ceux qui suivent la ligature de la veine porte : les hémorrhagies sont la règle. Mais contrairement à ce qui se passe d'ordinaire dans les hémorrhagies, la fibrine diminue d'une manière très-notable dans le sang (de 3,8 à 2,3 et 1,2). Il faut attribuer sans doute ce phénomène à ce que le sang ne passe plus dans le foie.

M. KUNEKEL communique le résultat de recherches sur certains phénomènes respiratoires chez les nymphes au moment de la métamorphose.

M. GRIMAUX a cherché à obtenir par synthèse les corps de la série urique. Il est arrivé à produire l'allantoïne ($C^4 H^6 Az^4 O^3$) en faisant réagir l'acide glyoxylique ($C^2 H^2 O^3$) sur l'urée au bain-marie.

M. COUTY a observé dans le service de M. Villemin un cas de compression de la moelle intéressant au point de vue clinique. La maladie a monté très rapidement et eut une terminaison fatale au bout de cinq mois. Les troubles de la sensibilité, constatés dès le début, furent très accusés : l'urine, alcaline dans les premiers temps, devint acide en même temps que le malade était atteint de pleurésie et reprit à la fin sa réaction alcaline. Du côté du membre, on nota un amaigrissement considérable et des troubles vaso-moteurs très-prononcés. La température des extrémités s'abaissa d'une manière notable. Enfin, dans la période fébrile, la température des mains et des pieds ne tendit pas à s'égaliser, comme cela arrive d'ordinaire, dans ce cas, avec celle de l'aisselle. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 juillet 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. J. GUÉRIN à l'occasion de la communication faite par M. Pasteur dans la précédente séance, déclare qu'il considère le pansement ouaté non pas comme un filtre mais comme un appareil d'occlusion imparfaite des plaies.

M. DEPAUL termine l'exposé de sa doctrine du souffle utérin. Après avoir résumé en quelques mots ce qu'il a dit à la fin de la séance dernière, il ajoute que le siége du souffle utérin doit être cherché et trouvé dans le tissu de la matrice elle-même. A l'état normal, l'utérus est pourvu d'un système artériel très-complet, mais qui n'offre dans sa disposition principale aucune dissemblance avec ce que l'on trouve dans les autres organes vasculaires. Dans l'état de grossesse, au contraire, il se produit dans ce système artériel des modifications considérables. Les troncs d'origine (artères utérines et ovariennes), il est vrai, n'éprouvent pas beaucoup de changements ; mais les artères contenues dans le tissu utérin augmentent de volume et de longueur et se multiplient rapidement. C'est à la rupture d'équilibre entre le calibre des troncs d'origine et celui des vaisseaux intra-utérins qu'est dû le bruit de souffle utérin. — Pour donner la preuve expérimentale de sa théorie, M. Depaul a fait construire un petit appareil qu'il met sous les yeux des membres de l'Académie.

A l'une des extrémités d'un long tube de caoutchouc, on adapte une poire, également de caoutchouc, faisant office de pompe foulante et aspirante. A l'autre extrémité, on a soudé à angle aigu deux autres tubes élastiques, ayant chacun *le même diamètre* que le tube principal. Celui-ci paraît donc bifurqué. — A l'aide de pressions exercées sur la poire en caoutchouc, on fait pénétrer un courant d'eau intermittent à travers le tube principal et ses deux branches de bifurcation. Si alors on applique l'oreille armée d'un stéthoscope sur le tube principal, en ayant bien soin de ne pas presser, on n'entend rien. Si on déprime le tube en y appuyant le stéthoscope, on entend immédiatement une *pulsation avec souffle.* Si enfin, on applique le stéthoscope à l'angle de bifurcation du tube principal, on entend toujours un *bruit de souffle* parfaitement net, même en ne pressant pas. Ce bruit est continu, il est l'analogue du bruit de souffle utérin. Le souffle utérin est donc produit par l'ensemble des bruits qui se passent à chaque angle de bifurcation des artères intra-utérines.

M. Depaul a oublié de dire dans sa communication, et il tient à réparer cet oubli, que sur dix cas environ de grossesse extra-utérine, dans lesquels il a cherché le bruit du souffle utérin, une seule fois il l'a pu percevoir : c'était une pulsation avec souffle et, à l'autopsie, on a trouvé que le kyste fœtal était accolé à l'artère iliaque interne et la comprimait.

Enfin, M. Depaul termine en disant qu'un seul moyen existe de trancher définitivement et irrévocablement la question du siége du bruit de souffle utérin. Il faudrait, dans le courant d'une opération césarienne, au moment où le globe utérin est mis à découvert, l'ausculter rapidement : on saurait alors si oui ou non le souffle repasse dans le tissu même de la matrice ou en dehors. Cette petite manœuvre est très-facile à exécuter, elle ne peut avoir aucune conséquence fâcheuse pour la mère ni pour l'enfant ; il est donc à souhaiter qu'elle soit pratiquée dès que l'occasion s'en présentera.

M. PIORRY, à propos des quelques mots que M. Pasteur a prononcés sur le pansement ouaté dans la précédente séance, fait un plaidoyer chaleureux en faveur du diachylon comme appareil d'occlusion parfaite des plaies.

M. PASTEUR tient à bien mettre en lumière un point de sa récente communication sur les ferments. Quand on sème le ferment *organisé* pur dans un liquide *qui ne contient pas d'urée,* il se multiplie. Si, alors, on filtre le liquide et qu'on précipite par l'alcool les substances dissoutes, le précipité contient le ferment *soluble* de Musculus, et ce *ferment soluble,* mis en contact avec l'urée (en dehors par conséquent de la présence du ferment organisé), la transforme en carbonate d'ammoniaque. Dans l'urine ammoniacale donc, la transformation de l'urée se fait par l'action du *ferment soluble.* Mais il faut savoir que parfois, lorsque par exemple les urines sont putréfiées, on ne peut pas trouver le ferment soluble. Cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas, cela tient à ce que ce ferment se détruit lui-même au fur et à mesure que son action s'exerce. L'expérimentation permet en outre d'établir que l'urée n'est pas nécessaire à la fermentation.

M. LADREIT DE LA CHARRIÈRE, lit un travail sur le traitement de la teigne à l'aide d'une préparation particulière dont la base est l'huile de coton tiglium. Sur 18 cas de teignes datant de 6 semaines à 5 ans, il a obtenu 18 guérisons.

L'Académie se forme en comité secret à 4 3/4. M. L.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par décret en date du 3 juillet 1876, M. Carcenac, maire du 2e arrondissement de Paris, est nommé membre du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'assistance publique à Paris, en remplacement de M. Delacour, maire du 5e arrondissement, démissionnaire.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance de mars 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

3. Pneumonie, endocardite végétante, embolie de l'artère iliaque primitive; par M. le Dr COUTY, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

Vincent, 24 ans, tempérament lymphatique; pas de lésions scrofuleuses, pas de rhumatismes antérieurs, entre le 15 janvier, salle 24. n° 28, dans le service de M. VILLEMIN. Pris de fièvre, avec frisson, il y a trois jours; il présente tous les signes d'une pneumonie droite, assez étendue: de plus, au cœur, le premier bruit est couvert par un souffle léger, maximum a la base.

La pneumonie suit une marche normale: la fièvre cesse le 19; l'appétit revient; mais le souffle cardiaque persiste, et on l'attribue à l'état d'anémie du malade: car les maladies fébriles peuvent souvent faire apparaître ou rendre appréciable chez un homme déjà anémié, un souffle cardiaque inappréciable auparavant. M. Villemin nous a montré dans ses leçons cliniques, plusieurs souffles de ce genre survenus pendant ou après des affections fébriles assez légères et peu durables, et où évidemment il n'y avait pas eu d'altération possible du myocarde ou des valvules.

Quoi qu'il en soit, l'état du malade était bon; sa nutrition convenable, et on s'apprêtait à l'envoyer en convalescence, quand le 6 février, la fièvre reparut sans cause appréciable Le 7, le souffle cardiaque toujours maximum à la base, devint plus rude, un peu plus prolongé.

Le 8 février. Température. matin: 38°,6; soir: 39°.8. Ce jour là, il y a au cœur un bruit de galop très net surtout à la pointe; le premier bruit est toujours très-soufflant à la base et le deuxième est dédoublé: Le malade paraît très-affaibli, très-affaissé, mais la langue un peu blanche est humide, la céphalalgie n'est pas très-vive, l'intelligence est très-nette, et l'insomnie est très-incomplète: il n'y a donc pas de symptômes véritablement typhoïdes: diagnostic: rétrécissement et insuffisance aortique dus probablement à des végétations valvulaires.

Dans la nuit du 9 au 10, le malade se réveille subitement et s'aperçoit que son membre inférieur droit est comme « mort »: les mouvements dans la jambe surtout, sont très-limités, à peine possibles; on fait cette nuit-là des onctions sur le membre, qui ne sont pas douloureuses.

10 février. Pas d'œdème, légère dilatation des veines de la jambe droite, anesthésie incomplète du gros orteil, hyperesthésie légère du mollet. Temperature, soir 38,4.

11. Le malade est examiné plus complétement: quelques mouvements du membre inférieur droit sont encore possibles. le malade peut se lever de son lit; au lit, le membre inférieur droit est dans la flexion, le pied et le bas de la jambe droite sont légèrement violacés, après que le malade s'est levé pour uriner: pas d'œdème; les orteils droits sont complétement anesthésiés, la sensibilité du pied est seulement diminuée: la jambe est hyperesthésiée: la moindre pression, un mouvement communiqué suffit pour provoquer une douleur vive; mais il faut que la pression soit faite au niveau des muscles. si on comprime la peau sur la crête ou la face interne du tibia, l'hyperesthésie est presque nulle; il y a donc surtout de l'hypéresthésie musculaire. Pas de trouble de la sensibilité à la cuisse.

Température, orteil droit 21°,5; gauche 34. Pas de différence de température des cuisses, appréciable à la main. Il est impossible de retrouver les battements, soit de l'artère crurale, soit de la poplité de la pédieuse dans le membre inférieur droit: l'artère crurale forme un cordon très-appréciable, sans trace de pulsation et peut-être légèrement douloureux à la pression. Au contraire, l'amplitude des battements et le volume des artères du membre inférieur gauche est exagéré très-notablement, et on constate dans le genou gauche un épanchement dont il est difficile de fixer la date de l'apparition.

L'état général du malade est encore aggravé; la maigreur, la faiblesse est extrême, il y a une diarrhée abondante. Mais la langue est humide; les sens et l'intelligence intacts. Température axillaire 38,2.

Le souffle cardiaque au premier temps, à la base est encore plus rude que précédemment, il y a toujours un triple bruit à la pointe.

12. Le membre inférieur droit est immobile dans le lit, la jambe fléchie à angle droit sur la cuisse. et aucun mouvement volontaire n'est possible: il y a toujours anesthésie des orteils, hyperesthésie de la jambe; mais hyperesthésie diffuse sans douleur localisée aux nerfs, aux articulations; seulement l'hyperesthésie a augmenté, elle est sensible même au niveau des points dépourvus de muscles quoique toujours maximums au niveau des muscles; il suffit de toucher le mollet pour faire crier le malade et au contraire le rebroussement des poils comme le fait remarquer M. Villemin, est à peine senti.

La cuisse est, elle aussi, un peu douloureuse.

Le réseau veineux du pied et de la jambe droite est toujours dilaté; pas d'œdème: il y a deux plaques ecchymotiques irrégulières: l'une sur le gros orteil, l'autre sur la face antérieure du tibia.

Température matin: Plante du pied droit 29°,5; gauche 38. Cuisse droite 37,5, gauche 37°,3. Soir: cuisse droite 38°; gauche 37°, 8. Pied droit 26°.8; gauche 37°. L'état du cœur est toujours le même; mais la fièvre est plus vive, la face du malade est vultueuse, la respiration fréquente. Pouls plus ample que hier, 120. Température axillaire: matin: 38°,3; soir: 39°.8. On ausculte la poitrine avec soin; quelques gros râles muqueux a droite au niveau de l'ancienne pneumonie; respiration très-nette à gauche.

13. L'état reste à peu près le même. Température axillaire, matin: 38°,2; soir: 39°.8. Le malade laisse échapper dans son lit l'urine et les matières fécales.

14. L'hyperesthésie de la jambe droite a un peu diminué; l'anesthésie s'est étendue à presque tout le pied; il y a un œdème léger de la jambe et du pied, avec dilatation du réseau veineux; de plus, on constate un épanchement très-abondant, non douloureux, dans la tunique vaginale droite: gros orteil violacé, mais sans plaques gangréneuses. Le souffle cardiaque du premier temps est modifié; il est moins fort, moins rude, et s'étend bien à la pointe: de plus, il est impossible de retrouver le bruit de galop si sensible les jours précédents. La langue est toujours humide, la salive abondante. Température axillaire, matin: 39,8: soir: 39,5.

15. L'état local est le même, membre inférieur droit dans la flexion, hyperesthésie moindre de la jambe. toujours peu marquée à la cuisse; œdème léger de la cuisse et de la jambe, mais sans changement de coloration de la peau, ecchymose tibiale un peu plus étendue; pas de plaques gangréneuses; étonné de ce que les symptômes de gangrène confirmée tardent aussi longtemps, nous voulons voir si la circulation s'est un peu rétablie et comparer, en numérant les globules par la méthode de M. Hayem, le sang contenu dans le membre inférieur droit dont l'artère est oblitéré et le sang normal. Nous faisons avec une lancette plusieurs piqûres sur la jambe et la cuisse droite; ces piqûres profondes traversent la peau et pénètrent dans le tissu cellulaire, et cependant elles ne donnent pas une goutte, pas de trace de sang; la circulation du membre inferieur droit est donc bien complétement arrêtée. De plus ces piqûres n'ont pas été senties à la jambe, elles ont été douloureuses à la cuisse. L'anesthésie s'est donc étendue aux téguments de la jambe.

Température Creux poplité droit 37°, 8, gauche 36°, 7. Pied droit 33°2; gauche 36. L'état général s'aggrave, la cornée est ternie; il y a eu des vomissements bilieux; le malade est dans la somnolence, mais si on l'interroge. il répond facilement; pas d'hébétude pas de surdité comme dans le typhus T. matin 39°, 2. soir 40°, 1; respiration très-fréquente. Au cœur, souffle au 1er temps, maximum à la base plus rude qu'hier; pas de dédoublements du second temps; le souffle au 1er temps se prolonge dans l'aorte, et à son maximum à 4 ou 5 centimètres du bord sternal droit, ce qui indiquerait une dilatation de l'aorte

16. — Toujours hyperesthésie diffuse de la jambe à la pression ou par les mouvements communiqués: hyperesthésie légère de la cuisse: toujours œdème léger sans changement de

coloration de la peau, hormis au niveau l'ecchymose : gros orteil et métacarpien secs, noirs grisâtres, sans plaque gangreneuse véritable. De plus, je constate que les muscles de la cuisse droite résistent à la pression : au lieu d'être mous et flasques, ils sont dans un état de semi-contracture permanente très-marquée : Pied droit 31. Gauche 33. Mollet droit 37. Gauche 26 Creux poplité droit 37°,8. Gauche 36,7. La température du lit étant de 23°.

Le souffle cardiaque du 1er temps de la base est toujours très-fort, rude, prolongé dans l'aorte : à la pointe, on entend nettement un souffle double : le 2e bruit est maintenant couvert par un souffle.

L'état général s'aggrave, le malade est dans un état de somnolence complète : subdélirium ; par moment carphologie ou plutôt tremblement convulsif des membres supérieurs, etc. Respiration très-fréquente. Temp. axillaire, Matin 38°,3, Soir 40° 7. Cet état se prolonge toute la journée et le malade succombe le lendemain à 5 h. du matin.

Autopsie. — Tous les viscères, cerveau, reins, foie, intestins et rate sont normaux ; pas d'infarctus. Le cerveau est légèrement congestionné ou mieux un peu œdématié.

Le poumon droit est encore induré à la base, son tissu, violacé, ne crépite plus en certains points, mais cependant surnage partout : le poumon gauche est légèrement congestionné. Il y a dans les deux plèvres des néo-membranes blanc-grisâtres, assez adhérentes, très-nombreuses surtout du côté gauche où elles recouvrent tout le poumon ; pas d'épanchement liquide.

Le *péricarde* contient 50 à 80 gr. de liquide citrin ; mais il ne présente aucune trace d'inflammation. Le cœur droit contient quelques caillots blancs ; sa séreuse est entièrement saine. L'*endocarde* du côté gauche est entièrement normal, hormis au niveau les valvules aortiques toutes trois altérées. Au niveau la valvule droite, c'est-à-dire la valvule qui correspond au sens de la courbure de l'aorte et en tenant lieu, on trouve une végétation volumineuse formée de deux parties : la portion la plus inférieure est arrondie, saillante, mamelonnée ; sa base est implantée au niveau de l'origine de la valvule, son bord libre convexe ne correspond pas au bord libre de la valvule ; car au-dessus cette première partie, qui a au moins le volume d'un gros œuf de pigeon, mesurant 23 millimètres dans son plus grand diamètre, et pesant 2 grammes 1/2, on voit une bride fibreuse infiltrée et altérée aussi, qui est constituée évidemment par le bord libre de la valvule dont la grosse saillie forme la base. La valvule sigmoïde droite a donc été couvertie en une masse végétante, énorme relativement, convexe et saillante du côté du ventricule, excavée du côté de l'aorte ; masse végétante qui ultérieurement probablement au moment de l'embolus, s'est séparée en 2 parties distinctes. Le tissu de la végétation est gris-rose, assez dur ; il n'y a en aucun point aucune trace de perte de substance ulcéreuse et la végétation paraîtrait plutôt recouverte par une néo-membrane mince que l'on peut détacher. Les deux autres valvules sigmoïdes ont gardé leur forme et pourraient fonctionner : dans l'intérieur on trouve deux noyaux, l'un vers la base, l'autre vers le bord libre, noyaux de la grosseur d'un grain de chenevis, mais plus étalé : la valvule gauche est la moins atteinte et on ne constate qu'une légère infiltration au niveau de son bord libre.

Le *myocarde* est rouge, ferme et complétement sain à la vue, hormis au niveau de la base d'implantation de la végétation : en ce point qui correspond exactement à l'implantation commune d'une portion des valvules sigmoïdes et mitrales, la paroi du cœur est épaissie et saillante : on fait une incision qui donne issue à 2 ou 3 centimètres cubes d'un liquide quasi purulent, jaunâtre, mais légèrement sanguinolent, épais : ce liquide examiné par M. Bochefontaine, préparateur du laboratoire de pathologie expérimentale, contient des globules de pus, des globules rouges et un assez grand nombre de granulations et de bâtonnets doués de mouvements, des bactéries.

La cavité une fois vidée, anfractueuse, irrégulière, correspond bien exactement à la base d'implantation de la valvule gauche, ou mieux de la masse végétante ; et un orifice assez large fait communiquer ce foyer de ramollissement myocardique avec la concavité de la végétation du côté de l'aorte.

L'aorte, au niveau même les valvules et au-dessus est manifestement distendue, dilatée, et la crosse est fortement déviée à droite du sternum : elle mesure 9 cent. de circonférence au-dessus les sigmoïdes : du reste, pas d'altération de ses tuniques. L'artère iliaque droite et ses branches sont disséquées avec soin :

On trouve un caillot qui commence presque immédiatement à la naissance de cette artère iliaque : ce caillot se prolonge de 2 à 3 centimètres dans l'artère hypogastrique et ses branches, il se prolonge de 7 à 8 cent. dans l'artère iliaque externe, jusqu'à peu près l'arcade de Falloppe : au-dessus du caillot, les branches artérielles dépendant soit de l'hypogastrique, soit de l'iliaque externe, fémorales honteuses, etc., etc., sont vides de sang, du reste très-saines, et présentant un volume normal. Le caillot, hormis les points où il se termine, remplit exactement les artères iliaques : rouge violacé, peu consistant, ce caillot est divisé en deux parties très-inégales par une masse arrondie, allongée, tranchant par sa couleur grisâtre et sa consistance plus marquée sur le reste du caillot : c'est l'embolus ; il est arrêté juste au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive en iliaque interne et externe ; son sommet s'est en quelque sorte moulé sur l'artère et est légèrement échancré ; cet embolus long de 17 millimètres, épais de 7, et pesant 8 décigrammes, remplit exactement l'artère iliaque primitive : coupé en travers, son tissu très-dense est entièrement homogène, grisâtre.

Le tissu cellulaire sous-cutané est légèrement infiltré à la coupe, surtout au niveau des points ecchymosés : nulle part, même aux orteils, il n'y a de gangrène vraie, la peau a sa coloration normale ; les muscles de la jambe droite sont plus rosés, moins foncés que ceux du côté droit ; dans la masse des muscles du mollet, ils sont gris jaunâtre par places, ramollis à la pression et il y a même deux ou trois points gros comme une noisette où le ramollissement plus complet forme un amas puriforme.

Ces muscles, examinés au microscope par M. Déjerine, ont présenté une dégénérescence encore incomplète ; les stries restent assez nettes en certains points, elles ont disparu dans d'autres, et toute la substance musculaire contient un très-grand nombre de granulations protéiques.

A la cuisse droite, les muscles sont aussi plus rosés que ceux du côté gauche, et je ne puis mieux comparer leur teinte qu'à ceux des muscles oxycarbonés : cette teinte rosée est uniforme, non mêlée de parties jaunâtres comme à la jambe. Le psoas iliaque droit est violacé, ramolli. Le membre inférieur droit avait donné à la mensuration 1/2 à 1 centimètre de circonférence de plus que le gauche.

Réflexions. — Ce cas d'*endocardite végétante*, outre le volume et la forme remarquables de la végétation nous paraît présenter quelques particularités intéressantes, d'abord en ce qui regarde l'endocardite, endocardite légère coïncidant d'abord avec une pneumonie, puis se transformant brusquement et sans cause appréciable en endocardite végétante.

Maier, M Raymond ont fourni d'autres observations où on voit une pneumonie être suivie aussi d'endocardite végétante.

Nous disons endocardite végétante et non pas ulcéreuse : car si on a observé dans ce cas ces variations, ces changements du timbre et de la forme des souffles cardiaques, variations signalées par M. Vulpian, M. Charcot, dans l'endocardite ulcéreuse vraie ; d'un autre côté bien des symptômes sont différents : les altérations sont rigoureusement limitées à l'origine de l'aorte ou mieux à ses valvules sigmoïdes, sans qu'il soit possible de dire si le bord libre ou la base des valvules ont été primitivement atteintes ; et même en ces points, il n'y a pas d'ulcérations appréciables : il n'y a pas eu d'infarctus multiples des viscères, et pas de symptômes véritablement typhoïdes, ce cas de végétation valvulaire aortique ne se rapporte donc pas complètement à la description classique des endocardites ulcéreuses.

Pour l'école allemande, ce serait un fait type d'endocardite diphthéritique, dénomination qui ne s'applique pas seulement à ces lésions valvulaires coïncidant avec la diphthérie des muqueuses, que M. Labadie Lagrave a étudiées chez les enfants, en en exagérant l'importance et la fréquence. comme l'a montré

M. Perrot. L'endocardite diphthéritique des Allemauds est une endocardite bactéridique; et avec un peu de bonne volonté, il serait facile de faire, du cas étudié plus haut une preuve des hypothèses plus ou mois compliquées émises par Maier, Eberth, etc. Nous avons trouvé des bactéries dans le foyer de ramollissement situé à la base de la végétatiou, et nous en aurions certainement trouvé, l'autopsie faite après la mort, soit dans le sang, soit dans le tissu de la végétation si nous les avions recherchées: on pourrait même ajouter que les néo-membranes pleurales, formées tardivement puisque le 8 les poumons et les plèvres examinés ont été trouvés sains sont constituées, comme la végétation endocardique, par une agglomération bactéridienne; étant donné l'orifice de communicatiou du courant vasculaire et du foyer de ramollissement, on pourrait expliquer par des embolies capillaires bactéridiennes les troubles cérébraux, coma, carphologie, etc., observés les derniers jours, etc.

Mais on conçoit sans peine que nous n'ayons aucune envie d'appliquer à ce cas particulier des hypothèses plus ou moins uuageuses, que leursauteurs n'ont appuyées d'aucune preuve scientifique.

L'embolus, d'un volume exceptionnel, remplit exactement l'artère iliaque primitive et siége donc très-haut. Il n'y a pas eu de circulation collatérale, puisque nous voyons, 5 jours après, alors que la circulation aurait eu le temps de se rétablir un peu, des piqures profondes de la peau, de la cuisse, ne pas donner une goutte de sang.

L'arrêt circulatoire a donc été complet, et cependant huit jours après, la peau avait encore sa couleur normale.

Il u'y a pas eu de congestion rétrograde; mais seulement, une légère dilatation du réseau veineux, sensible dès le premier jour; compliquée quatre jours après d'un œdème léger qui a persisté jusqu'à la mort, puisque le membre droit était plus gros, à l'autopsie, que le gauche; et aussi d'un épanchement dans la tunique vaginale droite.

Deux jours après l'embolus, quelques mouvements volontaires du membre inférieur étaient encore possibles, preuve que le système moteur périphérique n'est pas paralysé immédiatement par la suppression de la circulatiou; nous avons aussi observé dans les muscles de la cuisse, six jours après l'embolus, cette contracture anémique des muscles souvent uotée au membre supérieur; plus rare au membre inférieur où sa possibilité a même été niée.

Insistons aussi sur l'hypéresthésie de la jambe, coïncidant avec l'anesthésie des orteils et du pied: cette hypéresthésie à la pression maxima, 3 jours après l'embolus, porte surtout sur la substance musculaire. Les troubles sensitifs, très-considérables à la jambe, sont à peines marqués à la cuisse qui est encore sensible 7 jours après l'embolie.

Le membre privé de circulation ne s'est pas refroidi comme on l'admet géuéralement: 4, 6, 7 jours après l'arrêt circulaire, au moment où les muscles se dégéneraient, etc. La température du membre droit était égale et même supérieure à celle du membre sain comme le prouvent les températures Cette augmentation tardive notée dans l'observation de température, ne saurait s'expliquer comme l'augmentatiou constatée par M. Broca, quelques heures après les ligatures d'artères, par une fluxion à la fois collatérale, et rétrograde, admise par M. Vulpian, puisque la circulation a été bien complètement supprimée. Cette augmentation doit donc être attribuée aux fermentations sur place qui doivent s'établir peu à peu dans les tissus privés de circulation. Ces fermentations sont moindres dans les points dépourvus de muscles, et c'est ce qui explique qu'au pied droit, il n'y ait pas eu d'augmentation de température comme au mollet et à la cuisse.

La température du membre inférieur sain paraît avoir aussi augmenté peu après l'embolus, et certainement sa circulation a été plus rapide, ses artères plus dilatées. Les températures de 34° pour l'orteil, 38°, pour la plante du pied obtenues le 11 et le 12 février paraissent supérieures aux températures normales. Mais ce dernier point est moins nettement établi que le précédent, et certainement aussi moins curieux.

13. Tumeur de la main. (Angiome avec hypertrophie fibreuse et dilatations lymphatiques); par M. Devilliers, interne provisoire.

M..., 7 ans. est entrée dans le service de M. de Saint-Germain, à l'hôpital des Enfants, le 13 mars 1876.

C'est une enfant frêle, délicate, d'une mauvaise santé antérieure, bien que ses parents paraissent jouir d'une excellente santé, et disent n'avoir jamais été malades.

La main droite, au dire des parents, aurait toujours été plus volumineuse que l'autre; il y a 4 mois, au commencement de l'hiver, débuta l'affection qui l'amène à l'hôpital, quelques-uns des doigts, entre autres le pouce et l'index, se tuméfièrent, les parents ne s'en préoccupèrent pas d'abord, ils prirent cette affection pour des engelures, mais le mal empira rapidement, la main se gonfla de plus en plus, elle devint douloureuse, elle ne tarda pas à s'ulcérer et à donner lieu à des hémorrhagies peu abondantes, mais fréquemment renouvelées. Aujourd'hui, bien qu'il n'existe pas de diarrhée, ni de toux, l'appétit est à peu près nul, la petite malade est très-pâle, très-faible, son état général est mauvais, presque cachectique. L'apyrexie est complète. Il existe dans l'aisselle quelques petits ganglions que l'on sent rouler sous les doigts; on ne sent point les ganglions sus-épitrochléens. En présence de cet état général mauvais, de la marche croissante de l'affection, M. de Saint-Germain se décida à pratiquer l'amputation de l'avant-bras, au tiers inférieur.

La tumeur présente les caractères suivants: Elle occupe la main droite, qui est complétement envahie, à l'exception de l'auriculaire et du métacarpien correspondant; la consistance de la tumeur présente une certaine fermeté, une certaine résistance, mais beaucoup moins prononcée que l'induration du phlegmon par exemple. La coloration de la peau semble normale dans la région dorsale du métacarpe, mais sur la face palmaire, elle n'est normale que dans son tiers interne. Au niveau des doigts, surtout du pouce et de l'index, la peau est altérée, détruite en partie. La coloration est loin d'être uniforme, grisâtre eu certains poiuts, noirâtre en d'autres; mais ce qui domine surtout par larges plaques, c'est une coloration bleuâtre violacée.

Les parties grisâtres et noirâtres sont par points, ils forment eu quelque sorte de petits îlots. La matière noirâtre de ces points qui, par leur dispositiou générale, rappellent les petites taches mélaniques de certains sarcômes semblent constitués, lorsqu'on y regarde de plus près, par du saug coagulé.

En outre, la peau est amincie et présente quelques petites ulcératious desquelles s'échappeut une sanie grisâtre qui répand une odeur fétide, et fétide au point de gêuer les malades voisins; quant à la coloration de la peau des autres doigts, elle n'est point altérée. Les lésions que nous avons décrites se trouvent surtout au niveau des premières phalanges, notammeut sur la face dorsale de l'index; mais elles existent aussi et également prononcées sur toute la moitié externe de la face palmaire, et d'une façon générale sur toutes les parties dont le volume est le plus augmenté. En effet, toutes ces différentes parties sont notablement augmentées de volume, le pouce et l'index sont certainement quintuplés, le médius triplé, l'annulaire n'est que doublé, et quant à l'auriculaire, ainsi que nous l'avons dit, il u'est guère augmenté de volume; mais l'augmentation de volume n'est pas uniforme. C'est aiusi qu'au niveau des plis des doigts, la tuméfaction présente des rainures, des dépressions circulaires assez marquées; et qu'au niveau de la phalangette de chacun des doigts malades, il n'existe ni tuméfaction ni changemeut de coloration de la peau; cette intégrité n'est cependant pas absolument complète pour le pouce et l'index: ces parties sout encore altérées, mais à un degré beaucoup moindre et nullement comparable à celui des autres phalanges de ces mêmes doigts.

La tuméfaction s'étend encore dans les régions du carpe, du métacarpe, aussi bien à la face palmaire qu'à la face dorsale, toutes ces régions semblent élargies, triplées pour le moins de volume, cependaut c'est surtout à la face palmaire et dans la partie externe de cette région, que cette tuméfaction est prouoncée.

L'amputation fut pratiquée le 16 mars 1876; la petite malade alla de jour en jour de mieux en mieux, et aujourd'hui, 23 avril, la cicatrisation du moignon est à peu près complète, à peine reste-t-il une petite surface ulcérée du diamètre d'une pièce de 50 cent. L'état général est excellent, les ganglions axillaires ont disparu, et l'on peut considérer la malade comme guérie.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. Malassez, au laboratoire du Collége de France. Le squelette, les muscles, les nerfs, sont sains. Le tissu adipeux sous-cutané et profond présente des noyaux de néoplasie; aux doigts, le derme est également atteint. Il s'agit d'un angiôme avec hypertrophie fibreuse et dilatations lymphatiques.

14 Altération probablement tuberculeuse des reins dans le cours de la tuberculose pulmonaire; par M. Levrat, interne des hôpitaux.

Marguerite M., 69 ans entre à la maison de santé (service de M. Labbé), avec des signes non douteux de tuberculose avancée au sommet gauche gargouillement et souffle amphorique. a droite seulement de la respiration rude, crachats caractéristique. Les urines sont examinées à plusieurs reprises, elles ne contiennent ni albumine ni sucre. Elles laissent déposer une couche blanchâtre très peu considérable et qui n'a pas été examinée au microscope; la malade meurt au bout de 4 jours.

Autopsie. On trouve au sommet du poumon gauche une caverne presque du volume du poing, dans laquelle s'ouvreut des bronches de près de 1 centimètre de diamètre. La paroi de la caverne, très-mince est infiltrée de tubercules, ou rencontre également de l'infiltration tuberculeuse en différents points des deux poumons.

L'endocarde, la valvule mitrale, les valvules sigmoïdes, ainsi que l'aorte présentent quelques plaques athéromateuses.

Le foie et la rate sont un peu ramollis, mais ne présentent rien de remarquable. Les reins sont petits, mamelonnés. le rein gauche adhère fortement à la capsule surrénale. A la coupe des reins on trouve plusieurs petites cavités, qui paraissent dues au ramollissement de tubercules et contiennent une matière épaisse et caséeuse. Pas de traces de calculs. La vessie contient de l'urine blanchâtre à droite du trigone deux ulcérations voisines l'une de l'autre, à fond grisâtre. Les uretères sont libres, l'uretère droit présente quelques petits kystes de la grosseur d'un grain de millet.

Les reins, les uretères et la vessie sont mis dans un mélange d'eau et d'alcool, au bout de trois jours d'immersion, les dépôts caséeux situés dans les cavités du rein ont disparu, laissant une paroi dont la coloration ne tranche nullement sur le tissu voisin et semblable à des calices dilatés.

M. Liouville. J'ai observé des cas analogues dans lesquelles se rencontraient à côté des cavernes vides, des foyers caséeux intacts ou en voie d'élimination; les parois cavernes présentent en pareille circonstance des fragments adhérents de matière caséeuse.

M. Cornil. Sur la pièce qui nous est présentée on peut voir autour des cavités de petits points blancs brillants et ressemblant à des amas salins beaucoup plus qu'à des granulations tuberculeuses. Les parois des véritables cavernes sont d'ailleurs revêtues d'une sorte de fausse membrane qui fait ici défaut: c'est pourquoi l'on peut hésiter à reconnaître ici des lésions tuberculeuses.

15. Plaie de la paroi abdominale suivie de guérison. Hernie de tout le grand épiploon 35 ans plus tard. Entérocèle étranglée. Mort; par Bide, interne des hôpitaux.

M... 44 ans, teinturier entre le 11 mars 1876. à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Le Fort. Le malade eut à l'âge de quatre ans, le ventre ouvert d'un coup de canif; il y aurait eu alors issue des intestins au dehors.

Il existe sur la paroi abdominale à 5 ou 6 centimètres à droite et en bas de l'ombilic, une cicatrice curviligne de dix centimètres à peu près.

Vers l'âge de 35 ans, le malade vit, pour la première fois, apparaître au niveau de la cicatrice une petite tumeur qui alla grossissant, qu'on n'essaya jamais de réduire. Depuis 5 ou 6 mois le malade avait laissé de côté la ceinture de coutil avec laquelle il avait pris l'habitude de maintenir sa tumeur, lorsque le 9 mars il éprouva quelques coliques.

Le 10 au matin à la suite d'une selle normale, des douleurs excessives se manifestèrent dans le ventre et 5 fois dans la journée le malade eut des vomissements bilieux et glaireux.

Le soir, purgatif suivi de selle. Ce fut la dernière. Depuis ce moment le malade ne rendit plus de gaz par l'anus.

Une consultation de médecins eut lieu. Le malade fut chloroformé, des tentatives de réduction furent faites, car on soupçonnait l'existence d'une entérocèle étranglée. Elles n'eurent pas de résultat.

Le 11 *mars*, on constate l'état suivant: tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, siégeant en dehors et en bas de l'ombilic du côté droit, tumeur un peu bosselée, mate dans toute son étendue, irréductible, douloureuse à la pression. Pouls petit, fréquent, facies très légèrement grippé. Point de hoquet. Bouche amère. Langue saburrale. Météorisme dans toute la moitié supérieure de l'abdomen. Cataplasme laudanisés. Purgatif. Glace en fragments et boissons glacées.

12 *mars*. Le météorisme augmente toute la journée et la dyspnée apparait. Elle est attribuée au refoulement du diaphragme en haut. Coliques violentes, nouveau vomissement, n'ayant pas plus que les autres l'apparence fécaloïde On ajourne jusqu'au lendemain une ponction capillaire ayant pour but d'évacuer l'air contenu dans les intestins et de faire ainsi diminuer la dyspnée et l'étranglement de l'anse intestinale qu'on soupçonne étranglée par les fibres du grand oblique comme par une boutonnière. Le malade succombe malheureusement dans la nuit.

Autopsie. — La paroi abdominale disséquée, on tombe sur une tumeur volumineuse divisée en deux lobes très inégaux par une bride aponévrotique qui n'est autre chose qu'une bandelette du grand oblique. La tumeur est pédiculée sur l'aponévrose du grand oblique. Une tunique d'apparence fibreuse plus lâche, cependant sur quelques points et ressemblant là à du tissu cellulaire condensé, l'enveloppe. Cette tunique enlevée, on tombe sur une masse irrégulière qui est reconnue pour être de l'épiploon.

On ne trouve tout d'abord point de traces de péritoine à la face profonde de la tunique fibreuse qui constitue le sac herniaire. Mais près du pédicule, on trouve la séreuse qui d'ailleurs forme une enveloppe complète autour de la plus petite des tumeurs. A la base de la tumeur, la plus volumineuse et près de son pédicule, cachée sous les replis de l'épiploon hernié, on rencontre une anse intestinale de 7 à 8 centimètres de longueur. Cette anse est distendue, presque noire et tout autour d'elle se trouvent des exsudats fortement teintés de sang. La position même de cet entérocèle au milieu des masses épiploïques explique pourquoi la percussion n'avait donné aucun renseignement sur sa présence durant la vie.

Ceci constaté, on ouvre l'abdomen. Les anses de l'intestin grêle sont fortement météorisées, et leurs parois très injectées dans toute l'étendue du canal intestinal situé au dessus de l'étranglement.

Le colon transverse est attiré en bas et intimement appliqué contre l'anneau par où se sont produites les hernies intestinales et épiploïques. Il est retenu dans cette situation fixe par cela même que le grand épiploon presque tout entier s'est engagé dans l'anneau; quant à l'anneau lui-même il est elliptique; le doigt ne peut y être introduit, son grand axe est dirigé dans le sens des fibres de l'aponévrose du grand oblique, ce qui peut rendre compte du mécanisme même de l'étranglement: celui-ci paraît être dû à la constriction exercée sur les lèvres de la boutonnière aponévrotique, constriction qui a dû aller croissant à mesure que le météorisme augmentait, car on a vu que les signes d'étranglement, insignifiants au début, n'ont pris quelques caractères de gravité qu'à la fin, en outre, après l'autopsie, alors que l'abdomen n'était plus distendu et les lèvres de la boutonnière, étroitement serrées, il était possible quoique difficile, de faire refluer des gaz du bout supérieur dans le bout inférieur de l'intestin. Durant la vie, pareille chose n'avait pas lieu, aucun gaz

n'ayant été rendu par l'anus durant les 3 derniers jours. Au niveau de l'anneau ou de la boutonnière, le péritoine se continue sans interruption des parois abdominales vers le sac herniaire. Cette présence du péritoine n'est pas de règle dans les éventrations. Cependant ici elle s'explique par l'apparition tardive de la hernie qui s'est faite longtemps après la cicatrisation, par le point le moins résistant de l'enceinte abdominale.

16. Fracture de la rotule; par M. Moutard Martin, interne des hôpitaux.

Cette fracture est remarquable en ce qu'elle divise l'os en deux fragments par un trait transversal, et que les fragments sont eux-mêmes subdivisés en deux par un trait vertical. Il existe de petites esquilles très-nombreuses sur les bords de chacun d'eux. La pièce a été recueillie sur un homme de 34 ans qui, entré en médecine le 4 mars dans la journée (service de M. Woillez) fut pris subitement dans la nuit de *delirium tremens* et se jeta par la fenêtre vers 5 heures du matin. Le matin il fut apporté dans le service de M. Gosselin, et succomba le 6 vers 1 heure de l'après midi. A l'autopsie, on trouva une méningite suppurée de toute la convexité du cerveau, un début de pneumonie dans le poumon gauche, et les traces d'une ancienne lésion de la valvule mitrale. M Moutard Martin soumet a l'appréciation de la société l'explication suivante qu'il adopte comme pouvant rendre compte de l'enchainement de différentes lésions. Ce malade, entré en médecine pour un point de pneumonie centrale, n'offrait à la visite du soir, le 4 mars, d'autre symptôme de maladie qu'une fièvre vive, et un souffle au 1er temps et à la pointe du cœur. Sous l'influence du développement d'une phlegmasie pulmonaire reconnue à l autopsie, est apparue l'attaque de *delirium tremens*, pendant laquelle le malade s'est jeté par la fenêtre et fracturé la rotule. Quant aux lésions de méningite, elles étaient probablement préexistantes; sous l'influence de la chute, la suppuration s'est développée dans les fausses membranes. La lésion ancienne du cœur explique le souffle constaté le jour de l'entrée du malade.

17. Lésions des voies génito-urinaires chez un sujet ayant depuis peu subi la taille périneale; par M. Moutard-Martin, interne des hôpitaux.

Ces pièces proviennent d'un malade qui a subi récemment la taille périneale dans le service de M. Gosselin pour un calcul urinaire volumineux. La vessie présente à sa face interne des sortes de petits champignon dont le sommet renflé en forme de tète offre l'aspect de végétations; toutes les parties saillantes sont ainsi recouvertes de ces productions. Sont-ce des incrustations calcaires ou des fausses membranes semblables à celles que M. Dolbeau signale dans son Traité de la pierre, le microscope le démontrera. Sur le rein, il existe en deux points de la muqueuse des bassinets, une lésion qui parait être analogue. Mais ici, elle revêt l'aspect d'une ulcération à bords arrondis, à fond plat, assez semblable à celles que présente la vessie dans le cas de tuberculisation génito-urinaire. (Il n'existe aucune trace de lésion tuberculeuse dans aucun organe).

18. Fracture multiple du bassin; perforation de la vessie; infiltration de sang et d'urine dans le tissu cellulaire sous peritoneal; par Barth, interne des hôpitaux.

H. E 25 ans charretier, entre à la Charité le 9 mars 1876, service de M. Gosselin).

Cet homme est tombé le 9 mars, à huit heures du soir, sous les roues d'un haquet non chargé qu'il conduisait: l'une des roues lui a passé sur le ventre au niveau de l'hypogastre; relevé immédiatement et apporté à l'hôpital, il offre les signes ordinaires des hémorrhagies internes: pâleur de la face, refroidissement des extrémités, angoisse extrême; mais il a toute sa connaissance et explique clairement les circonstances de son accident. L'intensité des douleurs et la gravité de l'état général ne permettent pas un examen détaillé. Pendant la nuit le malade est pris de vomissements qui se répètent à plusieurs reprises; il n'a pas uriné depuis l'accident.

Le dix mars, matin, l'état est le suivant: l'abattement a un peu diminué, mais la faiblesse est extrême; P. petit, à 120 — T. 37° 6.

Le ventre, tendu et légèrement ballonné, est très-douloureux à la palpation, surtout dans les régions inférieures; la percussion donne de la matité dans les fosses iliaques et à l'hypogastre; — il n'est pas possible de reconnaître si la vessie dépasse le pubis. Le malade n'ayant pas uriné depuis la veille, et ne pouvant y parvenir malgré des efforts énergiques, on pratique le cathétérisme, avec la sonde de gomme: on pénètre avec facilité jusqu'à la vessie, mais on n'obtient que 50 grammes environ d'urine dont les dernières gouttes sont fortement teintées de sang Au niveau de la crête iliaque du côté gauche se voit une forte ecchymose, et toute la région avoisinante est le siége d'une vive sensibilité; la pression au niveau de la fosse ovale du même côté provoque une douleur aiguë; il en est de même en arrière sur la partie latérale du sacrum; en aucun point du bassin on ne peut constater de mobilité anormale ni de crépitation.

La sensibilité est intacte dans les membres inférieurs, mais les mouvements des deux jambes sont presque impossibles, surtout du côté gauche. Il n'y a pas de raccourcissement, pas de rotation du pied.

Ces divers symptômes font redouter une facture multiple du bassin, acompagnée probablement d'une rupture de la vessie qui a engendré un épanchement d'urine dans le péritoine ou le tissu cellulaire sous-péritonéal. — Traitement: six ventouses scarifiées sur l'abdomen, glace à l'intérieur; — bouillons.

Dans la journée, les vomissements aqueux et verdâtres se répètent fréquemment; ils se font presque sans effort, par simple régurgitation. La faiblesse et l'abattement sont extrêmes.

Le soir, le malade ayant à peine uriné quelques gouttes, on répète le cathétérisme, et on n'amène comme le matin qu'une petite quantité d'urine sanguinolente. — Une injection d'eau tiède par la sonde est rendue immédiatement à peine teintée.

Le ventre est notablement plus tendu que le matin: il y a de la matité dans les parties déclives, qui sont très douloureuses à la palpation. — P. très-petit 140; T. 37°5 Dans la nuit les symptômes s'aggravent avec rapidité: la faiblesse ne cesse d'augmenter: les vomissements verdâtres se répètent avec une grande fréquence. *Mort* le 11 mars à sept heures du matin.

Autopsie L'aspect extérieur du cadavre ne présente rien à noter. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une grande quantité de liquide séro-sanguinolent, paraissant venir de la cavité péritonéale; mais en examinant de plus près, on reconnait que ce liquide provient du tissu cellulaire sous-séreux de la paroi, qui est infiltré et présente une énorme épaisseur.

La surface du péritoine est saine en apparence, légèrement hyperémiée par places, surtout au niveau des circonvolutions intestinales, mais sans aucune trace d'exsudats ni de fausses membranes.

Le tissu cellulaire du bassin est le siége d'une énorme infiltration qui parait formée d'un mélange de sang et d'urine, et qui remonte latéralement jusqu'au niveau des reins. La vessie, retractée et presque vide, est entièrement enveloppée par l'infiltration; une exploration attentive fait reconnaître l'existence d'une perforation arrondie, de 3 a 4 mm. de diamètre située a la partie latérale droite de la face antérieure de l'organe et qui a évidemment livré passage à l'urine.

Le canal de l'urethre ne présente aucune lésion; les reins et les uretères sont intacts: il en est de même des intestins et des autres viscères abdominaux.

Le *squelette* du bassin présente des lésions importantes: en avant on trouve la symphyse pubienne disjointe, avec rupture du ligament antérieur et décollement du fibre-cartilage intrapubien à droite, du côté gauche il y a une fracture de la branche horizontale du pubis non loin de la cavité cotoloïde et une fracture de la branche descendante non loin de l'ischion, avec large déchirure du périoste: du côté droit, mêmes lésions à peu près symétriques.

Les pubis détachés se déplacent en arrière, et il y a une saillie notable des fragments vers l'intérieur du bassin. — La perforation de la vessie correspond assez bien au fragment de la branche horizontale pubienne du côté droit, et on peut se demander si elle n'a pas été faite par lui.

En *arrière*, du côté gauche on découvre une fracture verticale du sacrum; passant par les trous sacrés antérieurs: l'aile gauche du sacrum est restée solidement unie à l'os iliaque correspondant, par les ligaments de la symphyse; le petit ligament sacro-sciatique a été arraché au niveau de son insertion sur l'épine sciatique; du côté droit il y a disjonction de l'articulation sacro-iliaque, avec rupture de tous les ligaments, sauf le ligament supérieur, et fracture du bord supérieur de l'ilion.

Ces diverses lésions n'ont produit que peu de déplacement: les parties molles et surtout les muscles maintiennent les fragments à peu près dans leurs rapports.

Réflexions. — Si on cherche à s'expliquer le mécanisme de cette fracture multiple du bassin, l'hypothèse la plus rationnelle paraît être la suivante: le sujet étant tombé sur le côté droit, la voiture a pesé sur l'os iliaque gauche, en tendant à rapprocher les deux côtés du bassin dans le sens transversale. — Le symphyse a dû se disjoindre la première en formant un angle au sommet antérieur; puis les pubis se sont rompus de chaque côté en sens opposé, et enfin le resserrement transversal continuant à se faire, les os iliaques ont rompu leur attache postérieure d'arrière en avant. Cette hypothèse semble confirmée par ces faits, que l'ecchimose occupait la crête iliaque gauche; que le ligament antérieur du pubis est rompu, le ligament postérieur restant intact; enfin que l'angle de déplacement des fragments pubiens de chaque côté à son sommet en arrière.

M. Houel. La perforation de la vessie doit-elle être considérée comme ayant été directement produite par un des fragments ou bien l'agent traumatique, le passage d'une roue de voiture n'a-t-il pas causé la rupture de l'organe? C'est ce qu'il me paraît difficile d'affirmer. Quel que soit le mécanisme, la déchirure peut être également étroite.

M. Barth. Elle est ici fort petite et correspond exactement par son siége à la saillie d'un des fragments osseux.

M. Després. Les fractures de ce genre sont d'un diagnostic difficile à la vérité, mais peuvent se reconnaître, en l'absence même de la crépitation, par un ensemble d'autres signes. Chez un malade que j'ai observé, le diagnostic dont il avait été d'abord difficile de démontrer l'exactitude, se trouva d'abord confirmé lors de la guérison par le développement d'un double cal saillant au niveau du pubis.

Dans certains cas, c'est par le toucher rectal qu'on peut reconnaître le déplacement.

19. Ulcère variqueux: Nécrose du tibia; par M. Féré, interne provisoire.

Le 22 novembre 1875 est morte à l'infirmerie de la Salpétrière (service de M. Charcot), une femme de 58 ans qui portait depuis un vingtaine d'années sur chaque jambe un vaste ulcère indolent.

Cette malade niait tout antécédent syphilitique et ne portait aucune trace de la diathèse; les médecins qu'elle avait consultés avaient attribué les ulcères aux varices; elle eut une affection thoracique qui la força à garder le lit pendant près de trois mois. Sous l'influence du repos, l'ulcère de la jambe droite guérit en laissant une cicatrice indélébile entourée de varices serpentines à dilatation irrégulière.

A la jambe gauche, la guérison ne fut que partielle: il resta vers le tiers inférieur de la jambe et sur sa face interne une ulcération de l'étendue d'une pièce de deux francs environ qui au lieu de se cicatriser, devenait plus profonde. Il s'était formé une véritable caverne aux dépens du tibia; la malade ne se souvenait pas d'avoir jamais vu sortir de fragments d'os par la plaie, qui était parfois le siége de quelques élancements, mais jamais de douleurs vives et continues, aussi la marche ne fut jamais impossible.

Le fond de l'excavation du tibia était tapissé par une sorte de fausse membrane noirâtre, tomenteuse, qui empêchait le contact direct de l'os. A l'autopsie, on a pu voir que ce revêtement, d'une texture assez résistante, comme fibreuse, se continuait avec le périoste considérablement épaissi sur le pourtour de la cavité, et formait une sorte de sac qui s'est détaché tout d'une pièce.

Voici les deux os de la jambe; on peut constater qu'ils sont le siége d'une hypérostose généralisée, mais surtout marquée dans les deux tiers inférieurs. Le péroné est hérissé d'aspérités nombreuses et soudé au tibia par une jetée osseuse, vers le tiers inférieur. Sur la face interne du tibia, à 6 centimètres au-dessus du sommet de la malléole interne, il existe une cavité ovalaire de 34 millimètres de long sur 28 de large et d'une profondeur de 18 millimètres. Les bords de l'orifice sont mousses et éburnés; sur la coupe longitudinale du tibia, on voit que l'os est aussi éburné tout autour de l'excavation et que le canal médullaire est oblitéré au-dessus et au-dessous.

Bien que la malade n'ait pas connaissance de l'élimination d'un séquestre, on doit penser cependant que cette cavité résulte d'une nécrose provoquée par la présence de l'ulcère.

(Pièce déposée au musée Dupuytren).

20 Sarcôme primitif du corps thyroïde; — Compression du récurent gauche; — aphonie complète; par A. Doléris interne provisoire.

B..., G.-Ad. présente tous les symptômes de la paralysie agitante; il est âgé de cinquante-cinq ans, et le début de son affection remonte à l'année 1862. — Admis dans le service de M. Bouchard (infirmerie générale), à Bicêtre, on constate outre les signes ordinaires de l'affection dont il est atteint, une aphonie absolue qu'il fait dater de six mois, et qui se serait produite d'une manière brusque, après quelques jours seulement de trouble de la phonation (raucité de la voix, faiblesse et discordance du sang).

En présence de ce symptôme, en quelque sorte, étranger à la maladie dominante, on put se demander s'il n'existait pas des lésions centrales dans l'origine des pneumogastriques, opinion qui paraissait accréditer l'état dyspneïque habituel du malade, et les troubles cardiaques qui se montraient parfois: palpitation, irrégularités, etc.

L'état général s'est aggravé peu à peu et la mort est arrivée au milieu d'une cachexie arrivée à son dernier terme, le 11 mars 1876, moins de deux mois après l'arrivée du malade dans le service.

L'autopsie nous a fait découvrir une lésion locale, coïncidant parfaitement avec le symptôme aphonie qui avait vivement excité notre intérêt pendant la vie et que, en présence de la *paralysie agitante* qui était l'affection primordiale, nous n'avons pas songé à rattacher à une cause locale.

Il existait au niveau de la région laryngo-trachéale, une tumeur irrégulière qui entourait les premiers anneaux de la trachée comme d'une demi-couronne; cette tumeur, dure, blanchâtre, et comme lardacée occupait surtout le côté gauche, s'avançant à peine jusqu'à la ligne médiane; elle était contiguë par en haut avec le lobe gauche de la glande typhoïde, présentait le caractère d'une altération réelle de même nature que la tumeur; par en bas et le long de la gouttière trachéo-œsophagienne, le néoplasme se continuait sur la chaîne ganglionnaire, de telle sorte que les deux ou trois ganglions supérieurs étaient confondus avec la masse et que les deux ou trois suivant se détachaient formant une chaîne nodule semblablement dégénérés; l'altération s'arrêtait là du côté des sympathiques. — En considérant attentivement le corps du néoplasme, qui contournait la trachée à gauche, on pouvait nettement reconnaître, que cette masse demi-circulaire, de l'épaisseur du petit doigt, était constituée par l'infiltration de la cavité de la veine thyroïdienne inférieure par le tissu dégénéré; l'infiltration s'arrêtait sur la ligne médiane. ou plutôt se confondait avec le point où le vaisseau pénètre le corps thyroïde, et la masse paraissait unique.

Du côté de la trachée, on observait sur la muqueuse une sorte d'élevure en forme de champignon, de couleur blanchâtre, d'aspect rugueux, qui se continuait à travers la paroi du conduit aérien avec la tumeur extérieure.

L'œsophage était parfaitement sain; les cordes vocales ne présentaient aucune altération visible à l'œil nu, et l'appareil phonateur n'était d'ailleurs ni déformé ni comprimé; la cause de l'aphonie était encore à trouver, localement du moins.

En cherchant le rapport des récurrents, on trouve que celui du côté gauche est complètement englobé dans la masse ganglionnaire qui fait corps avec le néoplasme. Celui du côté droit, au contraire, parfaitement libre, n'offre aucune lèsion appréciable.

Telle était la cause réelle de l'aphonie ; bien que la lésion isolée d'un des nerfs laryngés rende mal compte de l'aphonie totale, et qu'elle ne produise le plus souvent que la discordance et la raucité de la voix. Inutile d'ajouter que la tumeur n'étant pas saillante au dehors, il eût été fort difficile d'en constater l'existence à moins d'un examen scrupuleux.

L'examen histologique a démontré que la tumeur était constituée par un *sarcome fibreux* ayant son origine dans l'isthme et le lobe gauche de la glande thyroïde ; ayant consécutivement infiltré la paroi trachéale et fait saillie à la surface de la moyenne sous la forme du champignon dont nous avons parlé; ayant encore infiltré les ganglions lymphatiques voisins, et s'étant enfin propagée à la veine thyroïdienne correspondante en distendant énormément sa cavité.

21. Adénopathie trachéo-bronchique; par Alf. Jean, interne des hôpitaux.

Dam.., 56 ans, manœuvre, est entré à l'Hôtel-Dieu (Service de M. le Dr Frémy), le 13 mars 1876. Cet homme raconte qu'il est malade depuis deux mois et qu'il ne peut plus travailler; peu à peu sa respiration a été gênée et il lui était impossible de faire quelques pas sans être forcé de s'arrêter : il tousse depuis cette époque, et expectore quelques crachats mucopurulents. Actuellement, il est dans un degré d'orthopnée complète; le regard est fixe, l'œil terreux; les respirations fréquentes et saccadées.

A l'auscultation de la poitrine, on trouve des râles ronflants, sibilants et sous-crépitants dans toute l'étendue des deux poumons; on perçoit à peine les bruits du cœur. La voix est couverte, presque aphone. Les extrémités sont froides, cyanosées; la température est normale 37,°6. La dyspnée va toujours en augmentant, et le malade meurt dans la nuit.

Autopsie. Les deux poumons sont très-congestionnés; ils crépitent sous le doigt : les bronches sont rouges, injectées; on ne trouve aucun tubercule dans le parenchyme. Prés du hile du poumon droit existe un point de pneumonie scléreuse.

Le médiastin antérieur est rempli par une masse volumineuse formée de ganglions indurés. Au devant de l'aorte on trouve une masse ganglionnaire de la grosseur d'une noix qui comprime ce vaisseau. De même les ganglions post-œsophagiens présentant aussi le volume d'une noix compriment ce canal. Les ganglions situés en avant et en arrière de la trachée forment une chaîne étendue depuis le cou jusqu'à la naissance des bronches. Le hile de chaque poumon offre au moins le volume du poing et les premières ramifications bronchiques sont pour ainsi dire incrustées dans cette masse indurée; sur la face postérieure du péricarde, on trouve aussi quelques ganglions de la grosseur d'une noisette, mais il n'en existe pas sur la face antérieure.

Tous ces ganglions sont noirs à la périphérie et offrent tous le même aspect; ils sont tous très-durs et tels qu'on peut difficilement les couper avec le scalpel. Ils sont formés à l'intérieur par une matière grisâtre contenant une quantité considérable de points noirs et ayant subi la dégénérescence calcaire;

L'artère pulmonaire gauche englobée dans la tumeur contient un caillot blanc de 6 centimètres de long, qui diminue beaucoup le calibre du vaisseau.

Le nerf récurrent gauche est compris dans la masse péribronchique; ses filets se dissocient sur les ganglions et il est impossible de les suivre jusqu'à leur émergence du pneumogastrique.

Les reins sont fortement congestionnés. Au cœur, on trouve une légère insuffisance mitrale, et une dilatation assez considérable du ventricule gauche.

L'intérêt de cette observation est purement anatomique, puisque le passage rapide du malade dans la salle, n'a permis de reconnaître que les signes d'une bronchite capillaire très-intense. Nous devons noter l'absence de tubercules dans les poumons; au reste les exemples d'adénopathie bronchique sans tubercules ne sont pas très-rares.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 juillet 1876. — Présidence de M. Houel.

M. Guéniot lit une observation de M. Puel (de Figeac) membre correspondant, sur un cas de fracture du calcanéum par écrasement, compliquée de plaie.

M. Houel donne lecture d'une lettre de M. Nepveu se portant candidat pour une place vacante de membre titulaire de la Société. — M. Houel annonce à la société la mort d'un de ses membres associés étrangers, Stromeyer.

M. Verneuil lit une observation de MM. Lebourdelès et Guérard, médecins de la marine, sur un cas de plaie du crâne par arme à feu chez un paludéen. M. Verneuil fait ressortir deux points intéressants de cette observation : 1° la bénignité de cette plaie pénétrante, compliquée de l'issue d'une certaine quantité de matière cérébrale, et de la présence d'un corps étranger dans l'encéphale ; 2° la nature des accidents fébriles et névralgiques qui, sous l'influence du paludisme ont présenté une gravité alarmante, mais qui ont été conjurés par l'administration du sulfate de quinine. — M. Verneuil rapproche de ce cas un fait qui lui est personnel et qu'il a publié dans un travail sur les névralgies précoces dans les traumatismes. La conclusion à tirer de ces observations, c'est que dans les cas analogues qui peuvent se présenter, le chirurgien n'a rien à faire pour aller à la recherche du projectile. Si le projectile est inaccessible au chirurgien la nature se chargera elle-même de l'éliminer.

M. Tillaux est de l'avis de M. Verneuil. Lorsqu'un projectile a pénétré dans l'une des trois grandes cavités viscérales, crâne, poitrine ou abdomen, il faut s'interdire toute espèce d'exploration, et toute tentative pour l'extraire.

M. Verneuil regrette que les traités de chirurgie militaire conseillent l'exploration quand même. Lorsqu'il s'agit surtout de projectiles de petit calibre comme des balles de revolver, on doit les abandonner complétement au travail d'élimination spontanée. S'ils ne s'éliminent pas, ils est rare que leur présence entraîne des accidents sérieux. Il est également fâcheux que l'opinion du monde à cet égard soit si contraire aux données de l'expérience chirurgicale. On se figure habituellement qu'en pareil cas l'extraction du projectile doive infailliblement sauver le blessé, tandis que sa rétention dans les tissus donnera naissance à des complications graves. C'est presque toujours le contraire qui a lieu.

M. Anger à l'occasion de la communication de M. Tillaux, dans la séance précédente, présente deux moules en plâtre de genu valgum. M. Anger a remarqué que chez les enfants atteints de pied bot, cette difformité du genou se développe quelquefois d'une façon si prononcée que l'application d'un appareil devient absolument nécessaire. Ces moules en plâtre proviennent précisément d'un enfant devenu cagneux dans le cours du traitement qu'on lui faisait subir pour un double pied bot varus. Quelle est la cause de cette déformation consécutive ? Trois hypothèses sont admissibles. Peut-être le valgus du genou est-il dû au poids de l'appareil du pied bot, qui détermine un allongement des ligaments. Peut-être résulte-t-il de ce que les enfants atteints du varus équin sont obligés d'écarter les jambes pour marcher moins péniblement ; et dans ce cas c'est l'écartement continuel des jambes qui entraînerait la déformation du genou ; peut-être enfin cette déformation est-elle simplement consécutive à un arrêt de développement des muscles.

M. Ledentu n'a pas encore eu l'occasion d'observer la complication que signale M. Anger. Mais ces trois hypothèses en expliquent-elles la raison véritable ? M. Anger a-t-il traité des pieds bots valgus ou des pieds bots varus ? S'il ne s'agit que de ces derniers, on peut supposer que, le traitement ayant pour but d'attirer le pied en dehors, cette traction prolongée entraine en bas et en dedans l'extrémité inférieure du fémur. M. Anger avoue qu'il n'a guère traité, en effet, que des pieds bots varus. Mais il a observé néanmoins la cagnosité chez des enfants de l'hospice de Bicêtre atteints de valgus congénital.

M. de Saint-Germain a vu au bureau central bien des cas de genu valgum et très-rarement il a observé la concomitance

du pied bot varus. Bouvier a pourtant signalé la concomitance du valgus du genou avec le talus valgus, mais celui-ci serait l'effet et non la cause du premier. — Revenant sur le sujet discuté dans la séance précédente, M. de Saint-Germain rappelle des cas de guérison parfaite obtenue à l'aide des appareils dans un espace de 8 ou 10 mois. — Les récidives d'ailleurs ne sont à craindre que lorsqu'on opère de trop bonne heure. Duval n'opérait pas avant un an.

Une quinzaine d'enfants ont été atteints de récidive et ramenés au bureau central, parce qu'ils avaient été opérés avant la fin de leur première année.

M. Marc Sée est étonné de voir Duval agir ainsi. A l'hôpital Sainte-Eugénie, de très-jeunes enfants ont été guéris complétement après une opération pratiquée dès les premiers temps de la vie. M. Sée n'a pas observé non plus la complication dont parle M. Anger. Il ne semble pas, si elle existe, que le traitement y soit pour quelque chose. Elle tient vraisemblablement à une laxité générale des tendons, d'où résulte la tendance de l'angle fémoro-tibial, à se fermer sous l'influence du poids du corps. C'est l'exagération d'une disposition naturelle.

M. Tillaux est frappé de ce qu'a dit M. de Saint-Germain relativement à l'époque de l'opération. Il faudrait être bien sûr que dans les cas de récidive auxquels on vient de faire allusion, l'opération a été bien pratiquée, et surtout le traitement consécutif bien suivi.

M. Marjolin. Il ne faut opérer ni trop tôt ni trop tard. Quelques semaines après la naissance, c'est trop tôt. Lorsque l'enfant a un an, c'est trop tard car le squelette a déjà eu le temps de se déformer.

M. Blot. Il faut surtout envisager, dans l'indication opératoire, le degré de la difformité. Le talus simple est très-commun chez les nouveau-nés, et l'application d'une bande suffit la plupart du temps à corriger cette déformation qui résulte de l'attitude normale du fœtus dans le sein maternel. L'opération est inutile dans bien des cas. Les enfants ont souvent les jambes en arc, et cette attitude défectueuse tourmente bien des mères. Le temps se charge d'y remédier, et effectivement il a eu presque toujours raison. M. Blot, contrairement à l'opinion émise par M. Marjolin, croit que le squelette se rétablit à mesure que l'enfant se développe.

M. de Saint-Germain. L'opération est évidemment une des opérations les plus innocentes ; toutefois elle peut exceptionnellement être suivie de quelques accidents. C'est ainsi que dans le varus au 3e degré, lorsqu'on pratique la section de l'aponévrose plantaire pour dérouler le pied tordu complétement sur lui-même, la suppuration est toujours à craindre. Ne faut-il donc pas attendre que l'enfant soit âgé d'un an pour être en mesure de résister à une éventualité pareille ?

M. Tillaux pense qu'on a tout intérêt à remédier le plus tôt possible à une difformité quelconque. M. Blot fait erreur lorsqu'il dit que le squelette se reforme avec l'âge. Il est incontestable que dans une situation vicieuse des surfaces articulaires, le développement des os n'a pas une évolution normale, et la déformation a une tendance manifeste à s'exagérer.

M. Marjolin est de l'avis de M. Tillaux. La déformation devant l'accuser davantage à mesure que l'enfant grandira, il faut se hâter de l'opérer dès que l'existence est assurée.

M. Marc Sée. M. de Saint-Germain a fait allusion au procédé opératoire de Duval dans les cas de varus au 3e degré. Duval sectionnait d'abord l'aponévrose plantaire, puis au bout de quelque temps le tendon d'Achille. M. Sée a suivi une marche inverse, et il a remarqué que la section du tendon d'Achille suffisait quelquefois pour obtenir le *déroulement* du pied. Aussi a-t-il été inutile de recourir à la section consécutive de l'aponévrose.

E. Brissaud.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort du Dr Finaz (de Sainte-Consorce), vice-président honoraire de l'Association des médecins du Rhône, décédé à Marcy-le-Loup, dans sa 89e année. (*Lyon médical.*) Le journal de la *Meurthe et des Vosges* signale la mort de M. le Dr Poirot-Mansuy d'Escher (Vosges), arrivée à la suite d'un déplorable accident. Le 12 mai dernier, le cheval de M. Poirot-Mansuy s'étant emporté, la voiture dans laquelle se trouvait le docteur fut renversée et ce dernier fut relevé dangereusement blessé. Il est mort des suites de sa chute. (*Revue médicale de l'Est.*)

CORRESPONDANCE

Abcès chroniques des parois thoraciques

M. le docteur Duplay nous transmet la lettre suivante que M. le professeur Verneuil vient de lui adresser au sujet de la dernière leçon publiée par le *Progrès* :

A M. le docteur Duplay, *chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.*

Cher collègue et ami,

Je viens de lire dans le *Progrès médical* du 1er juillet votre leçon sur les *abcès chroniques des parois thoraciques.* Elle m'a d'autant plus intéressé que depuis bien longtemps je m'occupe de ce sujet et crois avoir découvert une disposition anatomique qui joue un rôle dans la pathogénie d'une des variétés de ces collections purulentes.

J'admets comme vous les abcès froids, les abcès ossifluents, les abcès symptomatiques d'une affection profonde de la plèvre et des poumons ; pour tous, l'étiologie et l'origine sont assez claires, mais il n'en est pas ainsi pour les abcès que vous appelez *périostiques.* Dans ceux-ci le pus est en rapport avec le squelette resté sain et avec la face externe du périoste qui seule est altérée.

Pendant longtemps je n'ai pu comprendre la formation de ces abcès, n'acceptant pas volontiers l'hypothèse d'une périostite débutant contre toute vraisemblance par la face externe de la membrane fibreuse.

Ayant eu l'occasion d'observer dans un temps assez court plusieurs cas semblables, je fus frappé de leur quasi-similitude et de la physionomie spéciale qu'ils présentaient. Ils avaient pour siége de prédilection la partie antérieure et inférieure de la cage thoracique, au niveau de la ligne formée par le bord libre des côtes profondément situées sous les couches musculaires; ils se développaient lentement, sans douleur, et le plus souvent semblaient avoir eu pour causes déterminantes des chocs légers ou des frottements répétés.

Lorsque, dans une région donnée, on voit se développer une affection ayant des caractères spéciaux et une étiologie obscure, il est bon de reprendre le scalpel et de rechercher s'il n'existerait pas là, par hasard, quelque disposition anatomique capable d'expliquer l'origine de l'affection sus-dite. Cet *a priori* m'a été utile dans le cas présent. En effet, si l'on dissèque couche par couche la région indiquée plus haut, c'est-à-dire le bord inférieur et antérieur de la cage thoracique, on remarque qu'après avoir enlevé les muscles, la surface externe des côtes semble toute disséquée. Le périoste costal est complétement à nu, lisse, presque brillant, et comme recouvert d'une pseudo-séreuse. Si au lieu d'enlever complétement les muscles, on les détache et on les soulève doucement, on constate entre leur face profonde et le rebord costal de véritables espaces plus ou moins grands, plus ou moins exactement limités et qui rappellent les bourses séreuses qu'on voit en divers points du corps, là ou les parties molles frottent sur les saillies osseuses.

Vous pourrez ,quand vous le voudrez, constater l'existence de ces lacunes qui existent particulièrement chez les sujets maigres, et vous n'examinerez probablement pas plus de 2 ou 3 cadavres sans les trouver.

Je n'ai encore rien écrit sur ce sujet, mais l'année dernière encore mon chef de laboratoire M. le Dr. Nepveu a pris un bon nombre de notes sur cette disposition et l'a montrée aux élèves de mon service.

Cette vérification, j'en suis convaincu, fera naître dans votre esprit les mêmes réflexions que dans le mien ; vous penserez que là où existe une cavité virtuelle il peut, sous l'influence de causes diverses, s'accumuler du liquide et en particulier du pus chez les sujets prédisposés, que ce pus baignera directement la face externe du périoste, lequel fera partie de la cavité purulente et sera recouvert de la membrane pyogénique.

Dès lors, vous comprendrez sans peine les rapports particuliers de la collection sans qu'il soit nécessaire d'invoquer une périostite spéciale et problématique. En un mot, vous aurez à la paroi thoracique de ces hygromas suppurés comme il en existe, vous le savez mieux que personne, autour des articulations, entre le grand fessier et le grand trochanter, à la périphérie du genou, à l'épaule, etc.

Si je ne craignais d'étendre trop cette note, je vous signalerais encore un autre fait anatomique capable d'expliquer certaines collections purulentes en bissac avec un foyer intra et un foyer extra-thoracique, et une communication généralement étroite creusée à travers l'espace intercostal, le tout sans altération des os.

J'ai vu, il y a 20 ans au moins, un cas de ce genre qui siégeait le long du bord droit du sternum. L'autopsie m'a permis de reconnaître que l'abcès avait pour point de départ la suppuration d'un ganglion lymphatique accolé à l'artère mammaire interne. Les vaisseaux intercostaux eux-mêmes, surtout au voisinage de la colonne vertébrale, sont souvent aussi accompagnés de ganglions. Je crois donc qu'on peut admettre comme possible l'origine ganglionnaire de certains abcès de la paroi thoracique.

Bien à vous.

VERNEUIL.

7 juillet 1876.

Quelques notes sur l'enseignement des accouchements à Vienne.

Vienne, le 5 juillet 1876.

Mon cher ami,

Il n'existe pas de chaire spéciale pour l'enseignement théorique des accouchements. Les Allemands, conséquents avec eux-mêmes, n'admettent pas les professeurs de pathologie pure, pas plus que les professeurs d'accouchement. — Cependant, comme il est utile pour les élèves d'avoir un enseignement didactique, cet enseignement est donné par des privat docenten ou par des assistants. Ce sont des cours de 6 semaines, 6 cours de ce genre sont annoncés dans le programme de l'Université pour le semestre d'été 1876.

Il existe trois chaires de clinique obstétricale; les titulaires sont : 1° Professeur Herrn dr Carl Braun, Ritter von Fernwald ; 2° Professeur H. dr Joseph Spath; 3° Professeur H. dr Gustav Braun, ce dernier est spécialement chargé de l'enseignement pour les sages-femmes.

a) Ces trois chaires se trouvent rassemblées dans l'hôpital général. Les leçons ont lieu de midi à 3 heures,— second avantage sur Paris. Les élèves peuvent ainsi entendre les professeurs, sans se déplacer, après avoir assisté aux cliniques médicales qui ont lieu à 7 heures, et aux cliniques chirurgicales qui ont lieu à 9 heures.

b) La gynécologie étant pratiquée par les accoucheurs, les leçons d'obstétrique alternent avec celles d'accouchement. Des salles différentes sont destinées à chacune des deux catégories de malades.

c) Les cours sont faits dans l'amphithéâtre, contigu aux salles des malades. Deux élèves, pris sur le tableau d'inscription, examinent la malade ; le professeur fait ensuite son examen, son exposé, en peu de mots, sans aucune digression (encore un des côtés de l'enseignement Allemand), puis renvoie la malade ou opère séance tenante.

d) Les ressources sont considérables, je ne puis te donner le chiffre officiel, mais il ne doit pas se faire moins de 4,000 accouchements par an. Chacun des trois services reçoit, à tour de rôle, pendant 24 heures les femmes qui se présentent à l'hôpital pour accoucher.

e) Les élèves sont obligés d'être inscrits pendant un semestre de leurs études, dans une clinique d'accouchements. Ils doivent subir un examen pratique et un examen théorique d'accouchements pour obtenir le titre de médecin. On les prépare de la façon suivante : après leur inscription au tableau de la clinique, ils sont partagés par escouades de 8 ou 10 dans chaque service. Chacune de ces séries, à tour de rôle, passe 24 heures dans les salles d'accouchement : les élèves suivent le travail, assistent les aides dans leurs opérations, etc. Selon le nombre des élèves inscrits, le tour de garde revient plus ou moins souvent; chez le professeur Spath, il revient tous les 3 jours ; chez le professeur Braun, il ne revient que tous les 8 ou 10 jours. 500 élèves en médecine peuvent ainsi être exercés tous les ans dans les deux cliniques.

Le complément de cet enseignement officiel se trouve dans les cours faits par les assistants, et les privat docenten.

Sur le programme de l'Université, je ne relève pas moins de 7 cours, annoncés pour le semestre d'été, sur les opérations obstétricales. Ce nombre est inférieur à la réalité : on peut évaluer en moyenne à trois par semestre le nombre des cours faits par chaque assistant, et comme on compte quatre assistants pour les deux cliniques, ce n'est pas trop dire que de porter à 12 les cours opératoires de chaque semestre. Il faut y ajouter 5 ou 6 cours faits par des privat docenten. Ces cours ont lieu sur les mannequins, mais sont toujours répétés par les élèves sur les cadavres, ce qui s'approche déjà un peu plus de la réalité.

Malgré cette organisation les professeurs sont désolés de voir le nombre des élèves augmenter tous les ans. Que devrions-nous dire à Paris, où pour un nombre d'étudiants six fois plus considérable, nous n'avons qu'une chaire de clinique obstétricale et un seul chef de clinique. Tous ces renseignements pourront être complétés par des chiffres exacts, je suis en train de les réunir.......

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons sur le diabète sucré ; par le professeur CANTANI. A. Delahaye, éditeur.

II. — S'il est une maladie qui a provoqué des travaux, c'est bien le diabète sucré ; depuis que Willis a bien connu l'existence de la méliturie, et a formulé sa doctrine touchant la nature de la maladie, de nombreuses théories ont vu le jour ; cliniciens et expérimentateurs s'y sont mis à l'envi, et pourtant, la question est loin d'être résolue. Un livre nouveau vient de paraître, c'est celui du professeur Cantani, de Naples ; c'est le résumé d'une série de leçons, faites par ce savant.

Dans les premiers chapitres, en manière d'introduction, le médecin de Naples expose sa doctrine, touchant la pathologie générale des processus vitaux, il montre, avec raison, suivant nous, comment le mouvement scientifique actuel a un peu fait dévier la physiologie pathologique de sa voie; on s'en tient peut-être un peu trop à la nature morte, à la lésion, en ne considérant pas assez les troubles nutritifs qui ont engendré cette lésion; certes, tous les anatomo-pathologistes ne méritent pas ce reproche, et le cours si remarquable de la Faculté, montre bien qu'en France, au moins, on ne sépare jamais l'étude anatomique de l'étude de la vie même des maladies et des processus, qui leur sont particuliers ; l'anatomie pathologique comprise autrement, est d'ailleurs lettre morte. M. Cantani tient un grand compte dans son étude de *la vie des cellules*, comme il dit, des faits histo-chimiques, et c'est dans ces faits, dans les processus chimiques vitaux, qu'il trouve les causes du diabète. Pour lui, le sucre du *sang diabétique n'est pas de la glycose*, mais un sucre *nouveau;* c'est le fondement de la doctrine nouvelle de l'auteur; toutes ses déductions cliniques et thérapeutiques, reposent sur cette idée, et le livre tout entier, est consacré à sa défense.

Ce point de départ étant admis, il va nous être facile d'expliquer les déductions qu'en tire l'auteur. Pour lui, il n'y a pas diverses espèces de diabète, mais l'affection est une; seulement, elle présente des stades, des degrés. On peut en considérer deux principaux, le second représentant une phase plus avancée du diabète que le premier. Il est des malades chez lesquels la diète carnée *exclusive*, fait entièrement disparaître le sucre des urines ; c'est le premier degré de l'affection; il en est d'autres, chez lesquels le sucre ne disparaît pas des urines, malgré la diète carnée la plus rigoureuse, c'est le second degré.

Le sucre, dans les urines, est en totalité, introduit par les aliments ou produit par l'organisme ; cette production pathologique a lieu selon les mêmes lois que chez l'homme bien portant, mais ces lois, quelles sont-elles ? Nous aurons occasion de revenir plus loin sur cette affirmation ; quoi qu'il en soit, le sucre produit normalement dans l'organisme diabétique, n'y persiste pas. Les plus récents travaux chimiques, comme l'indique M. Cantani, prouvent qu'une partie du sucre des urines diabétiques, provient des muscles en contraction. Or, si tout le sucre qui passe dans l'urine du malade était fourni par l'économie, il devrait y avoir un abaissement de la chaleur animale ; ce fait, au moins pendant la plus grande partie de la maladie, n'est pas l'expression de la vérité ; le diabétique vit, s'oxyde, produit de la chaleur autant qu'un homme sain, mais, comme on l'a constaté par des analyses attentives, les albuminates sont consommés en excès.

A mesure que le sucre disparaît des urines, chez les diabétiques convalescents, il est remplacé par de nombreux cristaux d'oxalate de chaux, surtout si les malades font trop tôt usage des hydrocarbures ; toutes ces propositions ont leur importance au point de vue de la théorie générale du diabète; elles sont appuyées sur des observations nombreuses, bien conduites et longuement exposées.

Tous ces faits mis en relief avec d'autres moins importants, M. Cantani passe en revue les principales théories proposées pour expliquer le diabète, avant de donner la sienne.

Sans entrer dans de longs détails, nous rappellerons que Mialhe fait dériver le diabète de l'alcalinité du sang ; que pour Reynoso, il est dû à la non-combustion du sucre par obstacle à la circulation et à la respiration ; Bouchardat pense que

l'estomac, grâce à une sécrétion gastrique mauvaise, transforme trop rapidement en sucre les substances amylacées: tout le monde connaît la théorie de l'hyperglycogénèse hépatique de notre grand physiologiste Cl. Bernard; pour Klebs, l'affection est due à une maladie du plexus solaire; Jaccoud, s'appuyant sur les idées de Pavy, la rattache à une transformation en sucre des tissus eux-mêmes, la suite d'une dystrophie générale.

La théorie de Pavy qui a eu son heure de célébrité, est ainsi conçue; pour Pavy, il y a deux espèces de diabètes; l'un d'eux, celui des *amylivores*, aurait pour cause la cessation de la fonction par laquelle le foie transforme en glycogène le sucre des aliments; l'autre, celui des carnivores, serait dû à une paralysie de la fonction par laquelle le foie transforme le glycogène en graisse. Toutes ces théories physiologiques sont passibles d'objections, et en particulier, cette dernière de Pavy, Cantani rapporte avec raison les expérieuces, faites en France d'abord, répétées ensuite par Lehmann, montrant que la presque totalité du sucre qui se trouve dans l'intestin est absorbée par les vaisseaux chylifères, et non par la veine-porte, comme le voudrait la théorie de Pavy.

Toutes ces théories que nous venons de rappeler rapidement sont passées en revue dans le livre de M. Cantani; peut-être bien l'auteur n'a-t-il pas choisi toutes les meilleures; quoiqu'il en soit, il expose ensuite la sienue qui se déduit facilement des considérations que nous avons exposées plus haut;

Le diabète sucré est une maladie du renouvellement, sans augmentatiou dans la production du sucre, mais dans laquelle le sucre, introduit, ou normalement produit, n'est pas employé à la combustion.

Par compensation, les graisses et les albuminates se brûlent en plus grande quantité; cependant il n'y a pas uue plus forte proportion d'oxygène fixée. Le diabète des *amylivores*, et le diabète des *carnivores,* forment deux degrés ou stades de la maladie; tous les symptômes du diabète s'expliquent facilement par la uon-combustion du sucre. D'où dépend cette non-combustion? on ne peut faire que deux hypothèses vraisemblables; il manque, ou le ferment, ou les conditions de la fermentation; dans tous les cas, la combustion dans l'organisme vivant du sucre contenu dans le sang, ue se produit pas.

Le traitement, logiquement déduit de cette couception pathogénique du diabète est le suivant: diète caruée absolue, longtemps continuée; acide lactique à l'iutérieur; exercices musculaires, sudation, etc.

Deux faits, en somme, dominent l'histoire du diabète, tel que l'expose M. Cantani; 1° le sucre diabétique est un sucre particulier (paraglycose); 2° la présence du sucre, dans le diabète, résulte de sa non-destruction, qui a lieu dans les conditions normales. Sans doute le livre de M. Cantani va provoquer de nouveaux travaux; il faut en somme que le fait principal annoncé par l'auteur (existence d'un sucre spécial) soit confirmé: alors la pathogénie du diabète aura fait un pas de plus. Dr RAYMOND.

VARIA

Médecins militaires.

Le Président de la République française, sur le rapport du ministre de la guerre, a décrété, le 23 juin 1876, la promotion suivante dans le corps des officiers de santé militaire :

Au grade de médecin principal de 1re classe: M. Villemin (Jean-Antoine), médecin principal de 2e classe, professeur à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaire, en remplacement de M. Lacronique, retraité.

Au grade de médecin principal de 2e classe: Claudel (Jules-François), médecin-major de 1re classe à la gendarmerie mobile, en remplacement de M. Béchade, retraité. — Costa (François-Marie), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire d'Ajaccio, eu remplacement de M. Viry, retraité. — Lavigne (Bernard), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Sedan, en remplacement de M. Villemin, promu.

Au grade de médecin-major de 1re classe: (Ancienneté) Jourdan (Thomas), médecin-major de 2e classe au 1er régiment de cuirassiers, en remplacement de M. Vidal, retraité. — (Choix) Haro (François-Auguste), médecin-major de 2e classe au 4e régiment de hussards, en remplacement de M. Rey, retraité. — (Ancienneté) Broussais (Emmanuel), médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Darcy, retraité. — (Choix) Bontemps (Paul), médecin-major de 2e classe au 8e régiment de cuirassiers, en remplacement de M. Martin, retraité. — (Ancienneté) Didion (Claude-Eugène), médecin-major de 2e classe au 72e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Lefèvre retraité. — (Choix) Baudon (Hippolyte-Julien), médecin-major de 2e classe à la garde républicaine, en remplacement de M. Barthet (par suite de perte de grade). — (Ancienneté) Ollivier de Vergèze (Louis-François-Achille), médecin-major de 2e classe au régiment d'artillerie-pontonniers, en remplacement Claudel, promu. — (Choix) Boutonnier (Jacques-Joseph), médecin-major de 2e classe au 6e cuirassiers, en remplacement de M. Costa, promu. — (Ancienneté) Tardy (Jean-Louis-Isaac), médecin-major de 2e classe au 20e escadrou du train des équipages militaires, en remplacement de M. Lavigne, promu.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe: (Choix) M. Judicis (Auguste-Pierre-Hippolyte), pharmacien-major de 2e classe, détaché de l'hôpital Saint-Martin à la garde républicaine, en remplacement de M. Commaille, décédé.

Jurisprudence pharmaceutique

— Le 16 mai dernier, le tribunal correctionnel a prononcé une condamnation contre un pharmacien de Paris et contre son élève, dans les circonstauces suivantes : ce pharmacien avait trouvé, en prenant possession de l'officine qu'il exploite depuis trois ans, un flacon contenant de l'arséniate de soude et étiqueté : *Phosphate de soude.* Le flacon était, paraît-il, relégué dans le coin d'uue armoire depuis le départ du prédécesseur. Le phosphate de soude étant d'un usage peu fréquent en thérapeutique, voilà ce qui explique qu'un accident ne se soit pas présenté plus tôt. Un jour, l'élève ayant à exécuter une prescription médicale sur laquelle se trouvaient indiqués des paquets de 1 gramme de phosphate de soude; il puise dans le flacon, contenant eu réalité de l'arséniate de soude; les paquets ont heureusement provoqué des vomissements et le malade n'a pas succombé.

Voici le texte du jugemeut rendu par la huitième Chambre :

« Le Tribunal : Attendu que de l'instruction et des débats résulte la preuve judiciaire que, en 1876, à Paris, V..., pharmacien, et C..., son élève, out délivré au sieur G..., sur la production d'une ordonnance médicale, des paquets d'arséniate de soude au lieu de phosphate de soude, médicament prescrit à sa femme; Que la dame G..., par suite de l'ingestion partielle de cette substance vénéneuse, a éprouvé des atteintes d'empoisonnement dont elle n'est pas encore rétablie; Qu'ainsi, par imprudence, inatteution, négligence et inobservation des règlements, V... et C... ont occasionné involontairement des blessures à la dame G..., délit prévu par l'article 320 du Code pénal; Qu'en outre, V..., en sa qualité de pharmacien, n'a pas tenu les substances vénéneuses qu'il avait en sa possessiou, dans un endroit sûr et fermé à clef, délit prévu par les articles 1er de la loi du 19 juillet 1845, 11 de l'ordonnance de 1846 et 1er du décret du 7 juillet 1850;

» Condamue V... à un mois de prison, 50 francs d'amende; C... à un mois de prison 50 francs d'amende, et tous deux à 2,000 fraucs de dommages-intérêts. »

Moyen facile d'enlever le mucus adhérent au col utérin. (*Pajot.*)

Tous nos confrères qui s'occupent des maladies des femmes, savent combien il est souvent difficile de déterger l'orifice utérin et d'enlever complétement le mucus adhérent, visqueux et tenace, caractéristique de certaines formes de catarrhe. Demandant vainement, depuis plusieurs années, aux chimistes, une substance inoffensive, miscible ou émulsive avec le mucus, et qui puisse servir à absterger rapidement l'orifice et les culs-de-sacs, j'ai essayé diverses substances, et, comme toujours, l'idée la plus simple est arrivée la dernière.

Tremper un pinceau de charpie dans du jaune d'œuf cru et frais, mélanger quelques secondes avec le mucus, lancer une fois ou deux de l'eau dans le spéculum en continuant à agiter doucement le pinceau. Après avoir fait écouler le liquide, sécher le col. Il est alors si parfaitement *mouché* qu'il apparaît débarrassé de toute secrétion. (*Annales de gynécologie.*)

Faculté de médecine. — *Avis.* — Le Doyen a l'honneur de rappeler à MM. les Etudiants que *tous les examens de fin d'année doivent être subis* dans la session de juillet et que nul ne sera admis en novembre à moins d'autorisation spéciale. Paris, 12 juillet 1876.

Administration générale de l'assistance publique a Paris. *Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux.* — La composition écrite du concours pour les prix de l'internat en médecine et en chirurgie, aura lieu le samedi 7 novembre 1876, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — M. Wallon, doyen de la faculté des lettres de Paris, vient d'être uommé membre du Conseil supérieur de l'instruction publique en remplacement de M. Patin décédé.

Concours. — Le concours pour une place d'interne à l'hôpital St-Jean, à Bordeaux, vient de se terminer par la nomination de M. Bompar.

Médecins du théatre Italien. — Sont nommés médecins titulaires du théâtre Italieu, les docteurs : MM. Chauffard, Kohn, Auburtin, Bourgeois, Blondeau, Chambard, Fortina, Isambert, Valker, Vio-Bonato, Contour, Coudereau, Hérard, Mattei. — Médecins consultants : MM. les docteurs

— Nous apprenons par un journal étranger que la Faculté de médecine de Berne a offert à plusieurs reprises la chaire d'ophthalmologie à notre collaborateur M. le dr Landolt. Celui-ci reste à Paris. Nous nous félicitons de cette décision qui nous conserve le savant élève de Donders, grâce auquel nous commençons à connaître les remarquables travaux de l'école ophthalmologique d'Utrecht.

La Société de secours des amis des sciences, fondée par M. Thénard, vient de tenir sa dix-septième séance annuelle à la Sorbonne, sous la présidence de M. Bertrand, de l'académie des sciences M. Debray a prononcé l'éloge de M. Balard, décédé. M. Paul Bert a fait une conféreuce sur l'influence des changements de pression sur les êtres vivants. La Société a voté pour 1876 plus de 35,000 fr. de secours.

Le témoignage d'un frère ignorantin. — Dans l'Aveyron existe, paraît-il, une femme dont la spécialité consiste à remettre les estomacs déplacés, et qui exploite, sur ce chapitre, la crédulité des paysans. Un frère de l'école chrétienne, guéri d'une *luxation de l'estomac* par la femme Julie Besse, et appelé en témoignage devant le tribunal, répond à cette demande du président : « Vous u'avez plus rien à dire ? » par ces paroles : « Pardon, je veux ajouter qu'il serait bon que cette femme fût autorisée à continner son utile métier, parce que les médecins ne connaissent pas cette maladie. » Ces paroles ne furent pas relevées par le tribunal; mais la femme fut condamnée à 5 fr. d'amende pour chaque contravention, en tout 10 fr. d'amende, et aux dépens, liquidés à 81 fr. 28 cent. (*Lyon médical*).

Prix. — La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux a décidé qu'elle mettait au concours la question suivante : *Etude microscopique du sang humain, frais et sec du fœtus et de l'adulte, comparativement à celle du sang des autres mammifères, au point de vue médico-légal.* Le prix, d'une valeur de 1,000 fr., sera décerné à la fin de l'année 1879.

Les mémoires, écrits très-lisiblement, en français ou en latin, doivent être adressés, *francs de port*, à M. Douaud, secrétaire général de la Société, allées de Tourny, 10, jusqu'au 31 août 1879, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître, chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Vacance médicale. — La commune de Rupt-sur-Moselle, arrondissement de Remiremont (Vosges), demande un médecin. Population : 4,500 âmes; divers établissements industriels qui traiteraient par abonnement avec le médecin. Pour tous renseignements, s'adresser à M. Forel, maire, à Rupt.

Traitement orthopédique des hopitaux. — La direction de ce service devenue vacante par suite de la mort du Dr Duval, est confiée, par arrêté en date du 23 juiu 1876, au Dr Saint Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Ecoles en Angleterre. — D'après les documents officiels qui viennent d'être publiés, il a été, en 1875, dépensé pour les écoles de l'Angleterre 2,124,702 livres sterlings, et pour celles du pays de Galles 151,743. Les besoins de l'instruction primaire sont de jour en jour plus satisfaisants chez nos voisins, l'on y sent de moins en moins le manque de locaux pour les écoles et de maîtres à la hauteur de leur tâche. Selon le même relevé, le nombre des enfants en âge de fréquenter l'école est de 3,250,000, cependant les documents n'en mentionnent que 2,744,000 qui suivent les cours. Le chiffre moyen de ceux qui vont à l'école est par jour de 1,837,180.

La Jeune Mère. Sommaire du no du 1er juillet 1876. Rédacteur en chef, dr Brochard. Causerie du docteur (des bains de mer chez les enfants). L'éducation du nouveau-né (allaitement mixte). Le réveil de l'enfaut. Les trois mères. *Berceau improvisé*, poésie. La petite variole et la vaccine. Rétablissement du tour.—*Gravures* : Crêche Sainte-Rosalie (le lavabo). Jeune fille aux mains jointes, d'après Greuze. Plaisirs de l'eufance. Bureaux : E. Plon et Ce, éditeurs, rue Garancière, 10, Paris. Prix d'abonnement : un an, 6 fr.

Le Biographe. La 6e livraison du second volume vient de paraître. L'année, composée de 12 livraisons, 12 fr.

Librairie V.-A. DELAHAYE et Ce, place de l'Ecole-de-Médecine.

Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J.-H. Depaul ; Secrétaire de la rédaction : de Soyer. Le numéro de *juillet* vient de paraître. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

Spring. Symptomatologie ou traité des accidents morbides. 2 forts volumes in-8 de 1,000 pages chacun. 25 fr.

F. Le Beschu de la Bastays. Simple projets de loi sur l'administration de l'armée et sur le service de santé. In-8 de 62 pages, 1 fr.

Philbert (E.). Traitement de l'obésité aux eaux de Brides. Petit in-8 de 16 pages. 0 fr. 50.

Libraire J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

Hénouin. — De la médication marine, ses indications, ses contre-indications, ses avantages dans le traitement de la glycosurie. 1 vol. in-18, 3 fr. 50

Lucas Championnière. — De la bronchite pseudo-membraneuse chronique. In-8 avec une planche. 2 fr. 50.

Landouzy. Contribution à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales. In-8° de 244 pages avec 6 figures intercalées dans le texte.

Muselier (P.). — Etude sur la valeur séméiologique de l'ecthyma (avec observations recueillies à l'hôpital Saint-Louis). Paris, 1876. 1 vol. in-8 de 125 pages. 2 fr. 50.

De Ranse. — Clinique thermo-minérale de Néris. 2e fascicule. De l'action immédiate des eaux de Néris dans les maladies du système nervoux. in-8. 1 fr. 50.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

Annales de gynécologie (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. Le Blond. Le numéro de *juillet* vieut de paraitre. Un an : Paris 18 fr. ; Départements, 20 fr.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à cinq heures.

Du Basty. Piqure des hyménoptères porte-aiguillon. Gr. in-8 de 44 pages, 1 fr. 25. Pour les abonnés du *Progrès*, 0 fr. 80 cent.

Bourneville. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie. In-8 de 200 pages avec 5 fig. dans le texte et 3 planches.

Budin. (P.) De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. Recherches cliniques et expérimentales. Gr. in-8 de 112 pages, avec de nombreux tableaux, dix figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromolithographie. Prix: 10 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, 6 fr. *franco*.

Charcot (J.-M.). Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière, recueillies par Bourneville. Tome 1er : Troubles trophiques ; — Paralysie agitante; — Sclérose en plaques; — Hystéro-épilepsie, etc. 2e édition. Vol. in-8 de 492 pages avec 27 figures dans le texte, 9 planches en chromolithographie et une eau-forte. Prix: 13 francs.

Cartaz (A.). Des névralgies envisagées au point de vue de la sensibilité récurrente, in-8 de 78 p.

Farabeuf. — Réformes à apporter dans l'enseignement pratique de l'anatomie. Aux bureaux du *Progrès médical*. Paris, 1876. In-8 de 28 pages.

Pathault (L.). Des propriétés physiologiques du Bromure de Camphre et de ses *usages thérapeutiques*. In-8 de 48 pages, 1 fr. 50.

Liouville (H.). Nouveaux exemples de lésions tuberculeuses dans la moelle épinière. In-8, 40 cent.

Marcano (G.). Des ulcères des jambes entretenus par une affection du cœur. In-8, 30 cent.

Pasturaud (D.). Etude sur les cals douloureux. In-8 de 64 pages, 2 fr.

Mocquot (G.). Essai de pneumographie pour servir à l'étude des maladies des enfants. In-8. Paris, 1875; imp. Parent.

Martin (E.). Des troubles de l'appareil vaso-moteur dans l'hystérie. Imp. A. Parent.

Kohly (Fr.). De la ligature et de la section du cordon ombilical. In-8 de 48 pag. Paris, A Parent, imprimeur.

Schumann (O.). Ueber einen fall von Progressive perniciöser Anämie. In-8 de 32 p. Freiburg, 1875.

Frey (A.). Ueber den saltatorischen Reflexkrampf. In-8 de 37 p. Freiburg, 1875.

Houzé de l'Aulnoit. — Expérience sur la force élastique des bandes et des tubes en caoutchouc par la méthode des poids. Imprim. Lefebvre-Ducrocq. Lille, 1875. in-8° de 41 pages avec table. 1 fr. 50.

Chronique des Hôpitaux.

Hôtel-Dieu. Service de M. Richet. Salle Sainte-Marthe : 4, ulcération de la lèvre inférieure et de la face interne de la joue chez un tuberculeux; 5, plaie, infection purulente; 6, mal perforant et rhumatisme chronique; 7, fracture du médiane du maxillaire inférieur, suture; 31, tumeur fibro-plastique de la région postérieure de la cuisse.

Service de M. Fremy. Salle Sainte-Martine (H.): 1, hémiplégie syphilitique; 8, rhumatisme articulaire à lésions valvulaires mitrale et aortique; 13, kyste hydatique du foie; 15, anévrysme de l'aorte; 17, rhumatisme articulaire, péricardite avec épanchement. — Salle Sainte-Marie (F.): 1 bis, endocardite; 5, cirrhose, insuffisance mitrale; 6, corps fibreux de l'utérus, péritonite subaiguë.

Service de M. Moissenet. Salle Sainte-Jeanne (H.) : 48, pleurésie tuberculeuse; 51, pneumo-tuberculose ; 54 bis, ataxie locomotrice progressive ; 58, amygdalite aiguë; 44, paralysie agitante; 80 bis, rhumatisme musculaire.

Service de M. Cusco. Salle Saint-Paul : 4, glaucome (iridectomie); 10, épithélioma du col de l'utérus; 12, rhumatisme monoarticulaire (coude); 15, kérato-conjonctivite scrofuleuse; 16, kyste des gaînes tendineuses du poignet; 20, squirrhe du sein opéré par le thermo-caustère; 25, tumeur blanche médio-tarsienne.

Hôpital des Cliniques. Service de M. Broca. (H.): 8, épithélioma de l'œil;

4e ANNÉE. — N° 30 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 22 JUILLET 1876.

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE.

COLLÉGE DE FRANCE. — **M. RANVIER.**

Septième leçon (1).

Recueillie par le docteur J. RENAUT.

SOMMAIRE. — Etude de la substance musculaire. — Striation des faisceaux musculaires primitifs chez le lapin. — Muscle tendu. — Muscle revenu sur lui-même. — Muscle en rigidité cadavérique. — Détails de technique. — Striation des faisceaux primitifs des muscles moteurs de l'aile des insectes. — Objet d'études : Hydrophile, Xylocope, fibrilles de l'aile des insectes ; elles se divisent en fibrilles secondaires. — Divers aspects de la striation transversale sur les muscles frais de l'aile des insectes. — Ces divers aspects peuvent être ramenés à des types uniques, ils dépendent absolument du degré de tension. — Explication des divers aspects de la striation musculaire dans les muscles moteurs de l'aile de l'hydrophile.

Messieurs,

Nous venons de passer en revue les diverses théories que l'on a proposées pour expliquer la contraction musculaire. Vous les avez vues se succéder, et varier à mesure que les progrès de l'histologie révélaient des détails nouveaux dans la structure intime de la substance propre des muscles, c'est-à-dire dans l'organe même de leur contraction. Mais vous avez déjà sans doute remarqué que ces théories, imaginées toutes dans le but de faire cadrer les phénomènes physiologiques connus avec des dispositions anatomiques également connues, ne s'appliquent en fin de compte qu'aux muscles striés, et ne prétendent expliquer qu'un cas tout-à-fait particulier, *le mode brusque*, de la contraction. La substance contractile du corps des amibes, du protoplasma des cellules lymphatiques, et des fibres musculaires lisses, échappent absolument aux théories précitées. Un premier point acquis est donc que ces dernières ne sauraient être admises dans leur généralité puisqu'elles ne sont pas applicables à l'ensemble des faits connus.

Il serait, en effet, presque puéril d'insister sur ce fait que la théorie de Krause, par exemple, est absolument renversée par cette simple notion, que la fibre musculaire lisse est contractile. Si des éléments anatomiques dans lesquels la case musculaire n'existe pas sont aptes à se contracter, c'est évidemment que cette case elle-même n'est point l'organe essentiel de la contraction. Chemin faisant, et en poursuivant l'analyse que nous avons commencée, nous trouverons, hors de ces faits fondamentaux, des faits de détail qui renverseront les théories ; nous les discuterons avec soin, et ils nous serviront plus tard à édifier sur des bases solides une théorie nouvelle de la contraction musculaire.

Pour étudier la substance contractile des muscles striés des animaux supérieurs, il convient de suivre certains procédés techniques qui favorisent l'observation en la rendant plus rigoureuse ou plus facile. En premier lieu le muscle doit être étudié vivant, et observé dans son propre plasma. Les muscles blancs du lapin, et notamment le bord interne du grand adducteur de la cuisse, constituent l'un des objets d'étude les plus favorables. A ce niveau les faisceaux primitifs forment un plan musculaire très-mince en restant tous parallèles entre eux. On peut donc facilement les étudier : (A) à l'état de tension parfaite ; (B) à l'état de relâchement ; (C) lorsqu'ils ont été envahis par la rigidité cadavérique.

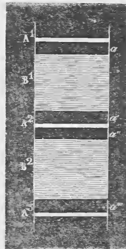
A. *Etude de la substance musculaire des faisceaux primitifs en état de tension.* Sur un lapin vivant ou que l'on vient de sacrifier par la section du bulbe, on enlève sur une certaine longueur, et à l'aide d'une pince et de ciseaux, quelques faisceaux primitifs pris sur le bord interne de l'adducteur, puis on les porte sur la lame du verre. Rapidement tendus avec des aiguilles, de façon à ce que leur tension soit un peu supérieure à celle qu'ils auraient dans le muscle entier à l'état complet de relâchement, ils sont ensuite recouverts d'une lamelle de verre, sans addition d'aucun liquide, et la préparation est enfin bordée avec de la paraffine pour éviter l'évaporation.

Messieurs, de pareils faisceaux musculaires primitifs sont parfaitement vivants, et leur constitution histologique ne saurait notablement différer de celle que possèdent les faisceaux musculaires restés adhérents au corps du muscle. Ils sont simplement séparés et refroidis. Si, en effet, nous enlevions la lamelle de verre qui les couvre et si nous les ramenions artificiellement à la température du corps de l'animal, ils redeviendraient contractiles. Il suit de là que les résultats de notre observation seront applicables aux muscles striés du lapin, vivants, et considérés dans un état de moyenne extension.

Examinons maintenant, à l'aide d'un objectif à grand angle d'ouverture, un faisceau primitif pris sur le bord de la préparation, c'est-à-dire isolé sur l'une de ses faces, nous verrons la striation transversale d'une manière extrêmement nette, et la succession des disques obscurs et des bandes claires se fera dans l'ordre suivant :

Fig. 65.

1. A¹. Disque mince.
   a Bande claire.
   B¹. Disque épais.
   a' Bande claire.
2. A². Disque mince.
   a'' Bande claire.
   B². Disque épais.
   a''' Bande claire.
   A³. Disque épais, etc.



Sur une pareille préparation les détails de la striation musculaire sont d'une observation facile. Les disques épais notamment se distinguent très-nettement des disques minces par leur réfringence spéciale et leurs dimensions plus grandes.

B. *Etude de la substance musculaire des faisceaux primitifs à l'état de relâchement.* Mais si nous laissons maintenant les faisceaux musculaires primitifs tendus revenir sur eux-mêmes, et si nous les observons dans l'état de relâchement, nous ne verrons plus ces détails. Toute distinction entre les disques épais et les disques minces sera devenue impossible, et le faisceau musculaire primitif paraîtra simplement strié en travers par des bandes alternativement obscures et claires, très-rapprochées des unes des autres et ressemblant à de fines hachures serrées et parallèles. Une pareille image répond à la striation élémentaire du muscle telle qu'elle était connue des Anciens, avant les travaux d'Amici et de Krause. On peut également constater que, comparé à celui de la fibre tendue, le diamètre transversal de la fibre relâchée s'est légèrement

(1) Voir les nos 4, 5, 6, 8, 11, 14, 17, 19 et 25.

agrandi, en même temps que la longueur totale du faisceau s'est amoindrie.

Il ne s'agit ici, vous le concevez, nullement d'un phénomène comparable au phénomène actif de la contraction, mais bien d'un relâchement passif du faisceau musculaire, qui revient sur lui-même comme le ferait toute substance élastique préalablement tendue, et qu'on laisserait ensuite obéir à son élasticité naturelle.

Je dois maintenant vous indiquer, Messieurs, avant d'aller plus loin, quelques précautions nécessaires à prendre en observant les muscles vivants dans leur propre plasma. Les faisceaux primitifs affectent en effet la forme de prismes allongés dont la section présente un diamètre qui varie entre 60 et 80 millièmes de millimètre de diamètre. D'un autre côté, la striation transversale du muscle se poursuit dans toute son épaisseur. Il résulte de là qu'en élevant ou en abaissant l'objectif à l'aide duquel on observe, on obtient des images nettes successives ou superposées répondant chacune à un point particulier de l'épaisseur du faisceau. Chacune de ces images représente ce que l'on appelle la coupe optique de l'objet pour une position déterminée de l'objectif ; et, si l'on met ce dernier au point dans l'épaisseur du muscle, l'image que l'on obtient est trompeuse, car elle est compliquée par les images diffuses des portions de la substance musculaire voisines qui ne sont pas placées exactement au point.

Seule, la coupe optique de la surface du faisceau donne une image nette, mais cette image serait naturellement très-étroite et même linéaire, si la lamelle à recouvrir ne déprimait par son poids le faisceau primitif, et ne transformait sa surface courbe en une surface plane, présentant une aire suffisante pour les besoins de l'observation. On devra donc mettre toujours l'objectif au point à la surface du faisceau en l'abaissant graduellement, et avec précaution, car, pour l'étude de la substance musculaire, il est nécessaire d'employer des objectifs à grand angle d'ouverture, dont le foyer est conséquemment assez court. L'image nette obtenue, montre les détails de la striation. Si l'on éloigne ensuite la lentille, les disques épais et les disques minces deviennent brillants, les bandes claires obscures ; Un phénomène inverse se produit quand on la rapproche ; les disques épais et minces redeviennent obscurs et les bandes qui les séparent redeviennent claires. De là nécessité, dans la description, de supposer toujours la striation musculaire observée à l'aide de lentilles mises au point à la surface même du faisceau, si l'on veut bien s'entendre, et éviter les confusions qu'entraînerait inévitablement le mépris de cette règle.

C. *Les muscles examinés pendant la rigidité cadavérique* ne diffèrent pas sensiblement, au point de vue de leur striation, des muscles observés à l'état de moyenne extension ; c'est-à-dire qu'on y observe successivement le disque épais, une bande claire traversée en son milieu par le disque mince, un second disque épais, une bande claire, etc.

Messieurs, les préparations faites à l'aide de muscles vivants, conservés dans leur propre plasma, ne tardent pas à s'altérer et à se détruire. Pour obtenir des préparations persistantes montrant la striation des muscles volontaires, il est nécessaire d'avoir recours aux méthodes microchimiques. Dans le cas particulier qui nous occupe, ces méthodes ont un double objet : 1° Fixer la substance contractile dans sa forme ; 2° conserver le muscle ainsi fixé.

Les réactifs qui conviennent le mieux pour fixer dans sa forme la substance musculaire des muscles du lapin sont l'alcool fort, à 36° de Cartier par exemple, ou l'acide osmique à 1 p. 100. Un fragment de muscle étant enlevé avec la pince, sur le bord interne de l'adducteur ou sur tout autre point où les faisceaux sont parallèles, on le tend sur une allumette et l'on y fixe ses deux chefs au moyen de deux ligatures circulaires. Il est ensuite plongé dans l'un ou l'autre réactif. Au bout de 24 heures, ce même fragment est enlevé, lavé, dissocié avec des aiguilles, puis monté dans la glycérine ou dans le baume du Canada. Si le muscle a été recueilli sur un animal mort et en rigidité cadavérique, ou si l'on veut l'examiner à l'état de rétraction, il est inutile de le tendre, et dans ce cas, on l'immerge simplement dans le réactif coagulant.

De pareilles préparations ont l'avantage de se conserver indéfiniment, et, quand on a fixé le muscle dans sa forme par l'acide osmique, on obtient d'excellentes images de la striation musculaire. Mais en ce qui regarde les détails très-délicats de cette dernière, ils fournissent de médiocres objets d'étude. Les faisceaux musculaires du lapin et des autres vertébrés supérieurs sont en effet très-épais, la lumière, en les traversant, produit des phénomènes de diffraction préjudiciables à la netteté des images, enfin, chez le lapin en particulier, les stries transversales sont tellement rapprochées qu'il est nécessaire de les observer à l'aide des plus puissants objectifs à immersion en perdant beaucoup de lumière ; c'est pourquoi les histologistes ont presque tous choisi comme objet d'étude les muscles des articulés, et spécialement les muscles moteurs des ailes des insectes, qui présentent des dispositions tout particulièrement favorables à l'étude de la substance contractile striée.

Les muscles des crustacés, de l'écrevisse fluviatile, des homards et des langoustes sont des objets très-favorables. Il est néanmoins préférable d'employer ceux d'un insecte fort commun, que l'on peut conserver en toute saison dans les laboratoires, et qui présente cet avantage que la plupart des anatomistes s'en sont servis pour leurs recherches. Je veux parler de l'hydrophile (*hydrophilus piceus*). Dans des questions controversées, il est en effet avantageux d'étudier un même tissu chez un même animal ; sous peine de n'avoir point d'observations comparables.

Les muscles striés de l'hydrophile sont de deux ordres. Les uns, formant la masse musculaire principale du thorax, sont les moteurs des ailes et se reconnaissent facilement à leur couleur d'un gris-jaunâtre, et à leur manque de transparence. Ces muscles forment deux masses symétriques de fibres opaques, comme infiltrées de graisse, qui s'insèrent d'une part à la carapace, de l'autre à l'aile membraneuse, par des tendons très-courts. Leur nature musculaire a même été discutée, car ils répondent difficilement aux excitations électriques fournies par les courants interrompus. J'ai cependant réussi, pour ma part, à les faire contracter par des courants un peu forts, et j'ai produit de la sorte des mouvements évidents de l'aile membraneuse à laquelle ils sont insérés. Cette contraction se produit du reste spontanément, et sous le microscope, dans les muscles analogues du thorax de la mouche domestique. Il est donc hors de doute, en l'état actuel de la science, qu'ils jouissent du principal attribut de la substance musculaire, c'est-à-dire de la contractilité.

Les muscles des membres de tous les insectes, c'est-à-dire ceux des pattes, ont un tout autre aspect que les muscles précités. Ils sont translucides, d'aspect sarcomateux, humides et gélatineux quand on les extrait de leur enveloppe chitineuse.

Si l'on cherche à les dissocier avec des aiguilles, ils se divisent en filaments épais qui sont des faisceaux primitifs, et diffèrent grandement en cela des muscles moteurs des ailes. (*A suivre*).

Conseil municipal.

Nous avons déposé le projet de loi suivant dans la séance du 18 juillet : « Les soussignés, Considérant que tous les ans, pendant les mois de juillet, août et septembre, le service médico-chirurgical des hôpitaux de Paris est insuffisant, que souvent, un même médecin, un même chirurgien du Bureau central est chargé de 2, 3 et quelquefois de 4 services, soit dans le même hôpital, soit dans des hôpitaux différents; Considérant, d'autre part, qu'il n'est ni possible, ni convenable de refuser des congés aux médecins, aux chirurgiens de nos hôpitaux qui ne reçoivent d'ailleurs qu'une simple indemnité pour les nombreux services qu'ils rendent chaque jour; Emettent le vœu que, cette année, le nombre des médecins du Bureau central soit augmenté de trois et que le nombre des chirurgiens du Bureau central soit augmenté de deux. — *Signé* ; Bourneville, P. Dubois, Lauth, Levraud, Thulié.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. CHARCOT. b 524

XVIe LEÇON. — Lithiase biliaire. — De l'occlusion permanente du canal cholédoque (1).

(Résumé de la leçon du 22 mai).

Messieurs,

I. Je vous faisais remarquer, en terminant la dernière leçon, que la colique hépatique peut être accompagnée, dans certains cas, contrairement à la règle, d'un état fébrile transitoire, caractérisé par une élévation plus ou moins prononcée de la température centrale et dont le début est marqué, en général, par un frisson bien accentué, de manière à reproduire le tableau d'un accès de fièvre intermittente palustre. Avant de passer outre, je vais revenir en quelques mots sur ce point, que je ne crois pas avoir suffisamment mis en relief.

L'existence de ces accès fébriles, liés au passage de concrétions dans les voies biliaires, a été depuis longtemps reconnue. Elle est indiquée par Pemberton (2), par Budd et enfin par Frerichs. Budd compare même ces accès fébriles à ceux qui se produisent parfois en conséquence de l'introduction d'un cathéter dans le canal de l'urèthre.

Il est des malades chez lesquels les accidents fébriles se développent toutes les fois que survient un accès de colique hépatique. Le plus souvent, le frisson commence à se dessiner seulement quand la douleur hépatalgique a déjà paru. L'intensité du mouvement fébrile n'est pas d'ailleurs, tant s'en faut, nécessairement en rapport avec l'intensité de la douleur. Dans quelques cas où celle-ci était à peine prononcée, l'accès fébrile était cependant très-intense ; dans d'autres, c'est une relation inverse qui a été observée. D'après mes recherches personnelles, on peut voir, chez un même malade, le passage des calculs être marqué par des coliques sans frissons, des coliques avec frisson, et enfin des accès fébriles sans accompagnement de douleur. Cela est arrivé dans l'observation dont vous pouvez suivre les principaux détails sur le tableau que je vous présente, observation qui n'embrasse pas moins de trois années.

Vous comprenez que, en clinique, si l'on n'était pas prévenu de ces aspects si divers que revêt parfois la symptomatologie de la lithiase biliaire, il serait à peu près impossible de rapporter les accès fébriles dont il s'agit et qui, quelquefois, par leurs caractères extérieurs rappellent les accès pernicieux palustres, il serait difficile, dis-je, de les rapporter à leur véritable origine.

L'observation CXLIX de Frerichs (*loc. cit.*, p. 839) offre un très-bel exemple d'accès fébriles liés au passage d'un calcul dans les voies biliaires. La température centrale, notée dans deux de ces cas, s'est élevée à 40°,5 dans l'un, à 39°,5 dans l'autre ; tandis que durant les jours apyrétiques ou le matin même des accès qui avaient lieu le soir, elle ne dépassait pas 37°,5. Quelques jours après le dernier accès, la malade rendit par les selles des fragments de calculs, a structure radiée, appartenant à une concrétion sphérique.

Ces accès fébriles, satellites en quelque sorte de la colique hépatique, et en rapport évidemment avec le passage dans les voies biliaires des cholélithes ne doivent pas être confondus avec les accès de fièvre, revenant à courte échéance, suivant un type plus ou moins régulier, de manière à simuler la fièvre intermittente palustre et qui se montrent *en dehors de la colique hépatique*, dans certaines maladies des voies biliaires. dans les cas, par exemple, d'occlusion du canal cholédoque quelle qu'en soit la cause : cancer de la tête du pancréas, enclavement d'un calcul, avec ou sans angiocholite concomitante. Je vous ai déjà entretenu de cette forme de *fièvre intermittente symptomatique, hépatique ou biliaire* ; je me propose d'y revenir encore dans une autre occasion.

Il est possible que cette fièvre à retours réguliers et les accès fébriles satellites de l'hépatalgie calculeuse aient, au point de vue pathogénique un lien commun, ainsi que nous essaierons de le prouver par la suite. Toujours, est-il qu'ils doivent être l'objet d'une distinction par ce fait même qu'ils n'ont pas exactement la même signification clinique.

II. Les détails dans lesquels je suis entré, relativement à la migration des cholélithes par les voies biliaires, considérée dans sa forme régulière, me semblent suffisants ; aussi, vais-je appeler maintenant votre attention sur quelques-uns des principaux incidents qui viennent parfois adultérer plus ou moins profondément la marche ordinaire des évènements.

Vous avez vu, Messieurs, que la plupart des phénomènes de la migration régulière des concrétions sont d'ordre nerveux. Nous allons rencontrer surtout dans la nouvelle catégorie que nous devons envisager des lésions inflammatoires ou ulcéreuses, des perforations, des ruptures, des lésions de canalisation plus ou moins durables et permanentes.

Les perforations, les ruptures, les déchirures des canaux biliaires par le fait de la présence d'un cholélithe ne sont pas des accidents très-rares. Ils surviennent dans la majorité des cas consécutivement à un travail d'ulcération développé sur les points mêmes du canal qui sont en contact avec le corps étranger. Quelques faits tendent pourtant à établir que la lésion inflammatoire préalable n'est pas absolument nécessaire.

Ainsi la perforation survient quelquefois dans le cours d'une colique hépatique. A titre d'exemple de ce genre, je citerai un cas communiqué par M. Richardson à M. Thudicum (*Loc. cit.*, p. 195) : l'autopsie fit découvrir un calcul tétraédrique engagé dans le canal cholédoque au niveau du point où il joint le canal cystique. Un des angles du calcul avait déchiré la paroi postérieure du canal et fait issue à travers une sorte de boutonnière longitudinale. Il semble qu'il se soit agi là d'une véritable déchirure traumatique, sans ulcération préparatoire. Il est digne de remarque que, dans ce cas, il n'avait pas existé de jaunisse.

Je mentionnerai encore un fait consigné dans la *Clinique* de Trousseau (1). Dans ce cas, les coliques hépatiques s'étaient prolongées pendant cinq ou six jours lorsque survinrent des symptômes de péritonite. La malade mourut au bout de 24 heures. On trouva dans la cavité péritonéale un calcul gros comme une noisette et, sur le trajet du canal cholédoque, une perforation à travers laquelle le calcul et une certaine quantité de bile avait passé.

Une autre combinaison, moins fâcheuse, quant au résultat, a lieu lorsque l'ulcération du canal cholédoque fait communiquer la cavité de ce conduit avec celle du duodénum. Frerichs (OBS. CLIII) rapporte quelques spécimens de ces *fistules duodéno-cholédoques*, ayant donné passage à des concrétions volumineuses lesquelles n'auraient certainement pas pu traverser l'orifice très-étroit par lequel les voies biliaires s'ouvrent dans la cavité de l'intestin.

Il est des cas où l'ulcération s'ouvre dans le tronc de la veine porte ou dans les branches qui lui donnent naissance. Cette combinaison naturellement moins heureuse que la précédente, n'est pas très rare néanmoins, en raison des rapports qui existent entre ces vaisseaux et les voies biliaires. Plusieurs cas de ce genre ont été rapportés par Dance, Robert (2), par Bristowe (3).

Les conséquences de cet accident ne sont pas toujours les mêmes : tantôt le résultat est la production d'une thrombose de la veine porte, qui, à son tour, produit l'ascite, l'hémorrhagie intestinale, l'hypertrophie splénique, etc.; d'autre fois il s'agit d'une phlébite suppurative, suivie a peu près nécessairement d'infection purulente.

C'est ici le lieu de parler de certaines lésions que les cholélithes, qui ont accompli leur émigration par les voies naturelles et sont parvenus jusque dans l'intestin, laissent après eux dans les voies biliaires. En pareil cas, *la dilatation permanente* des voies qui servent à l'excrétion de la bile canaux cholédoque et cystique, vésicule du fiel) n'est pas un fait exceptionnel. On peut en dire autant de certains *rétrécissements fibreux* dont les conséquences bien entendu, sont graves surtout quand ces rétrécissements occupent le canal cholédoque (4). Il est indubitable qu'un bon nombre de ces rétrécissements fibreux, décrits par les auteurs sont d'origine calculeuse et résultent de l'ulcération qui s'est effectuée au contact des concrétions. Mais il n'est pas certain que telle soit la cause unique des rétrécissements fibreux des voies biliaires.

(1) Voir les n°s 13 à 29.

(2) C. R. Pemberton. — « The jaundice from gallstones, may be known by a sudden acute pain at the pit of the stomach attended with nausea, and retchings. Sometimes there are shiverings, and sometimes not. When these shiverings occur, it may be observed that they come on *after* the pain has continued some time, and do not precede the pain, as is the case with those shiverings which attend inflammation. » *A practical treatise on various diseases of the abdominal viscera*, p. 49, 50, London 1820.

(1) Voyez : Besnier, *loc. cit.*, p. 368.

(2) Cité par Besnier, *loc. cit.*, p. 352.

(3) Cité par Murchison, *loc. cit.*, p. 519.

(4) Cas de Fritz (*Centralblatt*, 185[illegible]), de Lebert (*Atlas*, t. II, p. 721), de Moxon. *Path. Society*. p. 12[illegible], 1873 t. XXIV. Voir aussi : Murchison, *loc. cit.*, p. 534.,

C'est ce que M. Hoffmann cherche à établir dans un travail récent (1).

III. De tous les accidents qui peuvent marquer la migration des concrétions par les voies biliaires l'*enclavement définitif* de ces concrétions est, sans conteste, le plus vulgaire, celui qu'il importe surtout d'étudier.

Les conséquences de cet accident varient du tout au tout suivant le lieu où se fait l'enclavement. C'est ainsi que, dans le cas où l'oblitération porte sur le canal cystique, le resultat est généralement l'*hydropisie de la vésicule du fiel*, lésion qui, pendant la vie, ne se révele souvent par aucun symptôme appréciable tandis que l'enclavement dans le canal cholédoque est à peu près fatalement l'origine de toute une série de lésions secondaires qui se traduisent par des désordres très-accentués et d'ordinaire aboutissent tôt ou tard, soit directement, soit indirectement à une issue funeste.

Pour ne parler que du canal cholédoque, il n'est peut-être pas sans intérêt de vous faire remarquer tout d'abord, Messieurs, que l'obstruction de ce conduit, alors même qu'elle est due a une concrétion volumineuse, n'est pas nécessairement suivie de rétention biliaire, d'ictère. C'est là un fait démontré par un certain nombre d'observations et dont j'ai été moi-même témoin plusieurs fois. Ainsi, il est possible que l'enclavement d'une concrétion dans le canal cholédoque après s'être opéré, sans être précédé par les phénomènes de l'hépatalgie, persiste sans s'accompagner de jaunisse (2). Le plus remarquable de tous ces faits est celui que Cruveilhier a consigné dans son *Atlas* en y ajoutant une très-belle planche. Dans ce cas, de nombreux calculs étaient venus s'accumuler sur toute la longuenr du canal cholédoque dilaté. L'amas calculeux remontait d'un côté jusque dans le canal cystique et de l'autre côté dans le canal hépatique et ses principales branches. Malgré cela, la bile, suivant un trajet, à la vérité tortueux et étroit, pénétrait dans l'intestin, puisque, en définitive, il n'y avait pas d'ictère.

Quoiqu'il eu soit, ces cas sont certainement exceptionnels et, dans l'immense majorité, l'obstruction du canal cholédoque par un calcul entraîne, comme nous l'avons dit, des lésions fonctionnelles et organiques qu'il nous faut maintenant passer en revue.

Un des premiers effets de l'oblitération, pour peu que l'obstacle siége au-dessous de la bifurcation, est la distension du canal cholédoque et de la vésicule du fiel. Cette distension, en ce qui concerne ce dernier organe, peut être poussée fort loin. C'est alors que la vésicule peut devenir assez volumineuse pour descendre, fait très-rare à la vérité, jusqu'a l'ombilic et même jusque dans la fosse iliaque. Bientôt, la distension gagne les conduits intra-hépatiques et il se produit alors une alteratiou particulière du foie qu'on désigne quelquefois sous le nom d'*ictère du foie*, de *congestion biliaire du foie*. Je vous rappelerai en quelques mots les caractères de cette lésion dont incidemment il a été déjà question à diverses reprises. Le foie, dans les permières phases, est volumineux; dans quelques cas, il descend jusqu'à l'ombilic. (Bright). Les bords restent tranchants ; ils ne s'arrondissent pas (Budd) comme dans le foie amyloïde, par exemple. La distension de la vésicule est constamment présente dans cette forme d'*hépato-macrosie* et c'est là, vous le comprenez, une circonstance qui peut être utilisée dans la clinique pour le diagnostic. La surface du foie est lisse, jamais granuleuse. Sa coloration est jaune, vert foncé, ou mieux olivâtre. Les lobules sont distincts et, en les examinant sur des coupes, on reconnait que la coloration foncée est principalement marquée dans leur partie centrale. (Voir la figure de l'Atlas de Frerichs). Quand on pratique des sections dans ce foie, on reconnait la dilatation des conduits biliaires d'un certain calibre et l'on voit en même temps s'écouler de la surface de section une grande quantité de bile. [*Congestion biliaire, apoplexie biliaire* (2). D'après Rokitausky les conduits peuvent se rompre dans l'intimité du parenchyme hépatique et, par ce mécanisme, il se fait de véritables apoplexies biliaires. Ces ruptures se produisent quelquefois a la surface du foie, accident redoutable auquel succède à peu près nécessairement une péritonite mortelle.

Je n'aurai pas à m'arrêter longuement sur les modifications de texture particulière à cette altération du foie. Les expériences, instituées chez les animaux, et dont je vous ai déjà parlé, pouvaient faire prévoir en quoi elles consistent. Vous n'avez pas oublié qu'une hyperplasie conjonctive, répandue dans toute la glande, le long des conduits biliaires, d'abord marquée daus les espaces, puis s'étendant plus ou moins aux fissures, de manière à circonscrire parfois le lobule dans toute son étendue, paraît être la conséquence nécessaire et rapidement produite de la ligature du canal cholédoque. Tel est, au moins, ce qui ressort des expériences de M. W. Legg et de celles qui nous sont propres. Or, nous nous sommes assuré dans plusieurs cas d'oblitération du canal cholédoque par des calculs chez l'homme, que les choses, à cet égard, se passent comme chez les animaux auxquels on a pratiqué la ligature. Je relèverai seulement que cette forme de cirrhose, qui a pour effet de rétrécir progressivement le domaine du parenchyme hépatique, n'aboutit pourtant jamais, comme la cirrhose vulgaire, à la formation de granulations hépatiques. C'est là une différeuce dont la raison me paraît assez difficile à donner, mais qu'il importait de signaler.

L'infiltratiou pigmentaire des cellules hépatiques, les infarctus pigmentaires qui remplissent les capillaires biliaires (O. Wyss. — *Virchow's Archiv.* 553, 1866. Bd. 35) ou les dernières ramifications des conduits hépatiques sont des altérations qu'il suffira de mentionner pour compléter le tableau.

Notons en passant que, dès cette première période, chez l'animal au moins, les altérations dont il s'agit suffisent pour entraîner des lésions fonctionnelles sérieuses, pour entraver, par exemple, la fonction glycogénique. Ainsi, d'après les recherches de M. W. Legg, le glycogène fait défaut dans le foie des animaux mis en expériences et tués peu de temps après la ligature. De plus, d'après le même auteur, il serait impossible, en provoquant des lésions bulbaires chez les animaux ayant subi depuis quelque temps la ligature du cholédoque de déterminer l'apparition du sucre dans les urines (1).

Par suite de la persistance de l'obstacle au cours de la bile et sous l'influence combinée de la dilatation progressive des conduits biliaires intra-hépatiques et de l'extension également progressive des tractus conjonctifs péri-lobulaires, le champ du parenchyme hépatique se rétrécit de plus en plus. En conséquence de ces coudilions, le foie reprend d'abord son volume normal, pour devenir ensuite petit.

Cette atrophie du foie consécutive à l'enclavement des calculs biliaires peut se montrer déjà quelques mois à peine après le moment où l'oblitération est survenue (Budd). Il est possible qu'elle s'accomplisse sans que les cellules hépatiques, qui persisteut, éprouvent des altérations nouvelles et différentes de celles que nous avons indiquées à propos de la première période.

Quelquefois néanmoins, à un moment donné, ces cellules subissent soit dans une partie du foie, c'est-à-dire sous forme de foyer, soit dans toute son étendue, une destruction complète, avec fonte granulo-graisseuse, comparable à celle qu'on observe dans l'atrophie jaune aiguë du foie. Le fait a été reconnu ponr la première par T. Williams (2) puis, il a été constaté de nouveau par Budd (3), et Frerichs qui, admet, lui aussi, dans certains cas, cette destruction totale des cellules hépatiques.

Un cas rapporté par Virchow (4) semble établir que la destructiou commeuce, en pareille circonstance, par le centre du lobule. Ce cas est relatif à une obstructiou calculeuse du canal cholédoque datant de cinq semaines.

Le foie n'avait pas encore diminué de volume. A l'autopsie, on trouva des cristaux de leucine et de tyrosine sur les points où l'altératiou des cellules était le plus profonde. Vous n'avez pas oublié peut-être que dans un cas du même genre, Hardy avait, pendant la vie, rencontré ces mêmes substances dans les urines.

Une observation de M. Hayem, présentée récemment à la Société anatomique par M. Dreyfus (juin 1876), constate en outre, comme on devait s'y attendre que, dans ce genre de lésions hépatiques, la formation d'urée est en défaut.

Il est impossible de ne pas rapprocher les altérations profondes du parenchyme hépatique qui viennent d'être relevées de celles qui se montrent d'nne façon constante dans l'atrophie jaune aiguë du foie. Il y aura lieu de rechercher s'il faut établir encore un nouveau rapprochement entre ces deux ordres d'affections hépatiques au point de vue clinique. (*A suivre.*)

(1) *Virchow's Archiv*, t. XXXIX 1867, p. 1?5-206. Dans les trois cas rapportés par l'auteur, le rétrécissement fibreux serait résulté de la propagation aux voies biliaires d'un catarrhe gastro-intestinal.

(2) Voyez : Durand-Fardel. *Traité clinique et pratique des maladies des vieillards*, p. 785 ; — Budd, *loc. cit.*, p. 361 ; — Frerichs, *l.c. cit.*, p. 827.

(1) Voir V. Wittich. — *Glyc gengehalt der Leber nach unterbinding des cho locvs.* In *Centralblatt*, n° 19, 1875.

(2) T. Williams. — *On the pathology of cells.* — Guy's. Hosp. Reports, oct. 1874.

(3) Budd : 2e Edit., p. 213, 214. — Gluge. Liv. XII. Taf II, — Aran, *Gaz. des Hôpit.* 1860.

(4) Virchow. *Ueber die Luecin und Tyrosin abscheidüngen. Virchow's Archiv.* t. 8 p. 355.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

L'enseignement de la clinique en France d'après Billroth.

M. le Professeur Billroth, de Vienne, a publié sur l'enseignement et les études médicales, un livre (1) dont nous aurons à reparler à nos lecteurs. Il y a ajouté des renseignements sur l'organisation et le fonctionnement des Facultés de médecine dans les divers pays de l'Europe. Si, à propos de la France, ne se bornant à reproduire les informations qu'il tirait du « Nouveau guide de l'étudiant en médecine » de P. Asselin, il avait seulement commis quelques erreurs purement matérielles, comme de s'imaginer qu'il se fait à la Faculté, deux fois par mois de par les réglements, un appel nominal des élèves, nous n'aurions rien dit de son appendice.

Quand les étudiants et les médecins allemands croiront que cet appel dégénère régulièrement en scènes tumultueuses où le professeur est sifflé et les officiers universitaires honnis, et que pour cette raison on le pratique le moins souvent possible. le mal ne sera pas bien grand. Une erreur de fait, sur un point de cette importance, ne mériterait pas d'être relevée : mais ce que l'on ne saurait laisser passer sans protester, c'est le jugement que formule M. Billroth sur nos professeurs de clinique et leurs leçons. Voici textuellement ce qu'il en dit :

» Il y a une singulière différence entre le professeur français et le professeur allemand, surtout quant à la méthode clinique. Le professeur de clinique français vise avant tout à provoquer chez l'élève un sentiment d'admiration, je ne dis pas pour sa personne ni son savoir, mais pour la science et spécialement pour la haute situation de la science dont il traite. L'élève doit toujours être étonné; il doit toujours sentir qu'un gouffre immense sépare son banc de la chaire, et toujours être convaincu qu'il lui faudra un énorme travail pour combler un peu ce gouffre ! Dans les cliniques françaises, tout est disposé pour atteindre ce résultat ; le malade est préalablement examiné avec soin afin qu'aucun soupçon de la possibilité d'une erreur ne surgisse chez l'élève : quand le professeur a ainsi démontré l'infaillibilité de sa science, il déploie son étonnant savoir. Sous l'apparence gracieuse d'une improvisation, avec une forme oratoire brillante, il fait une exposition éblouissante, bien préparée et bien travaillée à l'avance. On est étonné, enthousiasmé, on applaudit ; l'infaillible se retire derrière son rideau de nuages. Si cela se répétait tout les jours, le travail serait colossal pour le professeur, il serait bientôt épuisé.

Mais avec deux ou trois heures comme cela par semaine et un auditoire se renouvelant entièrement tous les trois mois (car le nombre des élèves suivant la clinique est grand à Paris, et ils ne sont astreints officiellement à y assister que deux fois, le stage suppléant au reste), cela peut aller assez longtemps. Le même esprit, la même tendance à provoquer l'admiration, domine aussi dans les salles d'opération. On aime à voir exécuter élégamment et rapidement des opérations classiques, typiques, modèles. Un Français opère toujours d'après une formule, « un procédé », d'abord d'après la méthode de M. X ou Y, puis d'après la sienne propre ; toute petite modification de la technique occasionnée par un cas particulier est pour lui un « nouveau procédé. »

Pour lui tout se règle et s'uniformise moralement d'une façon que nous nommerions « philistine » en allemand, si elle n'était pas française. (La méthode italienne est très-analogue bien qu'un peu plus progressive, plus libre.) Pour le Français moderne, la forme paraît importer plus que le fond. Les cliniques ambulatoires ne sont point utilisées pour l'instruction par les professeurs de Paris ; il répugne trop au professeur français de s'exposer ainsi à toutes les chances possibles d'hésitation dans le diagnostic, le pronostic ou le traitement. Comment tout cela se fait, l'élève ne doit pas le voir ; il suffit, quand c'est fait, qu'il admire. »

En d'autres termes, nos professeurs de clinique sont des charlatans et leurs élèves des imbéciles. Eh bien! nous pensons que M. Billroth lui-même n'en croit rien, et ce ne sont pas de jeunes médecins français qui lui ont donné ces beaux renseignements. Peut-être nos cliniques gagneraient-elles à être plus pratiquement conduites, à être plus multipliées, partant moins encombrées, mais à coup sûr elles ne perdent rien à être faites dans un langage, sinon toujours éblouissant, au moins élégant et clair. Pour revêtir la forme de l'improvisation, les leçons du professeur ne passent jamais dans l'esprit des élèves français pour le produit d'une inspiration infaillible. Ils savent qu'avant de parler, leur maître a dû se préparer, au moins en examinant le malade, et le maître ne s'en cache pas.

On ne lui en veut pas d'avoir du fond et de faire tous ses efforts pour que ses leçons soient substantielles ; s'il joint à un savoir solide, un agréable talent d'exposition, on ne lui en fait pas un crime. On tient au fond sans mépriser la forme, et nous nous imaginons qu'il en est de même partout. A Vienne même, le bien dire n'est dédaigné que par ceux qui n'y peuvent atteindre. Quant à aimer à voir opérer avec rapidité, avec élégance, en se conformant scrupuleusement d'ailleurs aux préceptes classiques, c'est, il nous semble, un goût assez naturel. Une opération lourdement, lentement et maladroitement exécutée n'a rien d'attrayant, fût-elle commentée ensuite dans un langage aussi lourd, aussi gauche que la main de l'opérateur.

Mais c'est trop insister. M. Billroth a dû se laisser tromper par de faux rapports, trop complaisamment accueillis, et il reviendra sur ce jugement. Passons l'éponge sur cette page malheureuse et oublions-la. E. T.

(1) Lehren und Lernen der medicinischen Wissenschaften. Wien, 1876.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 15 juillet 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Charcot entretient la Société de la question des localisations cérébrales. Il ne fait que rappeler les localisations centrales, qui portent sur la capsule interne. Les lésions des deux tiers antérieurs de la capsule interne donnent lieu à l'hémiplégie motrice vulgaire, celles du tiers postérieur à l'hémianesthésie cérébrale. Si ce dernier phénomène n'est pas très-fréquent, cela s'explique aisément par la rareté des lésions qui portent sur le territoire des artères lenticulo-optiques et optiques postérieures externes. M. Charcot insiste surtout sur la seconde variété de localisations corticales. Il rappelle que l'ancienne opinion, qui voyait dans le cerveau un organe dont chaque partie avait les propriétés du tout, a été battue en brèche par les travaux de Hitzig, Ferrier, etc. De même, on tend aujour-

d'hui à ne plus admettre l'inexcitabilité de l'écorce corticale. Les localisations dans l'écorce sont encore peu connues : il en est une qui paraît établie à M. Charcot, grâce à une douzaine de bonnes observations cliniques et anatomo-pathologiques.

On remarque, en effet, dans l'écorce un système tout spécial, le système paracentral composé de circonvolutions ascendantes et du lobe paracentral qui en est pour ainsi l'épanouissement à la partie interne de l'hémisphère. Anatomiquement ce système présente une particularité remarquable : l'existence dans la 3e couche de l'écorce grise des cellules pyramidales énormes, *cellules géantes*, présentant un prolongement analogue à celui que Deiters a trouvé dans les cellules motrices des cornes antérieures de la moelle. Or, chaque fois que les lésions portent sur les 2|3 supérieurs des circonvolutions ascendantes, on a du côté opposé une hémiplégie permanente, qui respecte la face à moins que la lésion ne s'étende au delà du système paracentral. Du reste, dans ce cas, il se produit des dégénérescences secondaires médullaires aussi bien qu'à la suite de lésions des masses centrales. C'est donc là une localisation corticale bien établie à rapprocher de celle de Broca (aphasie) qui paraît incontestable à M. Charcot.

M. Parrot communique à la Société le résultat de ses recherches sur l'anatomie pathologique de l'érythème des enfants du 1er âge. Cette éruption, qui siége surtout sur les fesses, les cuisses, les jambes, peut se présenter sous des aspects différents, suivant qu'elle débute par de petites vésicules, comme chez les très-jeunes enfants qui ont plus de trois mois. M. Parrot a étudié les lésions de la peau dans la forme vésiculeuse. Au début, sous la couche cornée, épaissie et soulevée, on trouve les cellules superficielles du réseau de Malpighi hypertrophiées, sphéroïdales, remplies de granulations et d'un liquide transparent. Plus tard, les cellules se rompent, communiquent les unes avec les autres : en même temps, la couche cornée s'amincit et finit par se rompre, de sorte que l'on a une surface excoriée où se voient les débris des cellules et leur contenu. Dans quelques cas, autour des vaisseaux, existe une polifération nucléaire très-nette.

M. Onimus indique un procédé qui permet de reproduire et d'étudier les déformations des membres inférieurs consécutives aux paralysies, notamment chez les enfants.

M. Bert, à qui l'on doit des recherches si intéressantes touchant les effets de l'air comprimé sur les organismes vivants au point de vue chimique, étudie aujourd'hui cette question au point de vue mécanique. Les recherches que les Allemands ont faites à ce sujet ne sont pas concluantes. M. Bert démontre que sous l'influence de l'air comprimé, il se produit un abaissement du diaphragme et du foie et une augmentation de la capacité vitale pulmonaire, phénomène qui justifie l'emploi des bains d'air comprimé, ne se produit que peu à peu : mais une fois que le diaphragme a pris en quelque sorte l'habitude de s'abaisser ainsi dans la cavité abdominale, il la conserve pendant assez longtemps après la suppression de la compression. L'action des bains d'air comprimé est donc lente à se produire, mais assez durable.

M. Cl. Bernard, en comparant les phénomènes de sensibilité chez les animaux et les végétaux, a été amené à étudier les effets de l'éthérisation sur les plantes. Pendant l'anesthésie tous les phénomènes vitaux sont suspendus : ainsi la germination du cresson éthérisé est arrêtée ; mais que l'on éthérise le cresson, la germination commence immédiatement, à moins que l'action anesthésique ait été poussée assez loin pour causer la mort de la graine. De même, l'éthérisation supprime l'action de la levure de bière, ferment vital.

L'anesthésie est donc un prénomène général qui se produit avec les mêmes caractères sur les animaux et les végétaux et porte sur tous les tissus. Quelle est la cause de l'anesthésie ? Il est probable que c'est en modifiant le protoplasma qu'elle arrête le mouvement vital. Si l'on en juge par ce qui se passe dans les muscles, ce serait avant tout un phénomène de coagulation.

M. P. Bert a remarqué autrefois sur la sensitive éthérisée un fait curieux qui s'explique aisément par la théorie de M. Cl. Bernard. Pendant toute la période d anesthésie, les mouvements provoqués de la sensitive ont disparu : mais les mouvements spontanés, diurnes et nocturnes, s'effectuent très-régulièrement.

M. Poncet résume ainsi le résultat de ses recherches dans cinq cas d'albuminurie.

Les lésions qui atteignent les membranes profondes de l'œil dans certaines variétés d'albuminurie se rencontrent sur la rétine, dans le corps vitré, dans la choroïde et dans le nerf optique.

Sur la membrane nerveuse se produisent : des hémorrhagies, des exsudats liquides, des plaques fibrineuses et des taches de dégénérescence colloïde graisseuse.

Les *hémorrhagies*, nées dans les couches les plus internes de la rétine, s'étalent à sa surface, en suivant l'expansion des fibres du nerf optique, ou fusent dans l'épaisseur, le long des travées de Muller. Les globules sanguins peuvent atteindre les bâtonnets.

L'*exsudat liquide* se produit surtout dans la couche des fibres du nerf optique qu'il dissocie, et refoule par paquets, contre le tissu conjonctif en laissant de larges loges vides. Ce liquide ne contient pas d'éléments figurés. C'est là l'œdème simple.

Les *plaques d'exsudation fibrineuse* se présentent sous une forme caractéristique, quoique variable suivant le niveau où la fibrine s'est déposée. Entre les fibres du nerf optique l'exsudat fibrineux, coagulé par le liquide de Muller, apparaît sous l'aspect d'un fin réseau irrégulier, à fibres à double contour, anastomosées, sans noyau. Cette masse et le liquide exsudé chassent les fibres du nerf optique contre la couche des cellules ganglionnaires, détruisent la disposition régulière des fibres connectives de Muller, et les déchirent en partie.

Dans les couches inférieures, l'exsudat fibrineux peut s'étendre partout, mais il occupe surtout l'intervalle entre les deux couches des grains. Là encore il écarte un certain nombre de fibres radiées, qui forment une espèce de loge où le fin lacis fibrillaire est mélangé à quelques travées de Müller brisées. Ces pelotons isolés sont disposés presque régulièrement entre les bandes de grains qui diminuent elles-mêmes de hauteur.

Enfin l'exsudat peut atteindre les bâtonnets et les cônes. Ces éléments s'atrophient alors, deviennent granuleux et forment un magma colloïde, semi-transparent où les franges des bâtonnets et des cônes ressortent avec la plus élégante régularité. Plus bas, l'exsudat décolle la rétine de la choroïde ; il se mélange de cellules pigmentaires altérées.

Dans certains points de la rétine, si l'exsudat ne se coagule pas en fibrilles, il forme des plaques granuleuses englobant toutes les parties voisines et au centre desquelles on retrouve la lumière d'un fin capillaire.

Les *taches graisseuses*, si remarquables par leur aspect brillant, ont donné lieu à bien des interprétations différentes (Müller, Heyman, 1856; Wagner, 1857; Charcot, Lécorché, 1858; Naget, 1860; Schweiger et Grœfe, 1860-1871 ; Hulke, 1862; Robertson Argyll, 1870, Rosenstein, 1874). Donnant à la rétine une épaisseur souvent cinq à six fois plus grande qu'à l'état normal, ces plaques siégent d'une façon absolue dans la couche des fibres du nerf optique, en dedans des cellules ganglionnaires et des grains. Ces deux derniers éléments n'y prennent aucune part.

Sur des préparations plates, amincies au pinceau et colorées, la plaque blanche apparaît sous les fines fibres de l'expansion du nerf optique qu'elle dissocie, pour montrer de gros éléments irréguliers plongeant vers la profondeur et peu colorés. Au centre de ces éléments ronds ovoïdes, fusiformes, on reconnaît souvent soit une apparence de noyau rouge, mais sans nucléole, soit un corps central cylindrique, déformé qui se perd dans le fond de la préparation.

Sur les dissociations de ces taches, il est aisé de distinguer deux éléments particuliers : 1° Des fibres de l'expansion de la papille à renflements fusiformes, énormes et devenues granulo-colloïdes ; 2° D'autres fibres commençant par un large entonnoir conoïde se terminant en un mince filament, après plusieurs renflements graisseux. Au centre de l'entonnoir peu coloré plonge un cylindre-axe très-vivement carminé et suivant que ce cylindre axe est examiné plus ou moins de face ou de côté, on voit un noyau central homogène ou un noyau suivi d'une portion de cylindre.

Sur des coupes perpendiculaires, les plaques blanches, refoulant tout à leur périphérie, apparaissent composées d'une série de sections plus ou moins rondes, ayant souvent à leur centre une seconde section plus ou moins oblique d'un corps également cylindrique. La partie externe se colore difficilement par le carmin ; le cylindre central très-aisément. Entre ces sections perpendiculaires des fibres du nerf optiqne existent des fibres connectives de Müller peu altérées. On trouve aussi de la graisse en petites vésicules isolées ou en gros globes granuleux.

Les plaques blanches graisseuses sont donc constituées par la dégénérescence colloïde et graisseuse avec hypertrophie des fibres du nerf optique, et par la même lésion portant sur la portion interne des travées de Müller. Les coupes et les dissociations démontrent la présence d'un cylindre axe soit au milieu des fibres du nerf optique, altérées, soit dans la portion de certaines travées radiées de Müller. Le cylindre axe ressort nettement dans ces masses colloïdes et on a pris pour des cellules les sections plus ou moins perpendiculaires des fibres radiées et nerveuses dégénérées.

Les plaques exsudatives et les taches graisseuses peuvent se combiner sur un même point de la partie la plus interne de la rétine.

Les altérations des vaisseaux rétiniens se rattachent à l'endartérite granulo-graisseuse des plus fins vaisseaux et des plus fins capillaires.

Les lésions précédentes de la rétine amènent dans le *corps vitré* une prolifération ou une migration des gros éléments cellulaires, sur la limitante interne où ils peuvent former relief.

Le *nerf optique*, à la papille, offre souvent toutes les lésions de la névrite en saillie. Ce renflement pathologique amène la destruction d'un certain nombre de bâtonnets et de cônes près de l'anneau sclérotical. Les hémorrhagies et les taches graisseuses sur la papille ne dépassaient pas dans les cas observés la limite de la lame criblée.

Nous avons constaté une endartérite avec une oblitération complète de l'artère centrale du nerf optique par un caillot, dans un cas de cécité albuminurique qui s'était ensuite notablement amélioré. La rétine ne présentait pas alors les lésions précédemment décrites.

La choroïde n'échappe pas aux altérations générales. Les capillaires et les gros vaisseaux sont irrégulièrement pris de dégénérescence colloïde, sur une très-grande étendue. De là, des hémorrhagies interstitielles, une choroïdite généralisée et des exsudats en dehors de la rétine avec décollement de cette dernière.

M. Dutray communique à la Société une observation d'albuminurie et de glycosurie, avec lésion du plancher du quatrième ventricule. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 juillet 1876. — Présidence de M. Chatin.

M. Pasteur. Dans la précédente séance de l'Académie, M. J. Guérin a contesté une expérience que j'ai mise à exécution sous vos yeux et qui consiste à démontrer que l'air peut très-facilement traverser une couche de ouate tassée à coups de marteau sur une hauteur de 1 mètre. M. J. Guérin prétend aussi que le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin est une variété de pansement par occlusion. M. J. Guérin commet une double erreur. Il est de toute évidence que l'air circule à travers le pansement ouaté et arrive jusqu'à la surface de la plaie. Le courant d'air s'explique très-aisément par la rupture d'équilibre entre la température de la couche d'air la plus rapprochée du membre blessé et la température de l'air ambiant. Constamment, la température de l'air au niveau de la plaie, sous le pansement ouaté, est de 35° à 35°,6, tandis que celle de l'air extérieur est à peine de 15° à 20°. Il y a donc une différence de 15 degrés au moins; ce qui produit, d'après des lois physiques bien connues, une différence de tension entre les gaz supportant les températures extrêmes. Comme la ouate oppose une résistance à peine égale à *2 ou 3 millimètres d'eau* et que la différence de tension entre l'air à 20° et l'air à 35° équivaut à peu près à 12 ou 13 millimètres, il est certain que la ouate sera très-aisément traversée par un courant d'air pur, quelle que soit son épaisseur et son tassement au-dessus de la plaie.

Sous cette discussion se cache une des plus importantes questions chirurgicales, la théorie de la cicatrisation des plaies. L'air est-il ou non favorable à la cicatrisation des plaies? C'est là le point en litige. Les uns disent que l'air est nuisible et favorise la formation du pus; les autres affirment que l'air est très-utile et retarde ou empêche la suppuration. Cette divergence s'explique par ceci : les premiers ont en vue l'air ordinaire, c'est-à-dire, porteur de ferments innombrables; et que les seconds visent l'air pur, c'est-à-dire débarrassé des germes malfaisants. M. Pasteur, qui avoue sincèrement n'avoir aucune compétence dans la pratique chirurgicale, croit cependant pouvoir émettre cette idée préconçue, qu'il croit bonne, à savoir que l'oxygène de l'air pur doit exercer une action des plus favorables pour la réparation des tissus exposés à son action directe.

M. J. Guérin soutient et affirme que l'air pur ou impur est toujours nuisible à la cicatrisation et qu'il est toujours un agent pyogénique très-actif. Il maintient ce qu'il a déjà dit, que le bandage ouaté agit comme bandage occlusif imparfait, en ne permettant pas aux substances plastiques sécrétées à la surface des plaies de s'écouler. Ce sont ces substances qui, rapidement desséchées, forment une croûte empêchant tout accès de l'air au contact des surfaces cruentées. La plaie est donc soustraite, grâce à cette croûte, au contact direct de l'air. M. Pasteur se trompe en disant qu'il y a diminution de tension à la surface de la plaie sous le pansement ouaté; il y a au contraire augmentation de tension, car les gaz sécrétés par la peau s'accumulent sous la ouate et par conséquent augmentent de tension.

M. Pasteur pense qu'il y aurait avantage pour une plaie à se trouver au contact direct de l'air pur. L'oxygène doit (d'après ce que l'on sait de son importance capitale dans les diverses manifestations de la vie à la surface du globe) avoir une action très-énergique et très-utile au point de vue de la réparation des tissus. Cette action n'a, du reste, jamais été expérimentée jusqu'ici. M. Pasteur, sans vouloir comparer les phénomènes qui se passent dans le monde inorganique avec les modifications vitales du monde organisé, rappelle le fait bien connu de la réparation d'un cristal (l'alun par exemple) qui, brisé et replongé dans l'eau saline-mère se reconstitue très-rapidement dans sa forme primitive. Peut-être le tissu vivant, après avoir été mutilé, se réparerait-il en présence de l'oxygène de l'air pur, aussi rapidement que se répare le cristal brisé et mis ensuite au contact de l'eau-mère.

M. Alp. Guérin partage l'avis de M. Pasteur sur l'action bienfaisante de l'air pur, mis au contact des plaies. A la campagne, où l'air est presque pur, les plaies se réparent avec une facilité merveilleuse : tous les chirurgiens savent cela. C'est pourquoi le bandage ouaté a la prétention d'être un filtre et non pas un appareil d'occlusion. Le filtre a pour avantage d'empêcher les germes suspendus dans l'air d'arriver au contact de la plaie, mais il n'empêche nullement l'air lui-même d'arriver jusqu'à la plaie. Quand le pansement est bien fait, il n'y a pas de suppuration, pas de mauvaise odeur; quand le pansement est mal fait, il y a suppuration, il y a odeur : dans le premier cas, la plaie a subi le contact de l'air pur; dans le second cas, la plaie a subi le contact de l'air impur. M. J. Guérin soutient donc une erreur des plus manifestes quand il prétend le contraire.

M. J. Guérin demande à l'Académie la formation d'une Commission sérieuse pour trancher la question en litige. L'Académie, consultée, passe à l'ordre du jour.

M. Depaul présente à ses collègues un utérus d'une femme morte quelques heures après l'accouchement. Une injection artérielle qu'on a faite permet de voir que les artères du tissu utérin sont réellement beaucoup plus volumineuses que les artères d'origine. Cette disposition confirme ce que l'orateur a dit à ce propos dans la discussion sur le bruit de souffle utérin. — M. Laboulbène lit un rapport sur le service des eaux minérales pendant les années 1872 et 1873. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance de mars 1876. — Présidence de M. Charcot.

Anévrysme de l'hypogastrique; par M. Féré, interne provisoire.

Cette pièce a été trouvée à l'autopsie d'un dément âgé de 76 ans, mort de pneumonie (service de M. Berthier), à Bicêtre. Jamais aucun phénomène n'avait attiré l'attention du côté du bassin; on n'a pas observé de troubles circulatoires, moteurs ou sensitifs dans les organes pelviens ou dans les membres inférieurs. On voit que toute l'aorte et les iliaques primitives, déformées et flexueuses, sont pavées de larges plaques calcaires. Les iliaques externes sont relativement saines.

A droite, le tronc de l'hypogastrique est remplacé par une tumeur irrégulièrement ovoïde, longue de 5 centimètres et demi environ et présentant une circonférence de 12 centimètres, à surface lisse et sans adhérence intime avec les tissus voisins. C'est un anévrysme sacciforme, dont le bord interne à peu près rectiligne représente la direction de l'artère. Sur la coupe, on voit que la paroi du vaisseau est peu altérée en dedans, et que la dilatation s'est formée aux dépens de sa demi-circonférence externe. La tumeur repoussait en dehors la veine hypogastrique qui ne présentait aucune altération, et n'adhérait que faiblement au sac.

Sur l'extrémité inférieure de la tumeur, naissent trois artères: l'ombilicale, la honteuse interne et l'ischiatique. Ces deux dernières étaient restées perméables, comme j'ai pu m'en assurer en introduisant de l'eau par l'aorte; et maintenant que le sac est ouvert, on peut facilement faire pénétrer une sonde

cannelée dans ces vaisseaux par leur embouchure dans la cavité.

Le sac est tapissé à son intérieur par une couche de caillots fibrineux et denses, très-adhérents à la paroi, grâce à des aiguilles calcaires que l'on sent dans leur épaisseur, qui atteint presque 1 centimètre dans certains points, vers le fond de la dilatation. Sur le bord interne de la poche, où la paroi artérielle est relativement saine, on ne trouve que des caillots cruoriques mous, qui rendent compte de la persistance de la circulation dans les artères qui naissent de la partie inférieure du sac. La coagulation fibrineuse se prolonge en haut dans l'iliaque primitive, en s'amincissant, et se termine en pointe à peu de distance de la bifurcation de l'aorte. Dans l'iliaque externe, on ne trouve que des caillots cruoriques.

A gauche, l'hypogastrique ne présente pas de concrétions calcaires dans sa paroi, elle offre cependant une dilatation fusiforme qui contient un caillot fibrineux, dense, du volume d'une amande, adhérant seulement en arrière et n'arrêtant pas non plus la circulation dans les artères efférentes.

Cet anévrysme m'a paru remarquable par son siége et par son volume. M. Broca dit en effet dans son Traité des anévrysmes (p. 886) qu'il ne connaît pas d'exemple d'anévrysme de l'hypogastrique ou de ses branches dans l'intérieur du bassin. J'ai compulsé les Bulletins de la Société anatomique depuis l'époque de la publication du livre de M. Broca, et je n'ai trouvé que deux cas qui puissent être rapprochés de celui-ci: En 1856 (janvier), M. Foucher a présenté un anévrysme de l'hypogastrique du volume d'un gros pois découvert par hasard sur un homme de 55 à 60 ans; et en 1875, on voit signalées dans une observation de M. Doléris des *dilatations anévrysmales* de l'iliaque primitive et de l'hypogastrique. (Pièce déposée au Musée Dupuytren).

Seconde communication sur l'état des nerfs des membres qui ont subi une amputation ancienne (1); par M. G. Hayem, vice-président.

Après avoir fait l'étude des altérations que présentent ces nerfs, M. Hayem a cherché à se rendre compte du processus. Pour atteindre ce but, n'ayant à sa disposition que les pièces précédemment décrites, il a fait des sections à divers niveaux depuis l'extrémité supérieure des nerfs jusqu'au névrome terminal et, de plus, il a comparé les préparations obtenues dans le cas d'amputation relativement récente (5 ans) avec celles du cas ancien (24 ans). — On se rappelle que les nerfs lésés contiennent : 1° des tubes à myéline parfaitement sains et 2° des faisceaux de tubes petits, pour la plupart dépourvus de myéline.

Voici les conclusions de ces dernières recherches. 1° Le nombre des tubes nerveux isolés et à myéline est d'autant moins considérable qu'on approche plus du bout terminal devenu névromateux. 2° Le névrome terminal lui-même ne contient plus de tubes à myéline isolés; il ne renferme que des faisceaux de petits tubes.

Dans le névrome du nerf sciatique un certain nombre de ces tubes contiennent de la myéline, ce qui est rendu très-évident en traitant la préparation par l'osmium.

Les tubes nerveux sectionnés par l'amputation ont donc très-probablement subi une dégénération lente, et ils ont été remplacés par des fascicules de tubes nouveaux.

Immédiatement au-dessus du névrome et même dans les parties supérieures de ce renflement terminal, aux faisceaux des tubes nouveaux viennent s'adjoindre des tubes à moelle, parfaitement sains, provenant du moignon et le nombre de ces tubes s'accroît au fur et à mesure qu'on s'élève et que le nerf contient par conséquent plus d'éléments fournis par le moignon.

3° En comparant les préparations des nerfs de l'amputation du poignet (5 ans) avec celles du nerf sciatique (24 ans) on voit que dans ces dernières les petits faisceaux de tubes supposés nouveaux contiennent quelques tubes à myéline, de dimension moyenne jusque dans le névrome terminal, tandis que dans les préparations des nerfs de l'amputation du poignet, il n'y a que des tubes fins paraissant tous dépourvus de myéline. On peut en conclure que les petits faisceaux de tubes ne sont pas dus à l'atrophie des tubes prédominants, car dans l'hypothèse d'une simple atrophie, c'est le nerf sciatique qui devrait contenir les tubes les plus atrophiés. Ce fait avait été déjà établi dans la première communication par la comparaison des nerfs amputés avec ceux du côté sain. On avait pu s'assurer aussi, en effet, de l'augmentation très-sensible du nombre des éléments dans les nerfs du côté amputé.

4° Le processus de dégénération et de régénération des tubes nerveux sectionnés, rendu extrêmement probable par ces diverses recherches, doit avoir une évolution très-lente, puisque dans les nerfs du bras, au bout de 5 ans, la régénération n'avait encore produit que des faisceaux de tubes embryonnaires et qu'au bout de 24 ans, elle était loin d'être complète dans le sciatique.

M. G. Hayem fait remarquer que récemment Westphal a trouvé dans la paralysie saturnine, des altérations du nerf radial, semblables à celles qu'il vient de décrire dans les nerfs des moignons. Il pense qu'il y a peut-être non seulement une analogie dans les lésions, mais aussi dans le processus. En effet, si l'on admet que le plomb agit primitivement sur les fibres musculaires, la destruction des plaques terminales des nerfs moteurs doit mettre un certain nombre de tubes nerveux dans des conditions comparables à celles qui résultent d'une amputation.

L'examen de la moelle fait dans le cas d'amputation du poignet a donné à M. Hayem des résultats analogues à ceux qui ont été énoncés par Dickinson et M. Vulpian. Il existait du côté correspondant à l'amputation une atrophie générale de la corne antérieure de substance grise. Un grand nombre de cellules multipolaires étaient plus ou moins atrophiées. On observait, en outre, quelques lésions irritatives non seulement du côté atrophié; mais également du côté opposé, lésions analogues à celles des myélites chroniques centrales.

Le maximum des altérations siégeait au niveau de la 8e cervicale et de la première paire dorsale; d'où l'on peut conclure que ces deux paires nerveuses sont particulièrement en rapport avec la main; mais dans aucune préparation la corne atrophiée n'était complétement dépourvue de cellules normales.

L'état d'irritation chronique légère, mais sensible, existant dans la moelle et celà, des deux côtés peut rendre compte, très-vraisemblablement, de certains phénomènes cliniques observés quelquefois dans les moignons, car il est permis de penser que le processus essentiellement chronique et peu intense dans les cas ordinaires acquiert, parfois, plus d'acuité et d'importance.

M. Charcot. Les troubles nutritifs s'observent parfois chez les amputés, non seulement du côté de l'opération, mais encore du côté opposé.

L'un des faits les plus intéressants que j'ai observés dans ce genre est le suivant : un homme depuis longtemps amputé de la cuisse commence à souffrir de douleurs et de soubresauts dans son moignon, puis, un jour, il est pris de paralysie vésicale et le membre du côté sain se paralyse. Après un certain temps, les mouvements reviennent, mais simultanément se produisent de la contracture et de la trémulation spasmodique qui, sans entraver absolument la marche, la rendent néanmoins fort difficile.

Il est à peu près certain qu'à la suite de l'amputation des lésions irritatives se sont développées dans la moelle, d'abord du seul côté de l'amputation, puis se sont généralisées sous forme de myélite transverse.

M. Hayem. La congestion chronique d'un segment de la moelle prépare en quelque sorte dans ces cas le développement de la myélite, qui peut apparaître sous l'influence de causes relativement peu intenses.

Dans les expériences sur les animaux lorsque, comme je l'ai fait, on irrite ou détruit les nerfs d'un membre on remarque une tendance manifeste à la diffusion des altérations méningo-myélitiques, bien que le foyer d'irritation périphérique soit circonscrit.

(1) Voir *Bulletin de la Soc. Anat.* 1875; p. 684.

M. CHARCOT. Il est des affections spinales qui semblent exister à l'état de germe pendant un temps très-long et qui se développent tout à coup sous l'influence d'une cause occasionnelle. Le fait suivant que j'ai observé avec M. Raymond est un exemple bien frappant de cette sorte d'accidents. Un jeune homme de 16 ans, atteint depuis l'âge de trois ans de paralysie infantile du membre supérieur droit, se livre pendant quelque temps à un travail très-fatigant pour le membre supérieur gauche, bientôt il ressent des frémissements fibrillaires dans les muscles de ce côté qui sont bientôt le siége d'une atrophie progressive à marche subaiguë. Dans ce fait la lésion première de la moelle a préparé de longue date le développement de la seconde.

Sarcôme à petites cellules du médiastin antérieur ; par MAURICE LONGUET, ancien interne des hôpitaux.

Cette pièce m'a été adressée par M. Sérigny, interne à l'hôpital du Havre, comme présentant un certain intérêt clinique et anatomo-pathologique. Voici l'observation qui accompagnait l'envoi de cette pièce.

A..., 25 ans est entré à l'hôpital du Havre, le 8 février 1876, salle Saint-Paul, n° 5 (service de M. LEMERCIER). Il paraît jouir d'une assez bonne constitution. Il dit avoir un point de côté persistant depuis 8 jours, et siégeant au-dessous du mamelon droit, et plus douloureux pendant les mouvements de la respiration et les secousses de la toux. Toux fréquente ; expectoration rare et difficile ; crachats aérés, blanchâtres, mousseux. Les différents organes successivement examinés sont trouvés dans l'état suivant :

Poitrine. — Ampliation très-prononcée de la partie postérieure et droite du thorax. Abolition des vibrations thoraciques dans le même côté. Matité absolue dans le tiers inférieur du poumon droit ; submatité dans les deux tiers supérieurs. A l'auscultation, abolition du murmure vésiculaire dans tous les points mats. Expiration prolongée aux deux sommets. — Voussure précordiale ; battements profonds et sourds mais nettement perceptibles ; pas de frottement ; matité étendue bien au-delà des limites du cœur. — Abdomen. — Rien de particulier à noter. La langue est saburrale, les selles sont régulières. Perte d'appétit.

Diagnostic : *pleurésie droite aiguë.*

Dans les jours qui suivirent l'entrée du malade à l'hôpital, l'épanchement n'a fait qu'augmenter malgré l'application successive de trois larges vésicatoires et de deux cautères (pâte de Vienne). La poitrine s'est accrue en volume ; les espaces intercostaux sont à peine visibles. La matité est complète dans toute l'étendue du poumon droit et dans le 1/3 inférieur du poumon gauche. La respiration est complétement abolie partout à droite et dans le 1/3 inférieur du poumon gauche ; — égophonie au niveau de l'angle de l'omoplate gauche. Respiration soufflante dans les 2/3 supérieurs du poumon gauche ; expiration prolongée au sommet du même côté, avec craquements humides. Puis, la dyspnée continue avec des intermittences dans l'intensité. La toux devient pénible, l'expectoration rare. Des sueurs profuses très-abondantes s'établissent et le malade meurt le 15 mars.

AUTOPSIE. — Adhérences multiples et généralisées dans les deux côtés de la poitrine, plus abondantes à droite ; liquide citrin en grande quantité (2 litres dans la plèvre droite, 1/2 dans la plèvre gauche) ; poumons ratatinés et refoulés en haut vers la colonne vertébrale : tubercules miliaires aux deux sommets ; hypertrophie des ganglions bronchiques, et enfin la tumeur que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux des membres de la Société.

C'est un vaste gâteau triangulaire, épais de 4 et 5 centimètres, qui se trouvait entre le cœur et la paroi thoracique. Son angle supérieur remontait jusqu'à la fourchette sternale, sa base reposait sur le diaphragme et de ses deux bords latéraux, le droit dépassait la ligne médiane d'environ 4 travers de doigt, et le gauche s'étendait jusqu'au-delà de la ligne mammaire. La face antérieure de cette tumeur n'adhérait que faiblement à la paroi sterno-costale, mais sa face profonde était intimement unie au feuillet antérieur du péricarde. Aussi peut-on à peine distinguer ce qui appartient au sac fibreux du cœur de ce qui appartient au tissu morbide. A l'œil nu, ce tissu est blanc, opaque, et paraît très-homogène. Il est résistant, se coupe et s'écrase difficilement : nulle part on ne trouve de points ramollis. Nulle part à l'œil nu on ne voit de vaisseaux sanguins.

L'existence de cette énorme tumeur du médiastin antérieur n'a pas été soupçonnée pendant la vie. On avait bien, il est vrai, remarqué et constaté une matité très-étendue à la région précordiale ; mais la perception facile des bruits du cœur avait fait penser à la présence d'un peu de liquide dans le péricarde. Cette hypothèse était admissible en raison de la pleurésie pour laquelle le malade était entré à l'hôpital. J'ajouterai que la densité du tissu morbide rend parfaitement compte des deux phénomènes, simultanément perçus, qui semblent au premier abord incompatibles, à savoir, matité absolue et perception des bruits du cœur. Il se passait là un acte purement physique.

L'examen microscopique de la tumeur m'a montré qu'elle était constituée presqu'exclusivement par des cellules petites, ayant 10 millièmes de millimètre de diamètre, rondes, non nucléaires mais très-granuleuses. Ces cellules sont intimement unies entr'elles par une substance amorphe très-finement granuleuse. Des coupes soumises à l'action du pinceau ne subissent aucune modification ; ce qui prouve d'une part l'adhérence intime des éléments entr'eux, et d'autre part l'absence de tissu conjonctif interstitiel.

Les éléments cellulaires ont une telle ressemblance avec ceux que l'on trouve dans les ganglions ou les tumeurs ganglionnaires, que j'ai longtemps hésité à ranger cette tumeur dans la classe des lymphadénômes. Mais, MM. Hayem et Gombault ayant bien voulu en faire un examen histologique, pensent qu'elle appartient plutôt au groupe des sarcômes. Ils admettent que c'est un sarcôme à petites cellules : j'accepte parfaitement leur manière de voir.

M. DESPRÉS. La structure anatomique que M. Longuet attribue à la tumeur, suffit-elle pour faire absolument rejeter l'hypothèse d'une affection primitivement au moins ganglionnaire ?

M. CHARCOT. J'ai observé dans la région médiastine antérieure une tumeur fort analogue à celle-ci, aussi bien par les caractères extérieurs que par la structure.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 juillet 1875. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. LEFORT dépose sur le bureau, deux observations de M. Surmay, membre correspondant : une observation de cancer des lèvres, de la commissure droite et de la joue droite, avec ablation et guérison ; et une observation de luxation du quatrième métatarsien droit en haut sur le cuboïde.

M. VERNEUIL fait hommage à la société de la thèse de M. Maledan, intitulée : *Relations de l'érysipèle avec les maladies des voies urinaires.*

M. BERGER lit un travail sur les phénomènes nerveux qu'on observe dans le cours de l'étranglement herniaire. Une commission composée de MM. Perrin, Nicaise et Anger, est chargée de faire un rapport sur ce travail.

M. TERRILLON lit un travail sur un sujet qu'il a déjà traité devant la société : *le frottement sus-scapulaire.* E. B.

THÉRAPEUTIQUE

Maladies des fosses nasales. Bougies médicamenteuses.

Le catarrhe chronique des fosses nasales a été traité successivement par l'aspiration de vapeurs et de liquides médicamenteux ; par l'insufflation de poudres diverses et enfin par des douches nasales avec de l'eau simple ou légèrement astringente. Cette dernière méthode, répandue surtout en France par Duplay, est connue en Allemagne sous le nom de *méthode de Weber.* De graves reproches lui ont été adressés, surtout par les médecins auristes. Knapp, Grüber, Politzer lui ont attribué des cas nombreux d'otite moyenne suppurée : un malade de la clinique de Knapp aurait même succombé à

cette maladie, provoquée par la pénétration du liquide dans la caisse du tympan. Nous-mêmes avons vu, dans le dispensaire de Politzer, un malade qui, à la douche nasale, avait été pris subitement d'une douleur vive dans l'oreille, suivie d'un catarrhe aigu de la caisse, avec suppuration et abcès mastoïdien. Un autre inconvénient moins sérieux de la douche nasale, consiste en une céphalalgie frontale, due à la projection brusque du liquide dans le méat supérieur.

Dans la séance du 16 juin 1876, à la Société médicale de Vienne, le Dr Catti a proposé de remplacer la douche nasale par l'emploi des bougies médicamenteuses, si répandues dans le thérapeutique de l'uréthrite. Les *bougies nasales*, longues de 10 à 15 centimètres, larges de 4 millimètres environ, arrondies à une de leurs extrémités, sont composées de 0 gr. 02 sulf. zinc, ou 0 gr. 03 extr. ratanhia, incorporés à la gélatine. Grâce à leur flexibilité, les cylindres de gélatine sont facilement introduits et viennent remplir tous les vides de la fosse nasale. Il suffit d'une demi heure de temps pour que la fusion de la bougie soit complète. Le liquide est retenu dans la cavité nasale par un bourdonnet de charpie qui obstrue l'orifice de la narine ; une position un peu inclinée de la tête en avant l'empêche de s'écouler dans le gosier.

Le Dr Catti, s'appuyant sur une expérience de deux mois, a pu citer des cas nombreux de guérison, obtenue par ce moyen. A propos de cette communication, l'assistant du Dr Fieber, médecin de l'hôpital général de Vienne, a déclaré que depuis longtemps il faisait usage de bougies semblables et a donné de nouvelles preuves de leur efficacité incontestable.

L. Thaon (de Nice).

NÉCROLOGIE

Le docteur Vincent Duval.

En 1839, ramené à Paris, après un exercice médical de neuf années en province, l'une de nos premières connaissances fut celle d'un excellent confrère et compatriote, à la mémoire duquel nous nous faisons un devoir de consacrer les quelques lignes suivantes. Malgré ses 80 ans, le docteur Vincent Duval, doué d'une constitution vigoureuse, n'avait jamais cessé de diriger par lui-même son importante maison d'orthopédie, ni de pourvoir, à l'assistance publique, au traitement des contrefaits, dont il était chargé depuis 1831, lorsqu'il y a deux mois à peine, il fut, par une mort rapide, enlevé à la science, à sa famille et à ses nombreux amis.

On dit souvent : Il y a des gens qui ne devraient pas mourir. Cet éloge, qui présuppose une autre patrie, convenait de tout point à l'homme de mérite et de dévouement dont nous déplorons la perte. Dans une intimité de trente-sept ans, exempte du moindre nuage, j'ai toujours constaté en lui, sans défaillance, les plus nobles dispositions : amour de l'étude et de son art, sollicitude pour ses malades, honnêteté parfaite, bonne confraternité, sentiments affectueux, aspirations patriotiques.

Mon département, l'Eure, fut le sien. Il naquit à Saint-Sulpice de Grainchouville, près Pont-Audemer, de cultivateurs aisés, de souche antique, et qui, avec le sang, transmirent à leur fils cette énergie expansive que reflètent leurs vivants portraits, suspendus dans son salon. Comme beaucoup de jeunes gens alors, et de sa condition, Vincent Duval fit ses humanités au séminaire ; puis, changeant de vocation, ambitionna, la carrière médicale. Ses études furent aussi promptes que solides. A 24 ans, le 13 juillet 1820, il soutenait avec distinction sa thèse inaugurale sur l'apoplexie, où se révèlent déjà les preuves d'un esprit net et pratique.

Ce premier écrit ne faisait guère prévoir la direction qu'il allait prendre. Il la dut à son mariage. Le docteur Jalade-Lafond, dont il était devenu le gendre, s'était acquis, par ses recherches et ses cures, résumées dans un ouvrage ultérieur (1827), une certaine notoriété pour le traitement des difformités. Le docteur V. Duval, s'associant aux travaux de son beau-père, fonda, avec son concours, en 1823, son établissement orthopédique, qui, installé d'abord à Chaillot, fut successivement transféré Allée des veuves, Porte Maillot, et finalement Avenue de Neuilly.

La réputation du jeune spécialiste ne tarda pas à grandir. Dans sa maison et au dehors, les malformations affluèrent, surtout quand vint s'y ajouter le contingent du bureau central des hôpitaux. Tout autre, par une publicité hâtive, aurait pu exploiter cette mine féconde. Il se contenta, lui, de recueillir les faits, de les analyser, de les classer, et c'est seulement, après les avoir éclairés sous tous leurs aspects, qu'il se crut autorisé, les condensant, à en déduire les enseignements dans un précis intitulé : *Aperçu des principales difformités du corps humain*, 1833.

Mais le surcroît d'estime que lui valut ce travail ne fut qu'un prélude de la notoriété que lui réservait une application chirurgicale des plus heureuses. Le pied bot est une affection commune et pénible. Ou l'on ne songeait guère à s'en délivrer, ou l'art ne lui opposait que des appareils généralement inefficaces dans les cas un peu graves. Un médecin Saxon, Thillénius, aurait, le premier, en 1822, guéri un pied équin par la section du tendon d'Achille. Michaelis, de Marbourg, en 1809, imita son procédé partiellement sur plusieurs sujets, incisant les couches extérieures du tendon et allongeant le reste. En 1812, Sartorius, comme Thillénius, coupa le tendon entier. Ainsi agit encore, 15 à 18 ans après, Stromeyer, de Hanovre.

En France, un seul essai fut tenté, en 1816, par le célèbre professeur Delpech, qui avait fait de savantes recherches sur le pied bot. Des complications ayant contrarié le succès, il renonça à une opération que la chirurgie française avait toujours tenue pour suspecte.

C'est dans ces conditions que le docteur V. Duval conçut le dessein de reprendre le terrain abandonné par Delpech. Il avait déjà traité un grand nombre de pieds bots par les appareils perfectionnés de Venel et de d'Yvernois. Les cures avaient été plus ou moins longues; beaucoup ne s'étaient pas effectuées. Mais, pour opérer avec chances et sécurité, M. V. Duval veut se rendre tout-à-fait maître du sujet. Il étudie à fond l'affection, pèse les opinions, compare les méthodes, et, non content de s'être prémuni de la sorte contre les revers, il se livre à des expériences sur les animaux.

Sa première opération eut lieu le 23 octobre 1835, et fut couronnée d'un plein succès. D'autres suivirent, non moins heureuses. Au bruit qui s'élève autour de ces beaux résultats, la rivalité s'éveille, intense, sinon pour s'approprier le mérite de l'innovation, du moins pour en obscurcir la source et en détourner le bénéfice. L'Académie des sciences ne s'y est pas trompée. En accordant à l'auteur, en 1836, un énergique témoignage, et, en 1839, un prix de 3,000 fr. elle a mis fin aux compétitions. « Personne, dit le premier rapport, n'avait encore » pratiqué cette opération dans la capitale... Le succès fut tel » qu'il dépassa les espérances des parents comme les prévisions » de l'opérateur. Le traitement dura quarante jours. »... » En moins de cinq ans, est-il dit dans le second, M. Duval a » eu l'occasion de faire plus de trois cents opérations de cet » ordre, et toujours avec succès. »

On conçoit que, dans ces conditions, le docteur V. Duval ait fait sienne l'opération du pied-bot. Sa méthode n'aurait pas été étrangère à la cure. Dans les cas de Thillénius et de Michaëlis, l'incision aurait compris à la fois la peau et le tendon. Delpech, de son côté, glissant un bistouri entre l'une et l'autre, aurait fait sur les bords deux boutonnières longues d'un pouce, et coupé d'arrière en avant le tendon, sans intéresser la peau correspondante. Ce mode, suivi par Stromeyer, aurait, selon M. V. Duval, occasionné l'échec de Delpech, une double ouverture aussi étendue exposant, ce qui eut lieu, en effet, à la suppuration et à l'exfoliation.

Le chirurgien de Paris, au contraire, avec un ténotome très-fin de son invention, pénètre au dessous du tendon, à son côté interne, et, par deux ou trois mouvements de va-et-vient, le divise d'avant en arrière, sans déchirer l'aponévrose jambière ni le tissu cellulaire sous-cutané. La plaie, unique, est ainsi réduite à une étroite piqure, d'où coulent à peine quelques gouttelettes de sang et qui se ferme aussitôt, laissant aux moyens extenseurs la tâche de maintenir l'écartement des bouts tendineux, jusqu'à la formation de la substance intermédiaire.

Du reste, la difformité ne se borne pas aux seuls pieds équin, varus et valgus ; elle comporte, selon les muscles contractés,

des variétés souvent fort complexes. L'auteur en a décrit cinq, dont il simplifie la nomenclature par des appellations grecques, dérivées de l'expression générique : *stréphopodie*, pied tourné ; *stréphendopodie*, en dedans ; *stréphexopodie*, en dehors ; *stréphypopodie*, en dessous ; *stréphanopodie* en haut ; *stréphocatapodie*, en bas. Dans chacune de ces formes, la ténotomie, appropriée aux circonstances, lui a procuré des guérisons souvent inespérées.

Si les perfectionnements relatifs à la cure du pied bot ont en quelque sorte usurpé l'attention du public médical, ceux que le Dr V. Duval a réalisés dans les autres parties du domaine orthopédique sont également très-importants. On peut citer, notamment, les fausses ankyloses angulaires, soit du genou ou des autres articulations, et le torticolis ancien, où la section des tendons se combine si heureusement avec l'action des machines. L'esprit s'étonne, d'ailleurs, du chiffre d'opérations, de ces divers ordres qu'a dû pratiquer l'habile orthopédiste. Pour le seul pied bot, au 1er mars 1839, ses cures se montaient déjà à 240. Dans la seconde édition de son Traité, en 1843, il estime à 1.000 les cas de pieds bots, à 150 ceux des fausses ankyloses, et à 60 les torticolis anciens. Qu'on juge du total accumulé trente ans plus tard !

Chez V. Duval, le médecin ne le cédait pas à l'opérateur. Personne ne mania mieux la matière médicale. Son ambition scientifique, en 1839, lui suggéra le dessein de résumer, dans une revue des spécialités, le mouvement du progrès des divers branches de la médecine. Pour un homme de sa valeur, l'entreprise n'eût pas été trop lourde ; les débuts le prouvèrent. Mais elle exigeait des soins, des loisirs incompatibles avec des occupations surmenantes. Après une série d'ajournements et de reprises, il fut obligé de renoncer à cette importante publication, dont l'ensemble constitue la matière de trois forts volumes. Les articles de fond ou de critique, émanées de sa plume, y sont très-nombreux.

Indépendamment des points précités, qui ont reçu de nouveaux éclaircissements, il a publié sur la luxation du fémur, la coxalgie et les courbures de la colonne vertébrale, des recherches approfondies et fort étendues. Un consciencieux travail sur la scrofule, envisagée au point de vue de son influence étiologique, présente, en particulier, un haut intérêt, en raison des lumières qu'elle projette sur la nature et la thérapeutique d'une foule d'états morbides : adénites, ulcères, arthrites chroniques, tumeurs blanches, ophthalmies, phthisies, etc. Parmi ces affections, le vice scrofuleux, qui souvent domine, réclame une médication spéciale, que l'auteur a su formuler admirablement. Mentionnons encore, pour clore cette liste bien incomplète, une note curieuse sur le café, que l'auteur considère comme un décongestionnant, puis un savant opuscule sur les eaux de Plombières dont l'efficacité, peu expliquée par leur imperceptible minéralisation, dépendrait de la présence, par lui constatée, d'un composé arsénical.

Dans tous ces écrits, l'enseignement se dégage clair et précis, d'un style sobre et nerveux. Comment d'un labeur si fécond et de tant de services rendus n'est-il échu à V. Duval que l'indifférence officielle ? Nous faisions une remarque analogue, il y a 23 ans, au sujet du Dr Fourcault, auteur, entre autres travaux importants, de merveilleuses expériences sur la transpiration cutanée. Lui, du moins, déjà correspondant de l'Académie de médecine, avait, par rencontre, été gratifié d'une décoration tardive. V. Duval n'a pas même obtenu ces modestes honorifications, ne fût-ce qu'après avoir porté les premiers secours au pauvre duc d'Orléans, mortellement blessé dans sa chute : tant est défectueuse notre organisation scientifique !

Ce n'est pas qu'il ne se fût concilié de hauts patronages, ou que, comme on aurait pu le croire, il cédât à la vanité de se faire oublier. Le secret de son attitude gît dans ses conditions d'existence. Sans être insensible aux jouissances du dehors, V. Duval n'a jamais senti le besoin de les rechercher. Il trouvait, en lui et chez lui, ce qui suffisait à sa nature d'élite : après un labeur entraînant, que le dévouement et la culture de la science fécondaient, les douceurs de la famille, de l'amitié et de la confraternité.

L'excellente épouse qui partageait et lui allégeait sa tâche, avait su par une tendresse égale à la sienne, par son aménité et sa sollicitude constantes, communiquer à leur foyer commun un charme irrésistible. Ses enfants le vénéraient comme il avait vénéré les auteurs de ses jours. Là, gracieusement accueillis, les proches des deux côtés se rencontraient dans une harmonie parfaite. Par l'attrait naturel de cette atmosphère honnête, là aussi s'était formé un cercle de joyeux préférés où, confrères éminents, écrivains de talent, artistes distingués, chacun payait son tribut à la satisfaction générale. La part de V. Duval était discrète et goûtée. On aimait sa bonhomie spirituelle, appuyée sur une connaissance profonde des hommes et des choses. Mais il savait écouter et faire valoir les autres. Que d'illustrations ont connu le chemin de cette maison hospitalière, où, comme chez Mme de Maintenon, l'esprit dominait dans ses réceptions modestes ! Est-ce tout ? Pour mettre le sceau à ces mœurs patriarchales, V. Duval avait la passion des fleurs, des fruits et des innocents volatiles. Ses produits étaient souvent primés aux concours.

Sur un caractère de cette trempe, soumis à un pareil entraînement, les fumées de l'ambition et les hochets de la vanité ne pouvaient exercer qu'un faible prestige. Nul, malheureusement, n'est exempt d'épreuves. V. Duval eut les siennes. L'avortement du beau mouvement de février 1848, les hontes de l'empire, les désastres qui en furent les conséquences, froissèrent douloureusement ses instincts patriotiques. On sortait du siège et de la commune. Le sombre horizon commençait à peine à s'éclaircir. C'est à ce moment qu'il fut frappé d'un de ces coups qui ne s'effacent pas. Son fils aîné, depuis quelques mois, miné par une affection albuminurique, succombe inopinément dans une de ces crises rapides qui souvent traversent cette maladie. Sur lui reposaient de chères espérances. C'était le coopérateur zélé, le futur continuateur. On résiste difficilement à semblables secousses. Malgré sa force d'âme, le bon V. Duval en garda la visible empreinte. Maintenant le deuil est au cœur de la veuve. Puisse l'amertume en être adoucie par la tendresse de ceux qui survivent et les amicales sympathies qui l'environnent ! Mais, dans la direction du bel établissement, privé de ses chefs, qui remplacera le fils et le père ? ô prévisions humaines ! DELASIAUVE.

CORRESPONDANCE

Faculté de médecine de Toulouse.

Toulouse, le 11 juillet 1876.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès médical*,

Aujourd'hui seulement, il m'est permis de vous communiquer la lettre par laquelle MM. Deltour et Faye, inspecteurs de l'Université, ont fait part à la municipalité Toulousaine, des intentions de M. le Ministre de l'Instruction publique, au sujet d'un grand centre universitaire dans notre ville. Cette lettre, flatteuse à tous égards, pour la ville de Toulouse et la nouvelle municipalité, a été accueillie avec reconnaissance par les habitants de la ville, qui comprennent déjà tous les avantages qui peuvent résulter pour eux de la création d'une Faculté de médecine. Depuis le jour où la lettre de MM. les Inspecteurs généraux a été communiquée au Conseil municipal, la Faculté de médecine a marché bon train. Voici où en sont les choses.

A l'heure actuelle, le Conseil municipal a chargé une Commission d'étudier la question d'un emprunt de 5 millions que doit contracter la ville, pour l'installation de la nouvelle Faculté, ainsi que pour la reconstruction des Facultés des lettres et des sciences, et l'agrandissement de la Faculté de droit. Dans ce projet d'emprunt, la Faculté de médecine entre pour la somme de 2 millions, un million pour l'achat des terrains et des bâtiments, et un million pour l'aménagement des locaux et les frais d'installation. Ce projet d'emprunt sera voté dans le courant de la semaine par le Conseil municipal et soumis dans quelques jours à la Chambre des Députés, car M. Delorme, préfet de la Haute-Garonne, est entièrement favorable au projet, et ne saurait opposer la moindre difficulté. Au reste, le Conseil municipal, peut justifier par l'état du budget, qu'il peut disposer de la somme de 350,000 fr., nécessaire à couvrir l'intérêt de l'emprunt, et à payer le personnel de la Faculté de médecine.

En second lieu, M. Dieulafoy, ingénieur de la ville, chargé d'établir les devis et plans du projet, a remis son mémoire au Conseil municipal il y a une quinzaine de jours environ, lequel mémoire a été soumis à une Commission spéciale, composée des doyens des Facultés de droit, des lettres, des sciences, du directeur de l'Ecole de médecine, de deux membres du Conseil municipal et de plusieurs architectes. Cette Commission s'est réu-

nie vendredi dernier, sous la présidence de M. Dreyss recteur de l'Académie de Toulouse, et a examiné les plans et devis qui lui étaient soumis. Comme emplacement des Facultés des lettres et des sciences, elle a adopté le terrain de l'ancienne prison du *Sénéchal*; ces Facultés auront façade sur trois grandes artères : les rues Montabiau, Rivals et d'Alsace-et-Lorraine. Quant à la Faculté de médecine, le local sera celui de la *caserne de la Mission*. Les considérations qui ont motivé ce choix sont nombreuses, nous indiquerons les principales; en premier lieu, la Faculté sera en quelque sorte au centre de la ville, sur le quai de la Daurade, et sera à proximité des hôpitaux civils et militaires. En second lieu, en adoptant ce local, la Commission s'est préoccupée des désirs de la population, qui veut une Faculté de médecine, non dans deux ou trois ans, mais bien pour la prochaine année scolaire; et la Commission n'aurait pu mieux faire, car en choisissant la caserne de la Mission, elle a des bâtiments magnifiques qui n'auront besoin que d'être aménagés. Quant aux plans de la Faculté, ils sont de toute beauté et on a fait grandement les choses : Toulouse n'aura rien à envier aux Facultés de France et d'Allemagne.

Le terrain qu'occupera la Faculté possède une étendue de 18,000 mètres carrés. Sur ce terrain, se trouvent construites deux immenses ailes à deux étages, réunies par une façade ayant vue sur le quai; les deux autres extrémités seront réunies par un magnifique amphithéâtre avec cabinets d'anatomie et d'histologie. L'espace compris entre les côtés de cet immense carré, sera utilisé comme jardin d'agrément; enfin, sur le derrière de l'amphithéâtre, sera créé le jardin de botanique. Ajoutez à cela des machines à vapeur, des turbines pour attirer l'eau, etc., et vous pourrez juger si la ville tient à satisfaire aux désirs manifestés par les inspecteurs généraux.

Ce plan assurément, sera modifié dans quelques-unes de ses parties, surtout, au point de vue des connexions que doivent affecter les différentes salles entre elles. Ainsi, nous ne comprenons pas qu'on puisse mettre la bibliothèque au-dessus de la salle de dissection; nous ne nous expliquons pas non plus très-bien que le musée d'anatomie soit situé à un second étage. En outre, on a oublié les laboratoires du professeur d'anatomie et du chef des travaux anatomiques. A côté de cela, il y a beaucoup de choses inutiles. Du reste, il fallait s'y attendre, et nous ne comprenons pas, que lorsqu'il s'agit de l'installation et de l'aménagement d'une Faculté de médecine, on nomme membres de cette Commission, des doyens des Facultés des lettres, des sciences, de droit, etc. Ces messieurs, nous l'ignorons du moins, n'ont pas vécu dans des amphithéâtres, et nous doutons fort qu'ils soient aptes à donner des conseils judicieux. Il est vrai, le directeur actuel de l'Ecole de médecine fait partie de cette Commission, mais M. F. Shol est avant tout chimiste distingué à la vérité, mais enfin, il nous eût paru plus naturel de soumettre les plans et devis de la Faculté, aux professeurs de l'Ecole de médecine qui, chacun pour la partie qui le concerne, eût pu donner des conseils et faire des observations autrement profitables que les membres de la Commission nommée.

Quel sera l'avenir de cette Faculté? On y a grand espoir. Toulouse, en effet, est la ville par excellence de l'étudiant; les moyens de travail y abondent, et les conditions d'existence sont bien plus faciles que dans toute autre ville du Midi; à Bordeaux, par exemple; c'est là un avantage considérable pour l'étudiant en médecine, en général peu fortuné. En outre, on ne doit pas oublier que les départements qui font partie du ressort de l'Académie de Toulouse, fournissent un grand nombre d'étudiants en médecine, qui, très-certainement, préfèrent faire leurs études ici qu'ailleurs.

Mais, encore une fois, si le Conseil municipal de notre ville, veut rendre à Toulouse son prestige et posséder dans ses murs de nombreuses cohortes d'étudiants, il n'a pas de temps à perdre, car Bordeaux et Lyon ont déjà donné à l'adjudication la construction de leurs Facultés, et il est probable que ces villes feront tout leur possible pour les avoir installées au mois de novembre prochain. Or, nous croyons que la ville de Toulouse a grand intérêt à fonder sa Faculté de médecine à la même époque; si elle ne veut voir diminuer ses probabilités sur le nombre des étudiants en médecine qu'elle peut avoir; assurément, elle le peut, car ici il n'y a point de bâtiments à élever de fond en comble, il n'y a que des locaux à aménager : et un laps de temps de trois ou quatre mois, pour cela faire, est plus que suffisant.

L. C.

VARIA

Faculté de médecine; Projets de réforme.

La Faculté de médecine de Paris a discuté, dans une de ses dernières réunions, des réformes à apporter dans les examens, et, si nos renseignements sont exacts, aurait adopté les dispositions suivantes : Les examens de fin d'année seraient supprimés et le 3e examen de doctorat (sciences accessoires serait placé le premier et passé après 4 inscriptions. Le premier deviendrait second et serait passé après 12 inscriptions, tous les autres seraient placés après 14 inscriptions. En outre, les examens d'anatomie, de pathologie et de clinique seraient dédoublés. Il y aurait ainsi 8 examens.

1° Après 4 inscriptions.—1er examen (physique, chimie, histoire naturelle). 2° Après 12 inscriptions, — 2e examen (anatomie). — 3e examen (physiologie). 3° Après 16 inscriptions, — 4e examen (pathologie interne), — 5e examen (pathologie externe et accouchements, médecine opératoire), — 6e examen (hygiène, médecine légale, pharmacologie), — 7e examen (clinique médicale, anatomie pathologique), — 8e examen (clinique chirurgicale, accouchements).

Réunion des médecins députés et sénateurs.

La réunion des médecins du Sénat et de la Chambre des Députés a tenu sa séance ordinaire à la salle des conférences, à Paris, boulevard des Capucines, sous la présidence de M. Laussedat. L'ordre du jour appelait la discussion :

1° De la proposition (Parent) concernant les *Eaux minérales*. Déjà sur l'avis favorable de la commission d'initiative, la prise en considération a été votée par la Chambre (Rapport Thourel).

Les divers membres qui ont pris la parole ont exposé les idées qu'ils chercheront à faire prévaloir dans les bureaux, concernant les points si difficults que soulève la solution de cette importante proposition de loi. En effet, elle touche non-seulement à des questions scientifiques spéciales, mais aux intérêts de l'Etat, des communes et des particuliers. C'est sous ces aspects multiples qu'elle a été examinée.

2° Une motion de M. Cornil a été mise à l'étude, la question de savoir si l'on ne devait pas trouver un lien utile entre les propositions concernant les *Eaux minérales* et celle, déjà en discussion, de l'*Assistance médicale dans les campagnes*. 3° La discussion sur les *Gradués des Universités étrangères* a été remise à la prochaine séance. — Le secrétaire : LIOUVILLE.

— La Chambre des Députés, réunie dans ses bureaux, le 20 juillet, a choisi comme membres de la Commission chargée d'examiner la proposition de loi concernant les *Eaux minérales* : MM. Parent, Duffo, Sarrien, Cornil, Laussedat, Vacher, Liouville, Gudin, Loustalot, Folliet, Thiessé.

Association française pour l'avancement des Sciences.

Le Congrès tenu chaque année par l'Association française, se réunira à Clermont-Ferrand le 18 août prochain, sous la présidence de M. Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, Membre de l'Académie française; sa durée sera de huit jours, non compris le temps encore indéterminé qu'exigeront les excursions finales.

Cette session comprendra des séances de section dans lesquelles seront traitées et discutées les questions d'actualités dans toutes les branches des sciences; des séances générales où seront exposées principalement les questions locales se rapportant à la description scientifique de l'intéressante région dont Clermont est le centre et à l'industrie de cette contrée; des conférences publiques, dont l'une sur les nouvelles couleurs, sera faite par M. Wurtz, professeur de Chimie à la Faculté des Sciences et à la Faculté de Médecine de Paris; des excursions scientifiques à Issoire, Thiers, Vichy et Volvic; des visites aux principaux établissements industriels de Clermont et des environs.

Pendant la durée du Congrès aura lieu l'inauguration de l'Observatoire météorologique du Puy-de-Dôme, qui réunira tous les membres du Congrès sur cette montagne déjà célèbre dans l'histoire des sciences. Enfin, à l'issue de la Session des excursions finales auront lieu dans le Cantal, au Puy et au Mont-Dore.

Toutes les dispositions propres à assurer le succès de ces grandes assises scientifiques ont été prises par le Comité local de Clermont-Ferrand, puissamment appuyé par le Conseil municipal de cette ville et par le Conseil général du département du Puy-de-Dôme. — Pour tous les renseignements relatifs au Congrès, s'adresser au Secrétariat, 76, rue de Rennes, à Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Concours de clinicat.* 1° *Médecine* : Juges : MM. Charcot, Chauffard, Hardy, Lasègue et Potain; — Candidats : MM. Hanot, Hirne, Homolle, Landouzy, Pierret, A. Renault. — *Accouchements* : Juges : MM. Depaul, Dolbeau, Richet, Trélat; Verneuil. — Candidats : MM. Budin et Martel.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1872 : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 13 juillet 1876, on a constaté 804 décès, savoir : Variole, 7; rougeole, 28; scarlatine, 5; fièvre typhoïde, 13; érysipèle, 10; bronchite aiguë 13, pneumonie 39, dysenterie 2, diarrhée cholériforme des jeunes enfants 26, choléra nostras »; angine couenneuse 11; croup, 12; affections puerpérales 6; autres affections aiguës, 263; affections chroniques 297 dont 142 dues à la phthisie pulmonaire, affections chirurgicales 41, causes accidentelles, 31.

LONDRES. — Population, 3,489,428 hab. Décès du 2 au 8 juillet 1876. 1,322 : variole, 13; rougeole, 25; scarlatine, 36; fièvre typhoïde, 11; érysipèle, 4; bronchite, 109; pneumonie, 56; dyssenterie 3, diarrhée, 116; choléra nostras, 4, diphthérie, 9; croup, 14; coqueluche, 26.

— L'*Union de la Sarthe* annonce que l'évêque du Mans vient de faire un premier versement de 13,000 fr. en faveur de l'Université catholique d'Angers. D'autre part la *Semaine du Fidèle* dit qu'une somme de 10,000 fr. a été envoyée par plusieurs personnes du diocèse.

UN CONGRÈS A SAINT-PÉTERSBOURG. — Le trois septembre prochain doit avoir lieu à Saint-Pétersbourg le troisième congrès des orientalistes. Les matières traitées concerneront surtout l'Asie russe, ce qui est naturel, le congrès siégeant à Saint-Pétersbourg. Cette réunion promet d'être fort intéressante au point de vue géographique et ethnographique.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Cochin. Médecine. Service de M. BUCQUOY. Salle St-Jean (H.) : 1, érysipèle de la face; 2, cachexie saturnine; 3, 4, 7, 11, fièvre continue; 5, pleu-

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE.

COLLÉGE DE FRANCE. — M. RANVIER.

Septième leçon (Suite). (1)

Recueillie par le docteur J. RENAUT.

SOMMAIRE. — Étude de la substance musculaire. — Striation des faisceaux musculaires primitifs chez le lapin. — Muscle tendu. — Muscle revenu sur lui-même. — Muscle en rigidité cadavérique. — Détails de technique. — Striation des faisceaux primitifs des muscles moteurs de l'aile des insectes. — Objet d'études : Hydrophile, Xylocope, fibrilles de l'aile des insectes ; elles se divisent en fibrilles secondaires. — Divers aspects de la striation transversale sur les muscles frais de l'aile des insectes. — Ces divers aspects peuvent être ramenés à des types uniques, ils dépendent absolument du degré de tension. — Explication des divers aspects de la striation musculaire dans les muscles moteurs de l'aile de l'hydrophile.

Si l'on enlève à l'aide de ciseaux les élytres de l'hydrophile, et si l'on ouvre la carapace qui forme l'enveloppe de son thorax, on tombe sur la masse opaque et jaunâtre des muscles moteurs des ailes. Si maintenant on excise un fragment de cette masse, et si on l'agite dans une goutte d'eau, il se divise avec la plus grande facilité en une foule de filaments.

Avec un grossissement de 100 diamètres, on reconnait que chacun d'eux répond à un faisceau de fibrilles très ténues, réunies entre elles par les ramifications d'une trachée qui se divise et se subdivise autour du faisceau lui-même en l'enserrant dans une sorte de réseau formé par les divisions dichotomiques du tube aérien.

Lorsqu'à l'aide d'un grossissement de 150 à 200 diamètres, on observe la striation musculaire d'un pareil faisceau primitif, on remarque que la striation longitudinale est apparente, mais que la striation transversale est au contraire obscurcie par une quantité considérable de granulations réfringentes qui présentent la plupart des caractères optiques

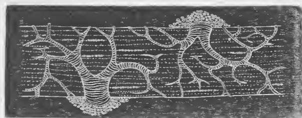


Fig. 66. — Faisceau primitif des muscles moteurs de l'aile de l'hydrophile entouré par les trachées.

des granulations graisseuses. La striation transversale n'est donc nullement évidente sur le faisceau primitif des muscles moteurs de l'aile de l'hydrophile ; pour l'étudier avec fruit il convient de dissocier le faisceau. Cette opération, qui serait très-laborieuse sur les muscles du lapin ou même sur les muscles des pattes des insectes, s'effectue ici avec une extrême facilité. Le faisceau dans son entier n'est en effet formé que par la *juxtaposition* de filaments très-fins de substance musculaire, plongés dans une masse de granulations réfringentes comblant les interstices qu'ils laissent entre eux. Ces filaments ne sont en outre maintenus unis que par les trachées, qui les rassemblent comme des liens circulaires réunissent en un faisceau unique les fils juxtaposés d'un écheveau.

On dissocie les filaments précités très-facilement, à l'aide des aiguilles, soit dans l'eau soit dans le picro-carminate, et l'on isole ainsi ce que la plupart des histologistes nomment les *fibrilles élémentaires* des muscles moteurs das ailes. On est même parti du fait de cette divisibilité du faisceau en fibrilles pour conclure à l'existence de ces dernières dans le faisceau primitif des muscles des animaux supérieurs. Il est cependant facile de reconnaître que les fibrilles de l'hydrophile et des autres insectes ne sont pas chez ces animaux le dernier terme de la division de la substance musculaire, qu'elles sont elles-mêmes composées, et ne représentent partant point de véritables *unités histologiques*.

Pour le démontrer, après avoir enlevé l'élytre, récliné l'aile membraneuse, et incisé la carapace à l'aide de ciseaux, il suffit de plonger l'animal entier ou son thorax dans quelques centimètres cubes d'alcool dilué au tiers. Au bout de

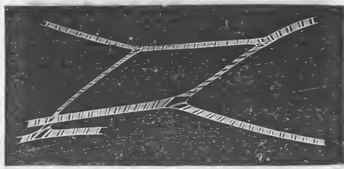


Fig. 67. — Division des fibrilles des muscles moteurs de l'aile du xylocope.

24 heures on détache un fragment du muscle, on le dissocie dans une goutte de picro-carminate et on l'examine ensuite dans la glycérine. Les fibrilles présentent alors une striation transversale simple. (Résultat dû à la méthode employée, et que nous expliquerons plus loin). Chaque fibrille offre un diamètre transversal uniforme, mais sur certains points on voit s'en détacher une fibrille beaucoup plus mince, striée régulièrement comme celle qui lui a donné naissance et qui va rejoindre une fibrille voisine à laquelle elle s'accole, et avec laquelle elle se confond ensuite. Ces fibrilles secondaires, d'une finesse extrême, ont un diamètre souvent dix fois moindre que les fibrilles ordinaires, qu'elles réunissent parfois deux à deux ou trois à trois en formant une sorte de réseau. M. J. Renaut a démontré que cette disposition est surtout manifeste chez le Xylocope, hyménoptère commun dans les jardins et qui constitue à ce sujet le meilleur objet d'étude.

Cette division de la fibrille constitue, on le comprend facilement, une objection capitale contre la théorie de Krause. Que devient en effet la notion de la case musculaire du moment où il est évident que, dans une même fibrille, cette case peut et doit se décomposer en une série d'autres plus petites, dont les dimensions atteignent à peine 1/5 de millième de millimètre ?

Il faudrait, en effet, pour maintenir la théorie, reculer sans cesse, et admettre que la case musculaire n'existe que dans la *fibricule* c'est-à-dire peut devenir plus petite que toute quantité donnée, car nous ignorons en réalité le point où la substance contractile cesse d'être divisible ou clivable dans le sens longitudinal.

Je ne pense pas, Messieurs, qu'il soit nécessaire de reporter si loin l'idée théorique de Krause ; et je puis vous annoncer que nous trouverons plus loin, en étudiant la structure intime du faisceau musculaire primitif, une explication beaucoup plus simple du rôle dévolu aux filaments improprement appelés fibrilles.

Quoi qu'il en soit, ce filament, ou cette fibrille, est constitué par un cylindre très-mince de substance musculaire,

(1) Voir les nos 4, 5, 6, 8, 11, 14, 17, 19, 25 et 30.

mesurant dans sa largeur de 1 à 2, 5 millièmes de millimètre, et présentant dans sa structure les particularités suivantes.

Prenons un faisceau primitif vivant, garni de ses trachées, et dissocions-le soit dans son propre plasma, qui s'écoule lors de l'ouverture du corps de l'animal, soit dans le blanc d'œuf, qui, comme l'a montré le premier Merkel, permet aux éléments musculaires délicats de continuer à vivre et à se contracter, soit enfin dans une goutte de picro-carminate d'ammoniaque qui colore activement les disques épais et les disques minces. Quel qu'ait été le mode de préparation, nous trouverons dans des fibrilles voisines, et parfois dans une même fibrille, les plus grandes différences quant au mode de striation. Les variétés sont même si nombreuses, que l'on pourrait dire que la striation transversale ne suit aucune règle et que toutes les fibriles sont dissemblables. Il est possible cependant de ramener, je crois, ces variétés aux six formes principales suivantes :

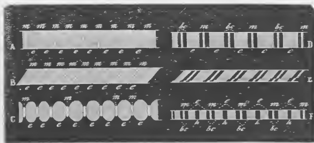


Fig. 68. — Divers aspects fournis par la fibrille des muscles de l'aile de l'hydrophile à différents degrés de tension. mm. disques minces; ee, disques épais ; bc, bc', bandes claires ; hh, bandes claires de Hensen.

A. Dans une première forme et au premier abord, la substance musculaire semble homogène, mais quand on abaisse l'objectif on reconnaît qu'elle est striée transversalement par des lignes noires équidistantes, que nous reconnaîtrons plus loin pour être les disques minces.

B. Dans une seconde, la striation est également simple, mais les stries sont plus ou moins inclinées sur l'axe de la fibrille.

C. Dans une troisième, un peu plus rare que les deux premières, la fibrille semble formée de grains séparés les uns des autres par des lignes droites, perpendiculaires à l'axe de ces fibrilles. Quand on éloigne l'objectif, ces grains deviennent brillants et les lignes qui les séparent prennent une teinte foncée intense. Les phénomènes inverses se produisent quand on rapproche la lentille.

D. La quatrième variété s'observe sur des fibrilles bien tendues : la striation est alors constituée par la succession régulière des disques épais et des espaces clairs traversés par des disques minces. Lorsque cette striation est formée par des lignes obliques par rapport à l'axe de la fibrille, on obtient la cinquième variété (E), peu différente de la première.

F. Enfin, sur des fibrilles exactement tendues on voit une striation nette et régulière constituée par la succession.

m. Du disque mince.

b. c. D'une bande claire.

e. Du demi-disque épais.

h. D'une bande claire occupant la place et formant en réalité la strie de Hensen.

e. D'un demi-disque épais.

b c. D'une bande claire.

m. Du disque mince, etc.

Ce qui revient à dire qu'on observe sur ces fibrilles exactement tendues la striation *complète* et *régulière* de la substance contractile du muscle strié. Je dois vous faire remarquer ici, Messieurs, que sur de pareilles préparations la strie de Hensen, qui divise transversalement le disque épais, *n'est rien qu'une bande claire*, analogue à celle qui sépare deux disques épais successifs et qui est traversée par le disque mince. Comme cette dernière, elle devient obscure quand on éloigne l'objectif, brillante quand on le met exactement au point à la surface de la fibrille. Elle ne peut donc en aucune façon être considérée comme une cloison, analogue au disque mince ainsi que l'avait pensé Merkel, et, morphologiquement, elle doit être considérée comme un espace clair qui divise le disque épais en deux parties symétriques.

Il semblerait au premier abord naturel de conclure de l'observation qui précède, que, dans un même faisceau musculaire de l'hydrophile, il existe des fibrilles de toute forme, présentant au point de vue de la striation en travers des variations innombrables, car nous avons négligé dans la description les variétés intermédiaires. Une pareille manière de voir serait cependant erronée, car il est facile de montrer que les différents aspects que nous venons de décrire se sont produits sous l'influence de conditions toutes mécaniques et qu'ils résultent simplement du mode même de préparation.

J'enlève l'élytre d'une hydrophile. Je rabats l'aile membraneuse comme je l'ai déjà dit plus haut. Puis, à l'aide de quatre coups de ciseaux je circonscris une portion de la carapace et je la soulève ensuite avec les pinces. Un certain nombre de faisceaux musculaires, insérés à cette pièce isolée du squelette, sont soulevés avec elle et conséquemment tendus. Je puis porter cette extension à un degré quelconque si l'hydrophile a été préalablement fixé avec des aiguilles sur une lame de liège. Si maintenant je laisse tomber sur les faisceaux tendus quelques gouttes d'acide osmique à deux pour cent, ils deviennent instantanément rigides et sont désormais fixés dans leur forme. Je puis ensuite les enlever avec le fragment auquel ils adhèrent sans crainte de les voir se rétracter. Ils se rompent au point où l'imprégnation par l'osmium a cessé d'agir, et dissociés convenablement, ils montrent des fibrilles présentant toutes un mode de striation identique.

Les différences résultent simplement des différents degrés de tension exercée sur les faisceaux musculaires. — A une tension modérée répond le quatrième mode de striation, à une forte tension le sixième mode, caractérisé par la présence de la strie ou bande claire de Hensen au milieu du disque épais. Quant aux autres formes, elles s'expliquent plus ou moins facilement. La première (A) semble due à ce que, la fibrille étant revenue sur elle-même, les espaces clairs ont disparu, phénomène important qui peut jusqu'à un certain point permettre de prévoir le rôle qu'ils joueront dans la contraction. Quant à la strie transversale mince qui traverse la fibrille et qui devient brillante quand on éloigne l'objectif, elle n'est autre que le disque mince, qui constitue la partie la plus réfringente de la substance musculaire, et qui, dans cet état, se différencie complètement du disque épais par ses caractères optiques. En effet, la bande claire qui sépare les deux disques dans la fibre tendue a disparu complètement, leurs deux substances sont juxtaposées, et l'on voit facilement alors par leur contraste immédiat à quel point elles sont différentes.

La troisième forme de striation (C), celle qui donne à la fibrille un aspect moniliforme, s'explique avec une égale facilité. Elle est produite par la rétraction complète de la substance musculaire ; les grains sont formés alors par les disques épais qui se sont pour ainsi dire tassés, et qui paraissent brillants parce qu'en se tassant ils sont devenus convexes. On voit entre eux les disques minces, ainsi que l'avait dit déjà depuis longtemps Amici, comme au fond d'une cavité, car ils répondent aux portions étranglées de la fibrille, qui se succèdent à intervalles égaux et que dépassent les saillies des disques épais.

Un fait qui prouve d'ailleurs que le mode de striation que nous venons de décrire est bien produit par la rétraction de la substance musculaire, c'est qu'on l'observe à l'extrémité de fibrilles tendues, qui sur un certain parcours sont régulièrement striées comme dans la figure F, puis prennent à mesure que leur tension est moins parfaite les aspects figurés en D, puis en A, puis en C, successivement et par degrés.

Quant aux divers modes de striation oblique figurés en

B et en E, ils simulent parfois grossièrement une hélice et ont principalement servi à établir la théorie singulière qui assimile la contraction musculaire à l'action d'un ressort à boudin. Ils résultent évidemment de ce que la fibrille, pendant la dissociation, a été tirée par les aiguilles agissant en sens inverse sur ses deux extrémités, la pointe étant placée sur les deux bords opposés. La figure suivante explique naturellement, par la direction même des flèches indiquant celles des tractions et le point d'application des forces, comment la striation, de transversale qu'elle était, est devenue oblique.



Fig. 69.

En aucun cas du reste la striation oblique ne présente l'aspect exact que prendrait l'image d'une hélice ; les objets observés au microscope, vous le savez, Messieurs, sont en effet vus en projection. Or, la projection d'une hélice ne saurait être que la figure suivante :



Fig. 70.

Et jamais, dans la bande claire, la projection de la partie du fil spirale représentée par le pointillé (*f*) n'a pu être reconnue, l'on ne saurait arguer qu'elle est cachée par l'épaisseur de la substance musculaire, puisque nous savons que cette dernière est absolument transparente. Ici donc, comme dans la dernière leçon, je renonce à discuter davantage cette théorie à laquelle personne, à juste titre ne croit plus, même et surtout en France où elle avait pris naissance. (*A suivre.*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. CHARCOT.

XVII[e] LEÇON. — Oblitération du canal cholédoque. — Lésions et symptômes.

(Résumé de la leçon du 26 mai).

Messieurs,

Je me propose d'entrer aujourd'hui dans quelques détails destinés à compléter l'histoire des altérations qui se produisent soit dans le foie, soit dans les voies biliaires, sous l'influence de l'oblitération des canaux cholédoque ou hépatique et de vous présenter ensuite un aperçu des symptômes qui se rattachent à ces altérations et peuvent cliniquement en révéler l'existence.

I. En premier lieu, je m'arrêterai un instant sur la *dilatation des voies biliaires intra-hépatiques* que je n'ai fait qu'indiquer très-sommairement et qui s'accompagne d'ailleurs d'un certain nombre d'altérations des parois et du contenu de ces canaux qu'il nous faut connaître.

Il s'agit là d'une dilatation tantôt cylindrique, tantôt ampullaire, qui se trouve bien représentée dans les figures 25 (p. 144) et 39 (p. 120) de l'ouvrage de Frerichs. A l'autopsie, il est facile, dans certains cas, de suivre, par l'incision, les conduits dilatés jusqu'à la surface du foie, sous la capsule. On s'assure alors que le conduit, après avoir subi un degré variable de renflement, se termine tout à coup en cul-de-sac. (Frerichs, *loc. cit.*, fig. 45.)

(1) Voir les n[os] 13 à 30.

La dilatation paraît affecter surtout les canaux de calibre, ceux qui, logés dans les canaux portes, au milieu d'une gaine conjonctive relativement lâche, sont susceptibles de s'étendre, sans rencontrer tout d'abord la résistance offerte par le parenchyme du foie. Les canaux interlobulaires ne subissent, au contraire, qu'une dilatation comparativement peu considérable. Rien n'est plus aisé que la vérification de ce fait sur des coupes du foie durcies et examinées à un faible grossissement. A ce propos, je vous ferai remarquer que la figure 40, insérée par Frerichs à la page 120 de son livre, est fautive à quelques égards. Elle ne montre pas, en particulier, la différence qui vient d'être signalée entre les conduits des canaux portes et ceux des espaces interlobulaires : elle ne montre pas non plus l'hyperplasie conjonctive qui envahit toujours la capsule de Glisson, soit dans les espaces, soit dans les canaux portes, en conséquence de l'oblitération du canal cholédoque; enfin, elle ne figure pas les vaisseaux artériel et veineux, satellites obligatoires des conduits biliaires.

La dilatation des conduits biliaires ne manque jamais d'être suivie tôt ou tard d'une altération plus ou moins profonde des parois de ces canaux et aussi de leur contenu. (*Angiocholite.*)

Nous avons vu que, quand on pratique l'occlusion expérimentale du canal cholédoque chez les animaux, si l'on sacrifie ceux-ci 12 ou 15 jours après l'opération, on trouve la paroi des conduits dilatés tapissée uniformément par un épithélium cylindrique très-régulier. La bile, renfermée dans ces conduits n'offre, à cette époque, aucune altération bien manifeste, si ce n'est un certain degré de viscosité et, comme nous l'avons vu plusieurs fois, chez les cochons d'Inde, l'existence de vibrions.

Chez l'homme, les conditions ne sont pas absolument les mêmes, la mort ne survenant en général qu'à la suite d'altérations datant de fort loin. Dans les voies biliaires principales, l'épithélium cylindrique a le plus souvent complétement disparu. On en retrouve çà et là des lambeaux au sein de la matière semi-liquide qui remplit la cavité. Suivant Frerichs, il serait quelquefois remplacé par un épithélium plat. Au contraire, dans les canalicules interlobulaires l'épithélium cylindrique est conservé. Seulement au lieu d'un revêtement régulièrement disposé, on voit parfois des cellules entassées de façon à oblitérer la lumière du conduit. D'autres fois, l'oblitération est occasionnée par un magma qui paraît composé de muco-pus et de pigment biliaire. D'ailleurs, la paroi fibreuse des conduits biliaires, petits ou volumineux, est toujours notablement épaissie.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que cette obstruction des petits conduits biliaires a quelquefois pour effet, — et c'est là une remarque qui appartient à M. O. Wyss — de séparer en quelque sorte la partie sécrétante du foie, de la partie excrétante. Dans ces circonstances, tandis que les capillaires biliaires dans le lobule sont distendus par de la bile, les grands canaux biliaires sont remplis, comme l'indique une observation de Frerichs, par un liquide muqueux, incolore, dans lequel les réactifs ne décèlent pas la moindre trace de pigment ou d'acides biliaires. (OBS. VI.)

Ce fait, d'ailleurs, est rare. Le plus communément les conduits dilatés contiennent une bile de cousistance visqueuse, dans laquelle nagent des flocons muqueux, des plaques d'épithélium cylindrique et, enfin, souvent aussi du *sable biliaire.*

D'autres fois encore, quoique plus rarement il est vrai, les conduits renferment à proprement parler du muco-pus, aussi peut-on dire en pareille occurence, qu'on a affaire à une véritable *angiocholite suppurative.*

Voilà ,Messieurs, qu'elles sont les principales altérations que subissent les voies biliaires en conséquence de l'oblitération calculeuse du canal cholédoque. Il n'est pas sans intérêt d'ajouter que toutes ces altérations peuvent se produire, en dehors de la lithiase biliaire, dans tous les cas où les canaux cholédoque ou hépatique sont obstrués quelle qu'en soit la cause (rétrécissement fibreux, cancer de la tête du pancréas). Quelquefois même, en dehors de ces conditions, on les rencontre bien qu'il n'existe pas actuellement de calculs dans les voies biliaires. Mais, le plus ordinairement, il y a lieu de supposer que ces calculs y ont séjourné pendant quelque temps et ont laissé après eux des traces indélébiles de leur passage. Ainsi, deux fois Frerichs a observé toutes les altérations qui viennent d'être décrites, dans un cas de fistule duodéno-cholédoque. M. Barth les a rencontrées chez un sujet qui, peu de temps avant la mort, avait présenté tous les symptômes d'une colique hépatique intense.

Les lésions inflammatoires, résultant de la distension des voies

biliaires ne se limitent pas aux parois même des conduits; elles s'étendent aux parties voisines, à la capsule de Glissou (*péri-angiocholite*); d'ordinaire, c'est une inflammation hyperplasique qui se développe. Mais souvent en outre, il se produit çà et là, dans les mêmes régions, de véritables foyers de suppuration.

La suppuration qui succède à la péri-angiocholite se présente sous deux formes principales : 1° Tantôt, on voit survenir au voisinage d'un canal biliaire ulcéré, un abcès volumineux, solitaire, dont le point de départ, par exemple, est un calcu lenclavé dans un conduit intra-hépatique. Au dire de M. Niemeyer la majorité des grands abcès du foie de notre pays auraient cette origine ; — 2° Tantôt, il s'agit de petits abcès multiples, disséminés dans toute la substance du foie et à sa surface. En raison de leurs dimensions, on les désigne d'habitude sous le om d'*abcès miliaires pisiformes, lenticulaires*. Ils sont quelquefois un peu plus considérables que ne l'indiquent ces dénominations, mais ils dépasseut rarement le volume d'un haricot. On les a encore appelés *abcès biliaires*, parce que leur contenu paraît souvent constitué par un mélange intime de pus et de bile. Outre ces petits abcès, visibles à l'œil nu et qui sont fréquemment au nombre de 30 à 40 ou plus, il existe d'antres petits foyers qui ne peuvent être vus qu'au microscope. Il est facile de constater, même par un examen superficiel, que les petits abcès en question prennent toujours naissance auprès de la paroi d'un canalicule biliaire auquel ils paraissent comme accolés. Quelques auteurs, Cruveilhier en particulier, ont cru d'après cela qu'il s'agissait réellement d'une dilatation remplie de muco-pus mélangé de bile. La réalité est que ces petits abcès se forment à la périphérie de ceux des conduits biliaires dont le diamètre varie de 200 μ à 30 ou 40 μ. On pouvait suivre avec facilité toutes les phases de l'évolution de ces abcès sur des préparations qui nous out été communiquées par M. Malassez et sur des pièces disposées par M. Gombault. Ces dernières provenaient d'un sujet qui avait succombé à l'oblitération calculeuse du canal cholédoque.

Eh bien, sur ces préparations voici ce qu'on observe : L'épithélium cylindrique est le plus souvent conservé dans les conduits biliaires. Des cellules embryonnaires ou des leucocytes s'accumulent au voisinage immédiat du conduit. L'amas de petites cellules prédomine en général sur un des côtés du canal. A un degré plus avancé, il se produit de véritables globules de pus, fréquemment chargés de pigment biliaire, au centre des amas de cellules. Les leucocytes en s'agglomérant constituent enfin de véritables abcès qui pénètrent dans la substance des lobules en refoulant les cellules hépatiques qu'ils aplatissent et dissocient. Il est aisé de reconnaître que les cellules hépatiques ne prennent aucune part à la formation des petits abcès. Elles subissent des déformations, des altérations régressives, une sorte d'altération vésiculeuse; toutefois, jamais on n'y découvre aucune trace de prolifération.

Ces petits abcès multiples, qui ne doivent pas être confondus avec les abcès de l'infection purulente, out un certain intérêt clinique. Quand ils sont superficiels, ils peuvent être le point de départ d'une péritonite adhésive et même ils peuvent s'ouvrir dans la cavité péritonéale (1), et c'est suivant ce mode pathogénique que se produisent certains abcès enkystés du péritoine.

Les abcès biliaires se produisent quelquefois expérimentalement dans les cas où l'on a pratiqué la ligature du canal cholédoque chez les animaux. (Leyden, Charcot et Gombault.)

L'accollement des branches de la veine porte aux conduits biliaires dans les canaux-portes fait comprendre la possibilité du développement de la phlébite-porte comme conséquence de l'inflammation péri-angiocholique. C'est un phénomène analogue à celui que nous avons vu se présenter à propos de la phlébite du tronc porte, consécutive aux lésions du canal cholédoque.

Il existe plusieurs exemples d'abcès métastatiques dans les viscères, les poumons, la rate, chez des sujets atteints de dilatation sacciforme des voies biliaires, consécutive à l'oblitération du canal cholédoque. J'en ai vu plusieurs pour mon compte. M. Bamberger a signalé d'ailleurs les faits de cet ordre; M. Contesse en a consigné un dans les *Bulletins de la Société anatomique* 1858). Dans quelques cas, la veine porte a été trouvée saine ; d'autres fois, l'existence de la phlébite porte a été bien constatée (2).

(1) Meckel, *Micrologie*, p. 68.
(2) Lebert. *Atlas*, t. II. p. 271.

C'est ici, Messieurs, le lieu de parler de la *gravelle* et des *calculs biliaires intra-hépatiques*. La présence de ces concrétions relève de l'occlusion du canal cholédoque et la dilatation des voies biliaires qui en est le résultat se fait de deux façons : 1° Tantôt les calculs qui se sont formés dans la vésicule ne trouvant pas d'issue par le canal cholédoque remontent par le canal hépatique jusque dans le foie où ils s'enclavent dans les ramifications de ce dernier conduit. Ces calculs intra-hépatiques, que l'on pourrait qualifier d'*exotiques*, possèdent tous les caractères physiques et chimiques des concrétions de la vésicule ; — 2° Tantôt, les calculs intra-hépatiques sont au contraire *autochtones*, formés sur place, en conséquence de la dilatation et aussi de l'inflammation des voies biliaires. Déjà, nous avons parlé de la fine gravelle biliaire qui apparaît si souvent quand il y a stase de la bile dans les conduits hépatiques, par suite de l'oblitération du canal cholédoque. D'autres fois, il se produit, dans ces mêmes circonstances, soit une véritable boue biliaire, soit enfin des concrétions véritables plus ou moins consistantes, parfois arborescentes, représentant en quelque sorte, le moule interne des conduits où ils ont pris naissance. Jamais ces concrétions n'ont la structure radiée, les couches concentriques, ni les facettes qui distinguent les calculs nés dans la vésicule.

L'existence de véritables concrétions un peu volumineuses dans les voies biliaires intra-hépatiques est rare. Frerichs ne l'a constatée que trois fois. On ne la rencontrerait, d'après Thudicum, que cinq fois à peine sur cent cas de lithiase biliaire. La fine gravelle est, au contraire, dans ces circonstances, une chose vulgaire.

Les calculs qui succèdent à l'altération des conduits s'enkystent quelquefois; ou bien encore ils déterminent une véritable hépatite scléreuse « *de voisinage* », la formation d'abcès volumineux, l'angiocholite suppurative, la phlébite.

II. Ces renseignements, Messieurs, me paraissent amplement suffire sur l'anatomie pathologique de l'occlusion du canal cholédoque. Actuellement, je vais tâcher de vous faire connaître les principaux symptômes qui relèvent des altérations diverses que nous venons de passer en revue.

L'ictère chronique par résorption est la conséquence à peu près inévitable de l'oblitération calculeuse du canal cholédoque ou des conduits hépatiques ; c'est là un accident dont le pronostic est fort grave pour peu qu'il persiste au-delà d'un certain temps. La mort en est l'issue à peu près nécessaire dans un délai qui, en général, ne dépasse pas quelques mois, un an, deux ans au plus. (La limite extrême, selon Frerichs, serait de deux ans et demi). On cite cependant quelques faits exceptionnels qui témoignent que, même dans des conditions aussi graves, il ne faut désespérer de rien.

Ainsi, Frerichs cite le cas d'une dame chez laquelle, à la suite de coliques hépatiques réitérées, un ictère s'établit, dont la durée a été de sept mois. Au bout de ce temps, l'emploi des eaux de Carlsbad a eu pour effet d'amener l'expulsion d'un calcul et la guérison a été complète (*Loc. cit.*, p. 527).

Budd, Graves, Stokes, rapportent des exemples où l'ictère chronique, probablement d'origine calculeuse, s'est prolongé pendant 4 mois, 11 mois, 2 ans, tout en permettant un état de santé relativement satisfaisant.

Telle n'est pas la règle ; l'amaigrissement et le marasme ne tardent pas à survenir par le fait de l'oblitération calculeuse prolongée du canal cholédoque. Cette émaciation qui résulte de conditions complexes, mais en partie au moins des troubles apportés dans la digestion par suite de la rétention du produit de la sécrétion biliaire, rappelle ce qu'on voit se produire dans l'expérimentation physiologique chez les animaux qui survivent à la ligature du canal cholédoque, dans le cas où l'on établit une fistule biliaire. Il y a, à cet égard, dans l'expérimentation elle-même, des variations qui se reproduisent, comme uous venons de le dire, dans des conditions analogues chez l'homme. Ainsi certains animaux, ceux surtout qui continuent à s'alimenter largement, résistent beaucoup plus longtemps que d'autres à l'oblitération du canal cholédoque.

En outre de l'émaciation et du marasme, les troubles digestifs résultant de la non-intervention de la bile dans l'acte de la digestion, se traduisent encore par un certain nombre de symptômes qui doivent être relevés maintenant et qui s'observent aussi dans les cas où l'on a lié expérimentalement le canal cholédoque. Telle est la production de gaz fétides dans l'intestin; telle est encore l'évacuation par les selles de matières grasses, résultant de la digestion incomplète ou nulle de ces substances. Il paraît certain que la rétention biliaire est capable, à elle seule, de produire ce phénomène, mis en relief pour la première fois par Bright et Lloyd.

M. Bright relate un cas dans lequel la *stéatorrhée* existait bien que le canal pancréatique fut intact. Et sur 18 cas du

même genre, Reeves en cite six dans lesquels le pancréas n'était pas en cause.

Mais, les rapports étroits qui unissent le canal cholédoque et le canal de Wirsung font que, le plus souvent, ces deux conduits sont oblitérés du même coup et la *stéatorrhée*, en pareil cas, est en quelque sorte la résultante de cette double oblitération.

Lorsqu'on veut rechercher ces symptômes, il ne faut pas oublier que la graisse apparaît physiologiquement dans les selles chez les individus qui en consomment beaucoup dans leur alimentation, chez ceux qui prennent de l'huile de foie de morue, de l'huile de ricin. Ce sont là, bien entendu, des circonstances dont il faut savoir tenir compte. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

La collation des grades.

C'en est fait ; à la majorité de cinq voix, le Sénat a maintenu l'œuvre de l'Assemblée nationale et décidé que les facultés catholiques partageraient avec l'Etat le droit de conférer les diplômes professionnels. A voir la tournure qu'avait prise le débat, on pouvait pressentir ce résultat. On n'agitait plus une question d'enseignement ; on ne discutait plus sur le droit et les devoirs de l'Etat ; à mesure que le débat avançait, tout en paraissant de plus en plus s'élargir, il se réduisait en réalité de plus en plus à une mesquine affaire de tactique politique. Il ne s'agissait plus de savoir si l'Etat, garantissant les capacités, avait seul droit de les vérifier, mais bien de faire prendre couleur au Sénat, de l'amener à soutenir ou à combattre le ministère. C'est dire que, le terrain de la lutte changeant absolument, elle n'offre plus qu'un médiocre intérêt au point de vue de ce journal. Et si nous rendons compte de cette discussion dernière, c'est parce qu'elle est la dernière ; ayant fait passer depuis deux ans, sous les yeux de nos lecteurs, les diverses péripéties de la lutte engagée, il est de notre devoir de leur résumer les incidents de la scène terminale. La crainte de les fatiguer aurait pu seule nous arrêter dans une tâche fastidieuse s'ils étaient obligés de nous suivre ; comme il n'en est rien, nous irons jusqu'au bout, au risque d'y aller seuls.

M. Challemel-Lacour a ouvert la discussion par un discours éloquent, mais sortant déjà par moments de la question où les partisans du projet Waddington auraient dû s'enfermer étroitement. On a dit que la liberté d'enseignement n'allait pas sans la liberté des programmes et des méthodes, et que certes ils étaient incompatibles avec le mode actuel des examens; M. Challemel-Lacour n'a pas eu de peine à démontrer que si l'argumentation était solide, il faudrait non pas modifier, mais supprimer tout examen ; en réalité, il affirme que les programmes n'ont jamais réussi à régir et à dominer l'enseignement du professeur. Quant à croire que le projet compromettra l'existence des Universités nouvelles, M. Challemel s'y refuse par respect pour les pères de familles dont les inquiétudes et les alarmes pour la conscience et la foi de leurs enfants, obligés jusqu'ici de s'asseoir au pied des chaires de pestilence, ont été le grand argument invoqué par les promoteurs de la loi du 12 juillet. M. Challemel ne croit pas que ces pères de familles jouent le salut éternel de leurs fils contre une chance de plus à l'examen. Se laissant aller de plus en plus à l'illusion, il abandonne le terrain de la collation des grades pour porter la discussion sur le rôle que doit garder l'Etat vis-à-vis des prétentions de l'église, pensant peut-être qu'en démontrant l'incompatibilité des idées modernes avec le *Syllabus*, il rallierait quelques voix au projet de loi. De toute cette partie de son discours, nous n'avons rien à retenir ici. M. Challemel revient ensuite au jury institué par la loi de juillet qui a, suivant lui et quoi qu'en dise M. Paris, le tort de reproduire le système belge avec quelques défauts en plus. Le jury belge est le même pour tous les candidats; le jury Paris crée deux catégories de candidats (on peut même dire trois), car les élèves des Facultés libres peuvent choisir la juridiction qui leur paraîtra la plus favorable. Le système belge, plus équitable, est tombé, repoussé par les catholiques eux-mêmes, après avoir tourné au détriment des bonnes études, à la déconsidération des Universités. En face de ce résultat, M. Challemel-Lacour demande le retour à l'ancien système qui depuis soixante ans a fait ses preuves.

M. Wallon reconnaît que les adversaires des jurys mixtes ont parfaitement raison ; c'est pourquoi il n'est pas de leur avis. Il ne se plaindrait pas de voir la collation rendue aux Facultés, il ne s'associe pas aux griefs articulés contre elles ; nul, selon lui, n'a le droit de mettre en doute leur impartialité et leur compétence ; il reconnaît que la liberté de l'enseignement et la collation des grades sont deux choses distinctes et même indépendantes ; c'est pourquoi il ne peut refuser aux Facultés libres une certaine participation à la collation des grades.

On le voit, M. Wallon a une logique toute particulière, et son dévouement à l'Université se manifeste d'une façon bizarre. M. Wallon nie que le jury mixte, n'existant que pour les élèves des Facultés libres qui voudront bien s'y soumettre, ne ressemble en rien au jury belge, obligatoire pour tous. Les professeurs y sont mêlés, mais les élèves ne le sont pas ; donc, pas de transactions, de tempéraments préjudiciables aux études, pas de professeurs se faisant les avocats de leurs élèves, faisant échange de complaisances. M. Wallon a raison, mais il reste à savoir si les professeurs de l'Etat se sentiront bien libres. Quant au droit de l'Etat, M. Wallon pressent qu'il n'est nullement sacrifié parce que l'Etat délègue ses pouvoirs à des juges choisis dans des conditions déterminées ; ces conditions mêmes, qui limitent étroitement le choix du Ministre, sont des obligations dont celui-ci ne peut que le féliciter. Si on le pressait un peu, M. Wallon dirait que l'étroitesse des limites dans lesquelles le Ministre peut choisir, assure d'autant mieux la liberté de ses choix. Enfin, comme dernier argument, M. Wallon soutient que l'adjonction des professeurs libres aux professeurs de l'Etat, empêchera ce dernier de se laisser aller à une douce somnolence pendant les examens.

Le malheur est que, d'après M. Wallon lui-même, il n'y aura qu'un candidat sur cent jouissant de ce précieux privilége de passer leurs examens devant un jury éveillé. Il semble qu'il serait juste d'étendre cet avantage aux élèves des Facultés de l'Etat, à moins qu'il ne valût pas la peine, comme l'insinue M. Picard, de le créer pour le si petit nombre des autres.

A côté de cette argumentation spécieuse, on trouve, d'ailleurs, dans le discours de M. Wallon l'aveu que la campagne en faveur de l'enseignement libre a bien eu un peu le caractère d'une campagne dirigée contre les Facultés de l'Etat, qu'il aurait fallu fermer, si tout ce qui a été allégué

contre elles avait un caractère de généralité. Il termine en proposant l'ajournement dans un but de conciliation.

M. Foucher de Careil dit que la Belgique a tenté pendant quarante ans, à l'aide de cinq lois différentes, de concilier la liberté d'enseignement avec les jurys d'examen; de cette impasse, elle tend à sortir en supprimant les grades, en établissant la liberté professionnelle. La liberté d'enseignement est un droit individuel, la surveillance, le contrôle est le droit de l'Etat, que l'on ne peut abandonner.

Le droit, l'histoire et la logique sont d'accord pour faire de la collation des grades, un attribut de la puissance publique. Bien plus, les adversaires de l'Etat lui reconnaissent ce droit et l'invitent à en user *autocratiquement*, mais par délégation aux facultés libres. En passant, M. Foucher de Careil indique, sans la pousser à fond, une démonstration par l'absurde. D'autres ministres que celui de l'instruction publique exercent, dit-il, le droit de contrôle sur l'enseignement; il aurait dû demander pourquoi on n'ose pas réclamer un jury mixte pour les examens de l'Ecole polytechnique, par exemple. Il est évident que tous les arguments invoqués pour les autres examens sont valables pour ceux-là.

Quant au jury mixte, M. Foucher de Careil signale un inconvénient inévitable. Il y aura des questions réservées, des questions, sur lesquelles, par un accord tacite, pour éviter toute discussion entre les professeurs, les élèves ne seront pas interrogés. Ces questions seront bientôt connues; on ne les étudiera pas, et comme ce sont toujours de hautes questions de doctrine, le niveau des études tombera, comme en Belgique, et pour la même raison. Les jeunes gens des classes dirigeantes perdront le goût des choses de l'esprit. Ce sera l'abaissement intellectuel du pays.

M. Dupanloup ne croit pas que le jury belge ait amené le déclin des études; il proteste qu'il n'y a aucune incompatibilité entre la société moderne et la foi chrétienne. Il repousse le projet parce qu'il ne tient pas compte du respect dû à la stabilité de la loi, et entre à ce sujet dans de longs développement étrangers à notre cadre; il le repousse encore parce qu'il est le produit d'une pression révolutionnaire; enfin, il le repousse parce qu'il est injuste et viole des droits acquis. M. Dupanloup s'étend longuement sur les sacrifices faits, sur les millions dépensés, les contrats passés avec les professeurs, la confiance des parents, etc. Il néglige seulement de démontrer que tout cela peut constituer des droits contre le droit inaliénable de l'Etat. Venant enfin à la question, M. Dupanloup distingue subtilement entre l'examen et la collation du grade par l'Etat. Les facultés comme les jurys mixtes ne font que donner un certificat sur la vue duquel l'Etat reste libre de refuser le diplôme. C'est vrai, en théorie, et quelquefois en pratique, quand par exemple une thèse est dénoncée comme impie; mais en fait le succès à l'examen entraîne toujours la délivrance du diplôme: qu'un minstre la refuse après examen du jury mixte et nous entendrons des cris d'aigle.

M. Jules Simon s'associe d'abord aux paroles de paix et de conciliation par lesquelles M. Dupanloup a terminé. Puis, il réfute l'accusation adressée au projet d'être inspiré par des passions révolutionnaires; il n'est que l'expression de la volonté du pays. Si d'autres idées l'avaient emporté, on serait venu modifier autrement la loi sans s'inquiéter de la stabilité des lois. Quant aux droits acquis, il reste celui d'enseigner ce qu'on voudra et comme on le voudra; il restera même le droit de délivrer tous les diplômes que l'on voudra, diplômes qui auront la valeur de la Faculté d'où ils viendront; autrement ils n'auront pas d'effets civils, que l'Etat seul peut leur donner. On admet bien que l'Etat déclarant la capacité de tel homme comme avocat ou médecin, doit se renseigner, mais on ajoute qu'il peut se faire renseigner par qui il voudra. Sans doute, mais il ne peut s'adresser qu'à ceux qu'il connaît bien. Or, les Facultés libres, c'est l'inconnu; rien ne garantit à l'Etat la valeur de leurs professeurs, puisqu'il ne peut intervenir dans leur nomination. Et à l'appui de sa démonstration, M. Jules Simon, par excès d'habileté, supposant une Université matérialiste, fait voir que l'Etat serait obligé d'introduire des professeurs matérialistes dans le jury mixte. Cet exemple ne fait pas grande impression et on lui répond qu'on ne choisira pas ces professeurs. M. J. Simon s'est donc trompé s'il a cru effrayer par cette perspective les adversaires du projet; il s'est également trompé dans sa péroraison en leur faisant entrevoir un temps futur où les diplômes des jurys mixtes seront une cause d'exclusion; si parfait chrétien qu'il se soit montré dans tout son discours, on ne le prend pas pour un prophète.

M. Laboulaye regarde le projet comme fâcheux pour l'Université, que la loi de juillet pousse à se modifier, à se perfectionner. Il établit ensuite que pour les grades professionnels, la liberté d'enseignement ne va pas sans la collation des grades, ce que nous avons dit nous-même; il trouve le jury mixte, presque aussi mauvais que le système actuel, propose un jury professionnel assez analogue à celui dont nous avons émis l'idée. Cette communauté d'idées nous flatte, mais ne nous démontre point que le jury mixte soit préférable au système actuel, ni qu'il respecte les droits de l'Etat.

M. Waddington reconnaît qu'en présentant le projet de loi, il a suivi le mouvement de l'opinion publique; après avoir exposé le côté politique de la question, il arrive au Jury mixte et démontre que le choix du ministre ne sera pas libre, puisqu'il sera limité à deux ou trois hommes pour deux ou trois nominations; ce sera la carte forcée; pour les professeurs, choisis, nommés pour propager et défendre certaines doctrines, ils manqueront d'impartialité et il ne peut avoir confiance en eux. Au fond, le jury mixte force l'Etat à mettre sa marque sur les produits de facultés indépendantes de lui. Les institutions d'enseignement secondaire prospèrent sans jury mixte; les facultés peuvent s'en passer; il leur sera peut-être nuisible. M. Waddington se donne ensuite le plaisir de mettre M. Laboulaye en contradiction avec lui-même et à remarquer que la théorie du jury professionnel n'a rien à voir avec la théorie du jury mixte.

Avec M. de Broglie et les orateurs suivants, le débat tourne absolument à la politique, c'est à peine si, de temps à autre, se représentent les mots de jury mixte et de collation des grades. Il s'agit du péril social, du rôle de l'Eglise, de résistance aux passions révolutionnaires, des premiers pas du Sénat, etc. Toutes choses fort intéressantes, mais dont on ne saurait s'occuper ici. E T.

Rétablissement des Cours cliniques dans les asiles d'aliénés.

Nos lecteurs ont partagé le sentiment pénible que causa, il y a deux ans, un arrêté préfectoral, ordonnant la fermeture des cours cliniques dans les asiles d'aliénés.

On se souvient de la vigoureuse campagne que la presse médicale dut alors entreprendre, mais en vain : nous étions sous le règne de l'ordre moral, et les études scientifiques, médicales surtout, n'étaient point favorisées.

Les temps ont changé — et les hommes aussi ; — nous avons trouvé dans nos représentants aux Assemblées des défenseurs actifs et autorisés, et nous apprenons avec bonheur que M. de Marcère vient, sur la demande de MM. Liouville et Robin, de signer la réouverture des cours cliniques dans nos asiles spéciaux, à Sainte-Anne, à la Salpêtrière et à Bicêtre.

A la suite de démarches répétées de M. Liouville auprès de M. Ricard, alors Ministre de l'Intérieur, cette autorisation était sur le point d'être accordée : notre confrère en avait reçu la promesse formelle ; mais malheureusement la mort subite de M. Ricard n'en permit pas la réalisation. Son successeur, s'inspirant de ses idées libérales, après s'être fait rendre compte des prétendus inconvénients qui avaient poussé à la suppression de cet enseignement, indispensable aux études médicales, M. de Marcère n'a pas hésité à revenir sur l'arrêté du préfet de la Seine.

Les cours suspendus pendant deux ans seront repris ; des mesures d'ordre assureront toutes les garanties désirables; ce grand enseignement français, qu'ont illustré tant de noms distingués, peut désormais refleurir pour le plus grand profit de la science et le complément de l'éducation de nos docteurs, des étudiants et de ceux qu'intéresse aussi la médecine légale, cette branche des sciences médicales dont l'enseignement est absolument insuffisant à la Faculté.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 juillet 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. de SINÉTY a eu l'occasion d'étudier la muqueuse utérine après l'accouchement dans deux cas exceptionnellement favorables à l'examen histologique. La première observation concerne une femme qui succomba à une hémorrhagie pulmonaire et chez qui l'on pratiqua l'opération césarienne: la seconde, une femme morte d'éclampsie vingt-deux heures après un accouchement normal. La descriptiou histologique donnée par M. de Sinéty diffère de celle qu'en a donnée Friedländer. Celui-ci, en effet, distingue 2 couches : l'une superficielle composée, de grosses cellules, l'autre, plus profoude, composée de glandes. Pour M. de Sinéty, la séparatiou entre ces deux ordres d'éléments est moins nette: la couche des glandes se continue jusqu'à l'insertion du placenta et, d'autre part, on trouve de grosses cellules dans la profondeur ; on ne saurait attribuer l'adhérence du placenta à la dégénérescence graisseuse des cellules, car, au niveau du point où se détache le placenta il n'y a que fort peu de cellules grosses. Quant à la formation de la nouvelle muqueuse, elle semble se faire aux dépens d'un tissu embryonnaire, composé de petites cellules rondes très-nombreuses, que l'on trouve dans la muqueuse vingt deux heures après l'accouchement. Quant, aux grosses cellules précédemment décrites, elles semblent être non des éléments épithéliaux, mais des cellules plates de tissu conjonctif.

M. LUYS présente à la Société une série de dessins photographiques concernant l'anatomie pathologique de la paralysie générale. M. Luys se rallie aux idées récemment émises, par M. Magnan notamment. Dans la substance blanche, sous l'influence du travail sclérosique, les éléments nerveux sont étouffés, atrophiés, de sorte qu'il se forme des aréoles qui grossissent de plus en plus pour constituer de vrais géodes. Dans la substance grise, le travail irritatif part de la couche sous-méningée et s'étend peu à peu en profondeur pour amener des lésions.

M. BARRIER met sous les yeux des membres de la Société la tête d'un sujet monstrueux de la race bovine, appartenant au genre sphénocéphale, dont il diffère cependant à plusieurs égards.

M. ONIMUS communique les résultats de quelques expériences sur les transformations de l'eau sucrée en présence de la levûre de bière, dans certaines circonstances données.

M. PARROT termine sa communication sur l'anatomie pathologique de l'érythème des nouveau-nés, en décrivant les lésions observées dans la forme papuleuse. Il existe une prolifération des noyaux du derme, si considérable qu'elle en masque tous les autres éléments. Les vaisseaux sont dilatés. La couche cornée est peu modifiée au début ; les cellules du corps muqueux de Malpighi sont sphénoïdales, augmentées de volume. L'ulcération se produit lorsque la couche cornée s'est rompue et que le derme est mis à nu. Au contraire, dans les cas où il y a régression de la papule, on constate une transformation des nouveaux éléments du derme en tissu conjonctif. En résumé, l'érythème vésiculeux a son siége anatomique principalement dans le corps muqueux, l'érythème papuleux dans le derme.

MM. JOLYET et REGNARD communiquent une méthode nouvelle pour le dosage des produits de la respiration. Leur procédé s'applique spécialement à l'étude de la physiologie pathologique. — L'animal eu expérience est en dehors de l'appareil et ne communique avec lui que par un tube muni d'une muselière hermétiquement fermée. Il respire dans une cloche jaugée, munie d'un thermomètre et d'un baromètre. Or, l'animal consomme l'oxygène de cette cloche, aussi un appareil spécial restitue-t-il cet oxygène à mesure qu'il est consommé. L'animal exhale de l'acide carbonique, aussi la cloche est-elle en rapport avec un appareil mis en mouvement par un moteur hydraulique, appareil rempli d'une solution de potasse caustique qui absorbe d'une manière complète l'acide carbonique.

Pour connaître le résultat d'une expérience, on note le temps pendant lequel a respiré l'animal, la pression et la température à la fin et au début, l'oxygène consommé dans le réservoir. L'analyse de la potasse donne la quantité d'acide carbonique produite. Cette analyse de la potasse se fait d'une manière spéciale. On a un grand ballon dont le volume V est connu ; on y fait le vide imparfaitement ; on note la température T et la pression H. Puis, on dégage par un acide plus fort, l'acide carbonique de la potasse. Ou fait passer tout cet acide carbonique dans le ballon V au moyen de la pompe à mercure. On lit la nouvelle pression h' et la nouvelle température t'. Le volume X de l'acide carboniques est alors tiré de l'équation :

$$X = \left(\frac{V \times (H - h')}{H \times 1 + \alpha t'}\right) - \left(\frac{V \times (H - h)}{H \times 1 + \alpha t}\right)$$

Nous ajouterons que MM. Jolyet et Régnard se servent pour leurs expériences de l'oxygène chimiquement pur produit par la décomposition de l'eau provoquée par l'action continue d'une forte pile thermo-électrique de Clamond. — Il est dès lors facile de rechercher la quantité d'azote exhalée par l'animal.

L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 juillet 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

La discussion qui s'est élevée entre MM. Bouillaud et Depaul sur la nature du souffle de la grossesse, a occupé toute la séance de l'Académie. Les deux orateurs n'ont rien ajouté ni rien retranché à leurs précédents discours. Chacun d'eux garde son opinion personnelle. Inutile donc de répéter des choses déjà dites.

M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance de mars 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

25. Fibrôme vasculaire du doigt; par M. Eug. MONOD, interne des hôpitaux.

La nommée M..., âgée de 53 ans, entre le 13 mars 1876, à l'hôpital Cochin (service de M. DESPRÉS). Elle porte une tumeur du volume d'un gros œuf sur le médius de la main gauche. Cette tumeur recouvre la 2e phalange dans toute son étendue, elle empiète sur la 1re et la 3e. La peau qui la recouvre est tendue, lisse, violacée. La tumeur n'est pas fluctuante; elle est plutôt molle que dure, résistante par places, offrant dans d'autres points une consistance élastique, notamment à la base. Cette consistance fait penser à un enchondrôme. Elle est mobile sur les parties profondes, sauf au niveau de l'articulation de la 1re phalange avec la deuxième, point qui parait être le lieu d'implantation de la tumeur.

Le début de l'affection remonte à 33 ans. La malade à cette époque prenait son mal pour une petite verrue.

L'accroissement a été lent, régulier, absolument indolent; cependant la marche parait avoir été un peu plus rapide depuis cinq ans. Tous les mouvements des phalanges étaient conservés; la malade éprouvait seulement un certain degré de gêne fonctionnelle en rapport avec le volume de la tumeur. Il y a trois semaines, sans cause appréciable, la tumeur devint rouge, douloureuse, et il ne tarda pas à se produire sur la partie culminante une large ulcération elliptique qui laissait suinter un liquide sanieux. La malade réclamant l'opération, M. Després pratiqua l'amputation du doigt dans la continuité.

Après avoir incisé la tumeur, on constate que la phalange est intacte; le tendon de l'extenseur, très-aminci, est sous-jacent à la tumeur, qui ne lui adhère pas; elle n'adhère pas davantage à la peau, et parait être énucléable dans toute son étendue, excepté à la partie postérieure, où elle semble se fusionner avec le tissu fibreux périarticulaire.

A la coupe, la tumeur présente deux aspects différents. La *périphérie* a l'apparence d'un tissu amorphe, d'un gris jaunâtre, dur, translucide, offrant une analogie d'aspect avec le cartilage, et parsemé de taches rougeâtres. La *partie centrale* est plus molle et souvent plus rouge; ce point ressemble à un véritable foyer hémorrhagique.

Examen histologique. — La pièce a été examinée au microscope par M. Charles Monod. Voici les résultats de cet examen. La tumeur présente deux aspects bien différents suivant la région qu'on examine. Sur un fragment pris à la surface de la tumeur, on reconnait l'existence d'un tissu fibreux dense, pauvre en éléments cellulaires; on ne trouve nulle part d'éléments cartilagineux. Par places apparaissent, dans les points qui correspondent aux taches rougeâtres signalées plus haut, de nombreuses dilatations vasculaires. En se rapprochant du centre, on voit des espaces sanguins reconnaissables aux globules rouges et blancs qui les remplissent; ces espaces communiquent les uns avec les autres et constituent un véritable tissu caverneux. Enfin un autre fragment, détaché de la partie profonde de la tumeur, de celle qui parait se fusionner avec les tissus fibreux du doigt, est constitué au microscope par un tissu fibreux jeune encore, formé par des faisceaux de tissu conjonctif présentant leur aspect ondulé caractéristique, avec des éléments cellulaires disséminés. A ce niveau, on constate également, mais dans une proportion beaucoup moins considérable, des capillaires dilatés restant partout indépendants. Il est clair que cette portion de la tumeur est à une période de développement moins avancée que la précédente.

En somme, de ces différents examens résulte que la tumeur est un *fibrôme*, subissant par places la transformation caverneuse. Ce fait est donc un exemple très-net de *fibrôme téangiectasique.*

M. DESPRÉS. J'ai cru devoir faire ici l'amputation plutôt que l'ablation simple de la tumeur, parce que cette dernière aurait, sans aucun doute, fait courir de grands dangers de mortification du doigt.

26. Fracture du crâne.—Hémorrhagie méningée.—Contusion cérébrale. — Rupture du rein droit. — Contusion centrale du foie sans lésion superficielle; par Maurice LETULLE, interne des hôpitaux.

Lefort, Jean, 18 ans, entre le 16 mars 1876, à la Charité (service de M. TRÉLAT). Il vient de tomber d'un quatrième étage, a eu trois vomissements alimentaires depuis l'accident, et est resté plongé dans le coma.

1 *heure* 1/2. — Etat comateux, respiration lente et plaintive; immobile dans son lit, les yeux fermés, porte au niveau de la région orbitaire externe, à droite, une énorme ecchymose avec épanchement sanguin diffus. La paupière supérieure est tuméfiée et noirâtre. La région pariéto-temporale droite est également le siége d'un épanchement séro-sanguin considérable et profond.

Les pupilles sont inégales; la droite est moyennement dilatée; tandis que la gauche est largement dilatée, l'iris de ce côté forme une petite zone brunâtre large de 2 millimètres au plus. Toutes deux d'ailleurs sont absolument insensibles à la lumière. Epistaxis abondante aussitôt la chute, le sang ne s'écoule plus; rien par les oreilles.

Par instants le malade sort de son immobilité, surtout lorsqu'on lui ouvre les yeux, il soulève les deux mains et s'efforce de repousser la main qui le touche. En dehors de ces mouvements lents, la résolution des 4 membres est complète et parait aussi marquée à gauche qu'à droite. Léger trismus. P. 84. Le pouls est large et plein, régulier. T. A. 36°,4— pas de convulsions apparentes.

5 *heures.* — A vomi du sang en caillots avec ses aliments. Le coma persiste; respiration stertoreuse, 20 à 25 par minute. Le pouls est dur, bondissant P. 120; T. A. 37°,6. Anesthésie absolue. Par instant, la résolution cesse, la sensibilité parait renaitre, le trismus apparait, une salivation assez abondante se fait, en même temps que se montre une contracture passagère dans les membres supérieurs et inférieurs. Légère contracture des muscles de la nuque. A rendu quelles gouttes d'une urine sanguinolente, pas d'érection. N'a pas rendu un lavement purgatif administré.

7 *heures.*— 38°,7; le pouls est inégal, irrégulier, à 132; même état.

A 8 *heures.* — 38°,7. — Mort à 9 heures du soir, huit heures après l'accident.

AUTOPSIE. *Crâne.* Enorme épanchement sanguin sus-péricrânien, au niveau de la région pariétale droite. Le péricrâne qui recouvre la partie centrale du pariétal est soulevé par une collection sanguine abondante au milieu de laquelle on aperçoit une boue grisâtre constituée par de la substance cérébrale.

Face convexe du crâne. Fracture étoilée, formée aux dépens du pariétal droit et partant de la base pariétale comme centre. De ce centre rayonnent sept à huit branches qui vont se perdre, les unes au niveau de la suture occipito-pariétale, les autres en avant vers la suture fronto-pariétale; enfin les dernières montent obliquement vers la suture bi-pariétale, qu'elles ne dépassent pas.

Base du crâne. Seconde fracture du crâne, mais fracture de la base, celle-ci, qui partant exactement de l'apophyse orbitaire externe du frontal droit, traverse obliquement la voûte orbitaire en décrivant une ligne brisée en forme de Z. Le trait de la fracture gagne ensuite la partie la plus reculée de la base de l'apophyse crista galli, divise en plusieurs petits fragments mobiles la lame criblée de l'ethmoïde, et passe alors à gauche de la ligne médiane.

Il détache de ce côté la petite aile du sphénoïde de la suture spheno-frontale, traverse ensuite la fente sphénoïdale à sa partie la plus interne, passe transversalement dans la fosse sphénoïdale où il se perd, après avoir toutefois envoyé une branche qui traverse le petit trou rond et vient se terminer dans la suture pétrosphénoïdale qu'elle a écartée. Epanchement sanguin abondant dans le tissu cellulaire de l'orbite.

Encéphale. Hémisphère cérébral droit, sur la face convexe du lobe sphénoïdal à la partie la plus reculée de la scissure de Sylvius, plaque de la largeur d'une pièce de 2 francs où la couche corticale est le siége d'une contusion manifeste.

Hémisphère cérébral gauche, le lobe frontal porte, au niveau

de la partie la plus élevée des première et deuxième circonvolutions frontales, un petit foyer d'hémorrhagie sous-arachnoïdienne de la largeur d'une pièce de 1 franc.

Le lobe sphénoïdal est le siége d'une énorme contusion qui s'étend de deux travers de doigts en arrière de la circonvolution marginale inférieure, à un centimètre à peine de la pointe du lobe occipital, remonte en avant, sur le lobe sphéno-occipital jusqu'à la circonvolution marginale qu'elle n'entame pas.

Le reste de l'encéphale est sain. Mais dans la cavité arachnoïdienne du côté gauche, on trouve, recouvrant toute la surface inférieure et la plus grande partie de la surface convexe de l'hémisphère cérébral, une collection sanguine abondante constituée par du sang noirâtre, coagulé, cruorique, dont la quantité totale a pu être évaluée à une centaine de grammes, et dont l'origine paraît être la méningée moyenne déchirée par le trait de fracture qui passe sur le trou petit rond.

Sur les différentes coupes on constate que la lésion pour les différents points contus, ne porte que sur la substance grise corticale, et encore la désorganisation n'atteint-elle pas toute l'épaisseur de la substance grise des circonvolutions.

Cavité thoracique. Adhérences anciennes de la base du poumon gauche. Au niveau du lobe inférieur droit, face pariétale, ecchymose sous-pleurale. On trouve sur le lobe moyen gauche, face extérieure de ce lobe, quelques points au niveau desquels le parenchyme pulmonaire sous pleural paraît être le siége de petits foyers d'hémorrhagie.

La languette antérieure du poumon adhérente au feuillet pariétal du péricarde présente une large ecchymose dans les néo-membranes qui la rattachent au péricarde.

Légère congestion aux deux bases des poumons.

Un peu d'emphysème inter-alvéolaire au niveau du bord marginal inférieur du poumon gauche.

Au-dessous de la plèvre diaphragmatique, le long des vaisseaux qui sillonnent la face convexe du diaphragme, quelques ecchymoses à gauche; à droite énorme ecchymose occupant le quart de la surface diaphragmatique.

Cœur. Péricarde rien; cœur gauche absolument sain; au-dessus des valvules aortiques, quelques petites plaques blanchâtres, mollasses, ressemblant à des plaques d'athérome naissant. Aucune lésion des orifices.

Cavité abdominale. La cavité péritonéale est intacte et ne contient pas une goutte de sang. Mais le péritoine pariétal, au niveau du mésocôlon ascendant est soulevé en masse par une énorme collection liquide noirâtre, sang épanché qui a fusé en certains points sous le péritoine viscéral, formant ainsi de larges ecchymoses péri-intestinales. On voit cette collection formée par 800 à 900 grammes de sang cruorique en avant de la 2e portion du duodenum.

C'est le rein droit qui est le point de départ de cette hémorrhagie sous-péritonéale; l'atmosphère cellulo-adipeuse de cet organe est, en effet, infiltrée d'une quantité considérable de sang cruorique, en sorte que le rein se trouve noyé au centre d'un énorme caillot. Sur une coupe de cet organe, on constate qu'il a été absolument rompu, à peu près au niveau de sa partie moyenne; les deux fragments déchiquetés, irréguliers, sont séparés par un caillot volumineux qui remplit les calices et le bassinet, et se continue dans l'uretère.

Le sang collecté dans la région rénale a fusé le long du psoas iliaque, au-dessus du faca iliascia, et a rempli la fosse iliaque, soulevant le côlon ascendant et le cæcum. On trouve le long des vaisseaux spermatiques, jusqu'au fond du scrotum, une ecchymose qui s'arrête au-dessus de l'épididyme. Rien dans la vaginale; aucune lésion du testicule.

Foie. — La surface de la glande hépatique est intacte; mais, dans l'épaisseur même du parenchyme du lobe droit, on découvre, sur les différentes coupes, trois foyers d'hémorrhagie, au niveau desquels le tissu de l'organe est complètement désagrégé, et forme ainsi une cavité remplie par du sang et par le foie désorganisé, et dont les parois sont irrégulières, anfractueuses. Ces trois points de contusion profonde ne communiquent pas entre eux et sont séparés par des portions du parenchyme sain.

Au niveau de la vessie, quelques ecchymoses dans le tissu cellulaire sous péritonéal. La muqueuse vésicale est saine; la vessie contient une quantité considérable d'urine brunâtre, sanguinolente dans laquelle on trouve deux caillots assez volumineux.

Aucune fracture des côtés, ni du bassin.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru digne d'être rapportée en détails : Nous avons pu suivre en effet la marche de la température et nous l'avons vue monter de 36,4 au moment de l'accident à 38,7, l'état du pouls a été remarquable; de 84 il a atteint 132, et en même temps que cette ascension rapide, les irrégularités apparaissaient.

Notons enfin l'inégalité pupillaire, la résolution des membres et le coma, interrompu par instants par des contractures, ensemble symptomatique qui permit de penser à l'existence d'une hémorrhagie méningée. Signalons encore ce fait, l'hématurie qui devint l'indice d'une lésion viscérale profonde,

Sans vouloir insister sur les altérations constatées à l'autopsie, nous ferons remarquer : l'existence d'une double fracture du crâne, fracture de la voûte (région pariéto-temporale droite) et fracture de la base qui, partant également de la région sus-orbitaire droite, gagne obliquement le côté gauche et va rompre l'artère méningée moyenne, déterminant l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne signalée.

Cette double fracture, les lésions hépatiques et rénales prouvent que le traumatisme, ou même les traumatismes ont porté tous à droite : Dans le récit de l'accident fait par les compagnons du malade, nous avons relevé ce fait que la chute s'était produite en deux temps, le corps ayant rebondi sur un toit voisin avant de toucher terre.

Les deux fractures du crâne paraissent en effet s'être produites en deux fois, par suite probablement du double traumatisme.

Nous ferons remarquer en terminant la rupture du rein droit, déterminée sans la moindre lésion des parois abdominales, la contusion profonde de foie, sans déchirure superficielle et sans épanchement dans la cavité péritonéale.

Enfin, les deux foyers de contusion cérébrale qu'on trouve aux deux extrémités d'un diamètre qui traverserait obliquement les hémisphères cérébraux, la contusion cérébrale droite au niveau de la fracture de la voûte est la moins étendue, quoiqu'elle réponde au point où porte le traumatisme ; tandis que l'hémisphère cérébral gauche est le siége d'une contusion beaucoup plus considérable et déterminée vraisemblablement par le contre-coup supporté par la masse cérébrale.

27. Tumeur du foie.— Epithéliome adenoïde enkysté ; par DELAUNAY, interne des hôpitaux.

Willot, P.-A., 63 ans, entre le 11 mars à l'hôpital Saint-Antoine (Service de M. RIGAL.) — Le malade présente les symptômes d'une cachexie profonde, il est amaigri, les traits sont tirés, le teint est jaune-terreux; le ventre contraste avec le reste du corps. Il est, en effet, fortement ballonné; les intestins sont distendus par les gaz qu'ils contiennent et l'ascite, qu'on avait cru au premier abord exister en assez grande abondance, est à peine appréciable. Le liquide épanché dans la cavité péritonéale peut être évalué tout au plus à un ou deux litres. Les membres inférieurs sont légèrement œdématiés.

Le malade ne se plaint que d'une légère douleur de côté existant à gauche et rapportée par lui à une chute qu'il fit il y a six semaines et dans laquelle il tomba sur une chaise. Depuis cette époque il n'a pu travailler. Mais, jusque-là, il avait continué, sans interruption, son état de cordonnier.

L'examen des divers organes nous révèle une insuffisance mitrale avec une légère congestion pulmonaire et une augmentation de volume du foie qu'on attribue tout naturellement à l'affection cardiaque. La rate paraît présenter un volume normal. L'œdème des membres inférieurs et l'épanchement abdominal furent considérés comme ayant la même origine. — Le diagnostic fut donc : *insuffisance* mitrale avec *cachexie sénile* précoce.

Les quelques jours qui suivirent l'entrée du malade à l'hôpital ne furent caractérisés que par une augmentation peu con-

sidérable de l'ascite; mais le vendredi 17, à 5 heures du soir, le malade fut subitement pris de vomissements de sang très-abondants, qui continuèrent pendant la nuit et la journée du lendemain, sans qu'il fut possible de les arrêter; le sang fut également rendu en abondance par les selles, et le samedi 18, à 3 heures du soir, le malade succombait à ces hémorrhagies incoërcibles.

Autopsie. Elle fut pratiquée le lundi 20, à 9 heures du matin, 36 heures environ après la mort. L'hémorrhagie qui avait enlevé le malade s'était faite dans l'estomac et le gros intestin. Ils étaient encore remplis de sang, tandis que l'intestin grèle n'en contenait aucune trace. Le siége précis fut impossible à déterminer. On trouva de 3 à 4 litres de liquide dans la cavité abdominale.

Le foie était plus volumineux qu'à l'état normal. Son poids dépassait, en effet, 2,500 grammes.

Il était granuleux à sa surface, très-résistant et manifestement cirrhotique. Il n'adhérait pas aux organes voisins et n'offrait extérieurement rien d'anormal sauf la cirrhose.

A la coupe on trouva à 1 centimètre et demi de profondeur environ enveloppée de tous côtés par le tissu sclérosé de l'organe, une masse jaunâtre, ramollie, ayant la consistance d'une masse caséeuse, se laissant pénétrer très-facilement par le doigt et présentant une grande tendance à s'énucléer. La couleur jaune n'existait qu'en certains points en raison des hémorrhagies qui s'étaient faites çà et là dans les autres parties et leur donnaient une coloration noirâtre.

Le volume de cette tumeur peut être évalué approximativement à celui des deux poings. Elle formait à peu près à elle seule le tiers du volume total de l'organe.

Située à l'union des deux lobes · elle est en grande partie contenue dans le droit et n'est séparée de la face supérieure que par une épaisseur de un à un centimètre et demi du tissu hépatique. Elle est séparée de la face inférieure par une quantité un peu plus considérable.

L'extrémité droite du lobe droit est uniquement formée par le tissu sclérosé de l'organe et peut comprendre le tiers de son volume total, le troisième tiers étant formé par le lobe gauche.

La tumeur est limitée à sa périphérie par une espèce de coque fibreuse épaisse de plusieurs millimètres qui envoie quelques prolongements de même nature dans son intérieur.

Cette enveloppe fibreuse qui isole la tumeur du tissu hépatique paraît pouvoir se séparer assez facilement de ce dernier au moins sur certains points dans le voisinage des coupes qui ont été faites. — La *vésicule biliaire* est saine et le pédicule du foie ne présente rien d'anormal.

La *rate* est sclérosée et offre à peu près son volume normal. Sa consistance et sa couleur sont seuls modifiées.

Le *cœur* n'est pas hypertrophié et présente une insuffisance mitrale peu prononcée.

Les valvules sont épaisses et un peu déformées, mais n'ont pas dû entraîner un trouble considérable du côté de la circulation.

Examen histologique de la tumeur. — La tumeur confiée à M. Gombaut du laboratoire de M. Charcot a été soigneusement examinée et le résultat de cette étude nous a été communiqué dans les termes qui suivent : Le foie qui nous a été remis présentait dans une de ses parties une grosse masse ramollie, et entourée d'une membrane fibreuse intimement unie par sa surface à la substance hépatique et émettant dans l'épaisseur de la masse ramollie un certain nombre de grosses travées.

De la masse en question on n'obtenait par le râclage que des cellules infiltrées de granulations graisseuses mélangées avec des globules du sang.

Sur les coupes pratiquées après durcissement, on voit que cette masse est constituée essentiellement par des cylindres remplis de cellules en dégénération graisseuse. Ces cylindres sont limités par une membrane très-mince pourvue de noyaux de distance en distance. Ils sont assez réguliers, ne présentent que de très-légères ondulations, *mais parfois* on les voit s'anastomoser ou se ramifier. Dans une même région ils affectent par rapport les uns aux autres une direction parallèle, et dans bon nombre de coupes, ils apparaissent comme autant d'espace arrondis remplis par des cellules. Une très-faible quantité de tissu conjonctif est interposé entre eux.

En raison de la dégénération graisseuse très-prononcée qui les a envahies, les cellules qui remplissent ces canaux sont difficiles à distinguer les unes des autres et on ne peut pas se rendre compte de leur mode d'arrangement.

De distance en distance de grands tractus fibreux divisent le tissu morbide en ilots. Dans un grand nombre de points ce tissu est détruit par de vastes épanchements sanguins.

Dans le reste du foie, on ne rencontre pas d'autre tumeur distincte mais on reconnaît qu'un grand nombre de canaux sont obstrués par une sorte de bouillie blanchâtre, qu'on fait sourdre par la pression à la surface de la coupe sous la forme de petits cylindres. Cette bouillie est constituée presqu'exclusivement par des cellules cylindriques à noyaux volumineux.

Le tissu du foie est manifestement granuleux comme dans la cirrhose avancée.

L'examen microscopique montre en effet une cirrhose très-prononcée et surtout périlobulaire, remarquable par la présence, au milieu du tissu conjonctif, d'un grand nombre de canalicules biliaires, pourvus d'un petit épithélium cubique. Les espaces conjonctifs périlobulaires sont en même temps infiltrés par une quantité considérable de leucocytes accumulés de distance en distance en amas distincts. Souvent ces amas paraissent contenus dans une lacune lympbatique dilatée.

Les ramifications de la veine porte sont en grand nombre oblitérées. Cette oblitération est produite par un tissu formé de grosses cellules soudées les unes aux autres et assemblées de façon à former des cylindres. (On voit habituellement ces cylindres coupés transversalement).

Ces cylindres paraissent pleins et on n'y distingue pas de cavité. Le bouchon épithélial n'a pas contracté d'adhérences solides avec la paroi veineuse, il s'en détache avec la plus grande facilité, et celle-ci ne paraît pas modifiée notablement dans sa structure.

Les gros canaux biliaires sont remplis par des cellules épithéliales, mais elles ne présentent ici, dans leur mode d'arrangement, aucune disposition particulière. Il semble qu'il s'agisse d'un simple catarrhe.

En résumé, tumeur volumineuse, entourée d'une sorte de membrane kystique, constituée suivant toute vraisemblance par des éléments épithéliaux en dégénération graisseuse et dont le tissu a été inondé dans une grande partie de son étendue par de vastes épanchements sanguins. Dans les ramifications de la veine porte, développement d'un tissu analogue à celui de la tumeur principale, et constitué manifestement par des cellules épithéliales, et d'un autre côté, catarrhe des voies biliaires, développement anormal du réseau des canalicules extra-lobulaires, cirrhose hépatique périlobulaire. Telles sont les altérations qui ont été constatées.

Quant à la nature de la tumeur, il paraît naturel de penser, en raison de son enkystement, de la disposition de ses parties constituantes, de la structure des bourgeons qui occupent les ramifications de la veine porte, qu'il s'agit, dans ce cas, de la variété de tumeurs épithéliales décrite sous le nom d'adénome du foie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 juillet 1876. — Présidence de M. Houel.

M. Boinet fait hommage à la Société de la deuxième édition de son ouvrage sur les ovaires et l'ovariotomie.

M. Larrey fait hommage à la Société d'un livre de M. Brigham de San-Francisco, intitulé : *Cas de chirurgie* (avec planches. — M. Houel dépose sur le bureau un travail de M. Henri Armagnac, sur la greffe animale et ses applications en chirurgie.

M. Houel est chargé de communiquer à la Société la thèse inaugurale de M. Reclus, intitulée « *Du tubercule du testicule et de l'orchite chronique.* » Cette thèse est présentée au concours pour le prix Laborie.

M. Anger lit un rapport sur le travail de M. Nepveu, relatif aux « Lymphangiectasies ganglionnaires.»

M. Houel annonce à la Société la candidature de M. Terrillon à une place vacante de membre titulaire.

M. Polaillon présente des pièces proveuant d'un enfant chez lequel il a pratiqué l'opération de l'anus artificiel, à la Maternité de l'hôpital Cochin. Cet enfant, venu à terme, était bien conformé. Il pesait 3.350 gr. Tous les orifices naturels présentaient leur conformation normale. Cinq heures après l'accouchement, survinrent chez ce nouveau-né des vomissements muqueux dans lesquels se trouvait mêlée une certaine quantité de méconium. Mais il n'y avait pas d'écoulement de méconium par l'anus. Chaque fois que l'enfant avait tèté, un vomissement se produisait. Le ventre était ballonné. Ttrois lavements simples ne déterminèrent pas l'apparition de la moindre quantité de méconium.

L'anus étant parfaitement conformé, on diagnostiqua un étranglement interne ou une obstruction de l'intestin, et on pratiqua l'entérotomie. L'opération ne présenta rien de particulièrement intéressant; on remarqua seulement une hypertrophie considérable de l'anse intestinale sur laquelle fut faite l'ouverture. — L'opération fut bien supportée. Le méconium s'écoula par l'orifice artificiel. Néanmoins, les accidents du choléra herniaire ne tardèrent pas à se manifester et l'eufant succomba. L'autopsie fit constater l'existence d'une obstruction située à 64 centimètres de l'estomac, et consistant dans un cordon plein de 3 centimètres de longueur entre le bout supérieur et le bout inférieur. Le diamètre de l'intestin était notablemeut augmenté au dessus de l'obstacle et considérablement diminué au-dessous. Rien au péritoine. — Cette observation est intéressante, en ce seus, que les malformations de l'intestin grêle sont rares à la partie moyenne. Elles siégent de préférence à l'une ou l'autre des deux extrémités, au duodénum ou au cœcum. Baron (1826), Billard, Forster (1861), citent des cas d'oblitération du duodénum par le cordon plein qui a été censtaté dans l'observation actuelle. M. Depaul (1859) a aussi publié trois cas d'oblitération de l'intestin grêle vers l'extrêmité inférieure. Au poiut de vue physiologique, le cas présent a un certain intérêt; il fait voir que la sécrétion du méconium se produit surtout dans la partie supérieure de l'intestin et particulièrement daus le voisinage des conduits de sécrétion de la bile. Enfin, cette observation, sous le rapport de l'iudication opératoire, uous avertit encore de la nécessité qu'il y a à pratiquer l'entérotomie de très-bonne heure.

M. Ledentu pense que M. Polaillon a bien fait d'insister sur l'opportunité des opérations hâtives. Dans le cas de M. Polaillon, il est difficile de dire ce qui se serait passé si l'opération avait été faite un peu plus tôt. Toutefois, M. Ledentu incline à croire que la vie eût été bien difficile, en raison de la faible portion d'intestin grèle réservée pour l'avenir aux phénomènes digestifs. M. Polaillon estime que, dans certains cas, on peut attendre une dilatation plus considérable de l'ampoule intestinale ; c'est peut être une imprudence. L'interventiou hâtive semble toujours préférable.

M. Marjolin. Il est regrettable qu'en pareille circoustance les enfants à Paris soient présentés si tard aux chirurgiens. Il arrive fréquemment qu'on ne les amène à la consultation de l'hôpital que le quatrième ou cinquième jour. Il serait bon que les sages-femmes fussent prévenues des dangers que peut entraîner un pareil retard.

M. Panas fait un rapport-verbal sur l'observation d'ectropion qui a été communiquée par M. Brière (du Hâvre). Cet ectropion était consécutif à une carie des os de l'orbite, et les altérations osseuses avaient permis à la paupière d'attirer au dehors une partie de la glande lacrymale qui se trouvait ainsi en quelque sorte luxée de sa situation naturelle. L'opération fut très-heureuse, et la glande put être recouverte. Pourtant, il resta au uiveau de la commissure externe un écartement de 3 ou 4 millimètres, auquel M. Brière pense pouvoir remédier un jour. L'allongement de la paupière qui était de 22 millimètres, et sur lequel M. Brière insiste particulièrement, n'est pas un fait bien rare. Mais il résulte de cet allongement que pour rendre à la paupière sa disposition normale, on est obligé d'exciser une certaine partie de son étendue.

M. Larger lit une note sur une modification de l'application des sutures sanglantes en général. Une commission composée de MM. Lucas-Championnière, Ledentu et Lauuelongue est chargée de faire un rapport sur ce travail.

E. Brissaud.

BIBLIOGRAPHIE.

Contribution à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétale ; par le Dr Landouzy. — J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

M. le docteur Landouzy a choisi, comme sujet de thèse inaugurale, l'étude *des convulsions* [et *paralysies liées* aux *méningo-encéphalites fronto-pariétales*.

Les ouvrages classiques les plus récents enseignent que les convulsions sont produites par une irradiation réflexe venant agir sur le bulbe dans le cas de couvulsions générales ou sur des parties limitées de ce dernier organe ou de la moelle, dans le cas de convulsious limitées; or si la théorie des réflexes peut, jusqu'à un certain point, rendre compte de l'apparition des couvulsions généralisées, il n'eu est point ainsi à l'égard des convulsions partielles, ou du moins il est bien plus difficile de le comprendre.

La physiologie du cerveau vient dans ces dernières années, d'être profondément modifiée par la théorie des localisations cérébrales; la clinique a mis sur la voie les expérimentateurs.

Les travaux de *Hughlings-Jackson* et ceux de l'école de la Salpêtrière ont précédé, et ensuite confirmé les données de l'expérimentation. Tous les physiologistes et tous les cliniciens n'ont pas encore accepté la nouvelle doctrine ; cependant dégagée de toute idée théorique préconçue, en n'envisageant simplement que les faits, elle est certainement celle qui rend le mieux compte des symptômes, de leur production, de leur enchaînement, de leurs caractères particuliers, et c'est ce qu'a parfaitement compris M. Landouzy.

Il étudie, tout d'abord, la théorie classique des convulsions dans la méningite tuberculeuse; il montre ensuite comment les *convulsions partielles* échappent à cette théorie.

Après avoir précisé le siége des lésions qui, dans la méningite tuberculeuse, commandent les troubles moteurs (les observations produites sont probantes), il étudie deux chapitres importants, et qui sont la base même des idées qu'il défend ; les convulsious, dans la méuingite tuberculeuse, sont croisées par rapport aux lésions, et souvent elles sont suivies de paralysies; celles-ci out les mêmes caractères symptomatiques que dans les autres affections fronto-pariétales; variables ou passagères, complètes ou incomplètes, ces paralysies par leurs caractères généraux sont tout-à-fait corticales, et ce qui le prouve bien, c'est que fréquemment dans le cours de la méningite tuberculeuse, il y a une hémiplégie faciale.

Les mêmes modes de dissociation et de groupement, s'observent pour les convulsions et pour les paralysies (myoplégies, aura convulsives, épilepsie hémiplégique, monoplégies hémiplégie totale, etc.). La rotation de la tête et la déviation des yeux sont des phénomènes symptomatiques qui ont acquis une grande valeur, dans le cas d'hémorrhagie cérébrale par exemple, pour la localisation de la lésion ; il en est de même de la paralysie de la troisième paire; or, daus la méningite tuberculeuse les mêmes symptômes se présentent et ils ont la même signification suivant que la rotation de la tête se fait du côté de la lésion, ou du côté des membres atteints.

Cette étude clinique et anatomo-pathologique de la méningite tuberculeuse, faite par M. Landouzy, d'après ses observations et l'analyse minutieuse de celles publiées avant lui, l'ont conduit nécessairement à reprendre l'histoire des paralysies corticales ; on connait à cet égard, les belles leçons que M. Charcot a consacrées, à ce sujet, l'an dernier, et les observations publiées par M. Lépine, dans sa thèse d'agrégation ; fort de ces documents, l'auteur montre la valeur de ces faits cliniques en faveur du rôle fonctionnel des circonvolutions. Ce qui prouve bien et d'une façon péremptoire, la subordination des troubles musculaires aux lésions corticales,

ce sont les faits de lésions corticales entraînant des dégénérations secondaires dans le bulbe et dans la moelle. Les lésions superficielles de la méningite tuberculeuses ont certainement tout-à-fait comparables aux lésions corticales, puisqu'il y a toujours méningo-encéphalite.

M. Landouzy aborde ensuite la physiologie pathologique, et dans un chapitre plein d'intérêt, il passe en revue les hypothèses, les théories faites pour expliquer les convulsions, les contractures et les paralysies, dans la méningite tuberculeuse; pour lui, c'est l'excitation fonctionnelle directe et locale des centres moteurs, qui amène les convulsions pouvant aller jusqu'à la contracture, si l'excitation est intense; à l'altération ou suppression fonctionnelle, succèdent les paralysies passagères; à la destruction de l'organe, les paralysies permanentes.

M. Landouzy a fait un excellent travail; à la confusion, il a substitué la simplicité, et toutes ses déductions cliniques sont parfaitement justes, et elles sont confirmées par l'expérimentation physiologique. F. RAYMOND.

VARIA

Universités Catholiques.

On nous apprend que M. Waddington, consulté sur la date de la formation du jury mixte, avait désigné le 4 août. Sur l'observation faite par le représentant de l'Université libre que les élèves avaient déjà longtemps attendu et ne pouvaient raisonnablement attendre davantage; M. le Ministre aurait très gracieusement consenti à fixer les examens pour lundi prochain. (*Univers*).—La *Défense sociale* annonce qu'une réunion à laquelle assisteront tous les évêques fondateurs des Universités libres a lieu aujourd'hui (26 juillet) à l'archevêché de Paris. (*Le Temps*).

Histoire d'un aliéné qui s'introduisit à travers le crâne dans le cerveau une alène et plusieurs corps étrangers, qui y séjournèrent plusieurs mois, par le dr Wm. B. CARPENTER, médecin de la prison de Kansas.

On trouve dans *The American journal of medical sciences* (avril 1876), l'histoire curieuse d'un aliéné qui, à plusieurs reprises, s'enfonça dans le cerveau des alènes et autres corps pointus, qui y séjournèrent un certain temps sans provoquer d'accidents mortels.—Ce malheureux se fit une première fois un trou dans le crâne avec une alène qu'il s'introduisit derrière l'oreille, puis, par cette ouverture, il fit pénétrer une tige de balai de bruyère. Comme son extrémité n'avait pas complétement disparu, le dr Carpenter fit une incision au cuir chevelu, et, après trois tentatives infructueuses, parvint à l'extraire complétement à l'aide de pinces. Elle avait quatre pouces trois quarts de long et était du volume d'une sonde à urèthre n° 20. Elle était restée en place pendant 34 heures. Le seul symptôme éprouvé par le malade était un violent mal de tête, qui cessa quelques minutes après l'extraction.

Quatre semaines plus tard, il réussit à s'emparer de nouveau de l'alène d'un ouvrier qui travaillait dans la cour de l'hôpital; il l'enfonça à peu près au même endroit jusqu'au manche. Puis il se la laissa paisiblement extraire. On l'enferma dès lors dans une cellule. Mais dans celle-ci était un balai dont se servaient les malades pour la nettoyer: il en arracha une tige et pendant la nuit il l'introduisit dans l'ouverture de l'alène et l'enfonça le plus profondément possible. Le matin, on le trouva sans connaissance sur son lit, il était paralysé du bras et de la jambe gauches. Cette tige avait traversé les deux hémisphères. Car, trois fois il essaya, devant les personnes présentes, de la faire pénétrer plus profondément encore, mais elle était arrêtée par la paroi opposée du crâne. Peu à peu la paralysie du bras, puis celle de la jambe guérirent et quelque temps après il put marcher avec facilité. Il eut cependant plusieurs attaques épileptiques dans les semaines qui suivirent.

Au bout de plusieurs mois, il parvint à convaincre ses gardiens et ses médecins qu'il n'avait plus le désir d'attenter à ses jours, et peu à peu, on le laissa sortir de l'hôpital et travailler à l'extérieur. Il en profita pour acheter de la morphine à un droguiste, et il s'empoisonna.

A l'autopsie, on trouva à la partie moyenne de la substance blanche de l'hémisphère droit une tige de balai (grosseur d'une sonde n° 20) longue de 2 pouces, et une longue aiguille à tapisser dont le chas était encore pourvu d'un long fragment de fil noir. Autour de ces corps étrangers la substance cérébrale était dilacérée et un peu ramollie. Au niveau de l'ouverture d'entrée, les membranes étaient épaissies et adhéraient à l'extrémité de l'aiguille et de la tige de balai. Enfin une autre tige d'une longueur de 2 pouces 3/8 avait été introduite à travers le crâne à droite de la suture sagittale, immédiatement en arrière de la suture coronale, très-près du point où les deux sutures se rencontrent à angle droit; elle avait passé à côté du sinus longitudinal sans l'atteindre, avait traversé la voûte du corps calleux et la substance blanche à la partie interne de l'hémisphère : *tout le corps strié était intact*. A côté et au-dessous de cette tige se voyait un clou sans tête.

H. D.

Bibliothèques des Universités allemandes.

On n'a pas encore publié en France, que nous sachions, le chiffre des volumes que renferment les bibliothèques d'universités en Allemagne. Voici, d'après l'*Illustrirter kalender* pour 1876, quelques-uns de ces chiffres indicateurs des ressources que les étudiants d'Allemagne ont à leur disposition pour leurs recherches :

La bibliothèque de l'université de Berlin possède 115.000 volumes imprimés et 40,000 dissertations; en outre, une collection de documents originaux et de diplômes pour l'étude des chartes. L'université de Bonn : 180,000 volumes, avec plusieurs centaines de manuscrits, et une collection de cartes. L'université de Breslau : 340,000 volumes, parmi lesquels 2,500 incunables, et 2,900 manuscrits. L'université d'Erlangen : environ 110,000 volumes imprimés et 1,900 numéros de manuscrits, non compris 50,000 dissertations, 17,000 lettres (sans doute autographes), et une collection de dessins et de gravures.

L'université de Fribourg en Brisgau : 250,000 volumes imprimés et 500 manuscrits. L'université de Giessen : 150,000 volumes imprimés et 1,268 manuscrits. L'université de Gœttingue : 400,000 volumes imprimés et 5.000 manuscrits. L'université de Greifswald : 70,000 volumes. L'université de Halle : plus de 100,000 volumes et un millier de manuscrits. L'université de Heidelberg : environ 300,000 volumes, 70,000 dissertations, plus de 3,000 manuscrits, 1,000 chartres, 1 collection de cartes et 1 de gravures. L'université d'Iéna : 100,000 volumes, y compris les manuscrits.

L'université de Kiel : 150,000 volumes et plusieurs centaines de manuscrits. L'Université de Kœnigsberg : 220,000 volumes. Cette bibliothèque possède 40 à 50,000 doubles, matières à ventes ou à échanges. L'université de Leipzig : 350,000 volumes, dont plus de 2,000 incunables; environ 4,000 manuscrits. L'université de Marbourg : 120,000 volumes, peu de manuscrits. L'université de Munich : 283,500 volumes, environ 1,750 manuscrits, 3,600 portraits, 3,200 médailles. L'université de Rostock : environ 140,000 volumes.

L'université de Tübingue : environ 280,000 volumes, dont 2,000 manuscrits, 60,000 dissertations. L'université de Würzbourg, beaucoup plus de 200,000 volumes, 2,000 manuscrits. La bibliothèque de l'université de Strasbourg contiendrait aujourd'hui, au dire du même recueil, 300,000 volumes ou brochures, dont 5,400 articles relatifs à l'Alsace, et environ 300 manuscrits. Pour terminer, nous joindrons à ces chiffres ceux qui concernent l'université de Vienne (Autriche), dont la bibliothèque possède 211,220 volumes, dont 215 incunables et 83 manuscrits, ainsi que l'université de Bâle (Suisse), riche de 100,000 volumes, de 4,000 manuscrits et 1,500 tomes et de 180 chartes.

CONSEIL MUNICIPAL. — *Médecins du bureau de bienfaisance.* — Le soussigné, vu l'article 7 de la loi du 10 janvier 1849 sur l'assistance publique ainsi conçu : « Les médecins et chirurgiens attachés au service des secours à domicile sont nommés au concours ou par l'élection de leurs confrères; ils sont institués par le ministre de l'intérieur. Ils peuvent être révoqués par le même ministre sur l'avis du Conseil de surveillance. — Emet le vœu que M. le Préfet de la Seine ne ratifie plus à l'avenir de nomination de médecin faite en dehors des prescriptions légales. *Signé* : G. Martin.

Hôpital Necker. — Sur le rapport de M. Thulié, le conseil vote une somme de 11.500 fr. afin de faire face aux dépenses nécessitées par la transformation d'une buanderie en un amphithéâtre un laboratoire de chimie et un cabinet pour le professeur de clinique médicale.

Hôpital des Enfants malades. — Les salles du 1er étage des deux pavillons Belgrain, contrairement, croyons-nous à l'intention du fondateur, servaient de dortoir aux infirmières. Sur la proposition de l'administration, ces salles seront rendues à leur destination primitives et on y transportera les malades des salles Saint-Augustin et sainte-Marthe, lesquelles serviront de dortoirs aux infirmières. Afin de compléter l'aménagement des deux salles du pavillon Belgrains, le Conseil vote une somme de 8.012 fr.

Congrès de l'Exposition relatifs à l'hygiène. (Bruxelles).— Sur la proposition de M. Lefèvre et après avoir entendu le rapport de M. Yves Guyot, le Conseil a élu trois membres de la Commission des logements insalubres. (MM. Allard, Dr Dumesnil, Grandpierre), chargés d'aller visiter l'exposition de Bruxelles et de faire un compte rendu de leur visite.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Une résolution importante vient d'être prise par le conseil municipal de Lille. A l'unanimité moins deux voix, il s'est prononcé contre la convention conclue entre la commission des hospices et l'institut catholique, qui attribuait à ce dernier, pour une somme dérisoire, 200 lits à l'hôpital Sainte-Eugénie. A l'unanimité, il s'est prononcé contre une autre convention qui louait pour un loyer de 10.000 fr. un pavillon entier du même hôpital où l'on se disposait à établir la Faculté de médecine cléricale.

Ces deux conventions n'ayant pas encore été approuvées par le ministre, et M. de Marcère ayant, paraît-il, promis de ne pas les approuver, on peut croire qu'elles n'auront aucune suite. On évitera ainsi un procès devant le Conseil d'Etat, dont il était déjà question.

De son côté, le nouveau doyen de la Faculté de médecine, M. Cazeneuve, s'est mis à l'œuvre avec une louable activité. On espère que dès le commencement d'août les nominations seraient faites, et la Faculté constituée.

En tout cas, il ne paraît plus douteux que la Faculté de médecine soit en état d'ouvrir ses cours au mois d'octobre.

4e ANNEE.— N° 32 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 5 AOUT 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. S. DUPLAY.

Considérations sur l'étiologie, le début symptomatique et le traitement de certaines variétés de rétrécissements de l'urèthre.

Leçon recueillie par E. MAROT, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Trois malades atteints de rétrécissement de l'urèthre se trouvent actuellement dans nos salles et nous fournissent l'occasion d'étudier comparativement trois types différents d'une même affection. Ces trois malades ont entre eux de commun leur âge : tous trois ont atteint la période moyenne de la vie qui est aussi l'époque où se prononcent d'ordinaire les troubles liés au rétrécissement de l'urèthre; ils sont âgés l'un de 43 ans, l'autre de 46, le dernier de 48 ans.

Le plus âgé et le plus jeune ont à peu près la même histoire; l'un est couché au n° 36, l'autre au n° 46 de la meme salle. Il y a 15 ans le premier tombait à califourchon sur une solive étroite et résistante; le second a subi le même accident il y a 20 ans, mais plus grave, puisque la chute fut pour lui de la hauteur d'un mètre environ, tandis que l'autre n'était tombé que de sa propre hauteur. Dans les deux cas, vous le concevez, les désordres produits ont été identiques : la violente contusion du périnée et du scrotum s'est traduite par des troubles momentanés de la miction et par un pissement de sang témoignant d'une lésion de l'urèthre. Cette blessure n'a pas exigé sur le moment d'intervention chirurgicale : les effets en ont été tardifs.

Au sujet du 3e malade, couché au n° 64 et âgé de 46 ans, nous n'avons pu obtenir une égale précision dans les données commémoratives. Le malade affirme n'avoir subi aucun traumatisme. Or, vous savez, Messieurs, que cette cause mise de côté, l'uréthrite est le point de départ le plus habituel des rétrécissements. Dans le cas où l'inflammation, dépassant ses limites ordinaires, se propage au tissu sousmuqueux, cette couche profonde ne tarde pas à subir une série de modifications dont le terme est la rétraction : mais le malade affirme n'avoir jamais eu la moindre affection des voies génito-urinaires, et l'étiologie demeurerait donc forcément obscure s'il n'était permis de suspecter l'exactitude de ces renseignements. Vous devez, en effet, vous rappeler que la recherche de l'étiologie dans les affections des voies urinaires présente souvent des difficultés : ici plus peut-être que partout ailleurs, les renseignements fournis par les malades doivent être contrôlés et rectifiés souvent.

Les trois malades exposent nettement, en revanche, l'évolution des troubles fonctionnels qui les forcent à réclamer nos soins : cette évolution a pris pour chacun d'eux une physionomie particulière. Le début a été pour ainsi dire normal chez le n° 34 : assez longtemps après le traumatisme, cet homme éprouva une difficulté croissante dans l'accomplissement de la miction. Le jet de l'urine devenait déjà plus mince, lent à venir; la force d'expulsion diminuait visiblement et l'acte en était rendu pénible. Pendant 15 ans, à dater du jour de l'accident, notre homme a pu s'accommoder de ces inconvénients : l'année dernière seulement les troubles fonctionnels ont pris un caractère véritablement inquiétant. Un certain jour qu'un excès de fatigue ou de tout autre genre avait aggravé le mal, il se trouva dans l'impossibilité absolue d'uriner.

Il resta dans cet état pendant 4 heures environ, au bout desquelles la miction redevenant possible, sous l'influence du repos sans doute, le malade passa outre sans se préoccuper autrement. Le mois suivant, le même accident vint l'avertir, tout se passa de même. Pour la troisième fois au mois de février dernier et enfin, pendant les fêtes de Pâques pour la quatrième fois, la rétention revint, plus persistante cette fois. Il dut recourir à un médecin qui fit inutilement quelques tentatives de cathétérisme pour remédier à l'insuffisance de l'évacuation vésicale : c'est dans ces conditions que le malade nous est arrivé, après plusieurs jours.

La plupart des malades atteints de rétrécissement nous feront, Messieurs, un récit pareil : à une époque plus ou moins reculée ils ont éprouvé quelques difficultés à émettre l'urine ; la fréquence des besoins, leur satisfaction incomplète et lente les ont surtout frappés, jusqu'au moment où la miction devenant de plus en plus difficile, ils viennent se faire traiter. Que le rétrécissement reconnaisse pour cause un traumatisme local ou une uréthrite, le récit diffèrera peu.

Le malade couché au n° 64 nie ces deux antécédents : son histoire s'écarte de la précédente à plus d'un autre point de vue.

Cet homme raconte qu'il y a 10 ans, ayant bu un soir plus que de raison, il se réveilla le lendemain inondé d'urine : il s'agissait là d'une incontinence nocturne et *alcoolique* d'urine; les excès de boissons ont, vous le savez, une influence considérable sur la fonction urinaire. Depuis cette époque, à de longs intervalles, le même accident se reproduisit, chaque fois pendant le sommeil et problablement chaque fois sous la même influence. Le malade s'en inquiéta peu. Cependant il y a trois ans, l'écoulement involontaire le surprit au milieu de la journée, pendant son travail ; il en tint d'abord peu de compte, mais il devait être rapidement contraint à se faire soigner. En l'interrogeant avec soin, nous avons appris de lui que dans l'intervalle des retours de l'incontinence, la miction n'est plus normale depuis longtemps : le jet est mince et court. Souvent le malade urine goutte à goutte : il ne s'était pourtant inquiété que de l'incontinence. Ce dernier accident appartient rarement au rétrécissement uréthral: l'incontinence apparaissant comme symptôme principal doit plutôt faire songer à une affection de la prostate.

Il est cependant une variété d'incontinence qui accompagne souvent les rétrécissements de l'urèthre et qui s'explique aisément. En arrière du point coarcté, la distension du canal par l'arrêt brusque du jet produit à la longue une sorte de poche qui se vide par filtration, sous l'influence de la pesanteur, après que la contraction vésicale a chassé la plus grande partie de l'urine et que la miction parait achevée. Le contenu de cette poche s'écoule en définitive dans les vêtements. Il ne s'agit pas de cela chez notre malade, nous avons affaire chez lui *à une incontinence vraie*, j'ai eu déjà l'occasion, l'année dernière, de l'observer dans les mêmes circonstances, et je ne suis pas éloigné de croire que l'incontinence qui accompagne ainsi un rétrécissement ancien relève d'un état particulier de la contractilité du sphincter vésical.

Le troisième de nos malades, le plus âgé (n° 46) n'a pas à beaucoup près les mêmes antécédents pathologiques. Le début a été chez lui, au contraire, insidieux et les accidents, ont pris dès leur première apparition un caractère de gravité exceptionnelle. Après une chute sur le périnée qui date de 20 ans déjà, le malade était resté pendant 2 ans, sans souffrir du plus petit accident du côté des voies urinaires, lorsqu'il fut brusquement surpris, sans cause occasionnelle connue de lui. C'est il y a 8 ans ; un certain jour l'émission de l'urine fut supprimée ; le malade avait la fièvre, il souffrait du bas-ventre. En peu de temps il vit les téguments de ses bourses rougir, se tuméfier, s'ulcérer ;

il dut entrer immédiatement dans le service de M. Voillemier, à Lariboisière. Une incision profonde fut pratiquée pour remédier à cette infiltration d'urine ; plus tard on en combattit la cause. Le rétrécissement fut traité par la dilatation et le malade quitta l'hôpital dans un état satisfaisant. Cependant il lui restait encore une petite fistule dont l'orifice, situé à la racine de la verge, donna pendant quelque temps un écoulement d'urine, puis finit par s'oblitérer. Le malade put dès lors se considérer comme guéri; les accidents attendirent pour se renouveler, jusqu'au mois de janvier de cette année. Il y a 4 mois en effet, sans que le cours de l'urine fût supprimé, le malade vit se former de chaque côté de la racine de la verge un abcès qui s'ouvrit. Le foyer contenait de l'urine avec le pus; l'orifice est resté fistuleux, et laisse depuis ce temps écouler de l'urine. Le malade a d'abord essayé de se soigner chez lui, mais il y a 15 jours une nouvelle poussée inflammatoire amena la formation d'un troisième abcès dont le siége est sur la ligne médiane du scrotum, à peu de distance des deux autres. Cette collection s'est ouverte spontanément, en sorte que le malade présente actuellement trois fistules urinaires.

Ici encore, Messieurs, le traumatisme a été suivi d'un rétrécissement graduel que le malade a longtemps ignoré : le premier symptôme, en quelque sorte, a été un accident grave. Cette *infiltration d'urine* mérite l'attention à plus d'un titre. Un fait qu'il m'a été donné d'observer le prouve bien. L'infiltration était à la vérité moins prononcée, moins évidente par suite. Le malade affirmait n'avoir jamais éprouvé la moindre difficulté à uriner. Lorsqu'il me fut adressé, il portait au scrotum une ulcération gangrèneuse qui avait été prise pour « un cancer ». Il s'agissait évidemment d'une mortification dont la cause ne pouvait être que l'invasion du tissu cellulaire par l'urine. L'examen direct de l'urèthre me le prouva d'ailleurs. Il s'agissait d'un rétrécissement compliqué de rupture de l'urèthre en amont de l'obstacle.

Certainement de pareils faits sont exceptionnels. Le plus souvent les malades chez lesquels on trouve l'infiltration d'urine accusent les troubles caractéristiques du rétrécissement et les font remonter à une époque plus ou moins reculée; notre premier malade (n° 36) est du nombre. Je tenais cependant à vous prémunir contre une erreur facile à commettre lorsqu'on se trouve en présence de ces accidents graves d'emblée.

Je n'ai pas l'intention, Messieurs, de vous retracer ici l'histoire de l'infiltration urineuse, qui succède à la rupture de l'urèthre en arrière du rétrécissement. Après avoir déterminé chez notre malade, une gangrène étendue du scrotum, elle a provoqué des modifications de structure importantes. Ces parties sont indurées profondément jusqu'à l'urèthre, déformées; la verge est rétractée vers le scrotum. Il existe de plus des fistules urinaires au nombre de trois, deux sont situées à droite et à gauche au niveau du repli qui sépare le scrotum de la racine de la verge, une troisième, médiane et plus récente n'était qu'un pertuis lors de l'entrée du malade : J'ai dû par une incision agrandir cet orifice ; il s'en est écoulé de suite du pus mélangé d'urine. A l'heure actuelle, il s'écoule au moins autant d'urine par ces fistules que par le méat.

Vous le voyez, Messieurs, trois séries d'accidents dissemblables : *l'incontinence d'urine dans un cas, l'infiltration subite dans un autre*, et une seule fois, *la difficulté progressive de la miction suivie de rétention d'urine*, nous ont conduit trois fois au même diagnostic. Cependant, nous ne pouvions l'affirmer, qu'après un examen direct de l'urèthre. Je vous engage à employer pour cet examen, la bougie à boule, dont vous m'avez vu me servir, flexible et terminée par un renflement conique. Ce renflement a pour avantage de heurter au passage, par sa pointe, le rétrécissement et de le heurter encore par son talon au retour, dans le cas où l'on a pu franchir la portion rétrécie, c'est-à-dire qu'il permet de reconnaître, non-seulement le siége, mais encore l'étendue de l'altération. Nous l'avons trouvée chez deux de nos malades au milieu de la portion spongieuse, à 8 centimètres du méat (n° 64, incontinence, n° 46, fistules). Chez le troisième (n° 36 rettraumat.) elle siége à 13 c. 1/2, c'est-à-dire à la fin de la portion spongieuse, très-près de la musculeuse, dans le point où se trouve le plus grand nombre des rétrécissements.

Le traitement sera-t-il le même dans ces trois cas? L'état de celui de nos malades qui a de l'infiltration d'urine et des trajets fistuleux, réclamera probablement une intervention spéciale, en rapport avec la complexité des accidents. Chez les deux autres malades, au contraire, on peut espérer réussir à l'aide de moyens simples, qui échoueraient peut-être chez le premier. Cependant, et j'insiste à vous le dire, il ne faut jamais aborder le traitement d'un rétrécissement uréthral, quels que soient les accidents particuliers, la variété, le mode de début, autrement que par le plus inoffensif des procédés, par la dilatation. Serait-elle destinée à rester sans résultats, cette tentative devrait encore et dans tous les cas, être répétée.

Déjà nous avons pu passer, chez le malade couché au n° 64 (début par incontinence) une bougie n° 4 : ce résultat est précieux, il nous permettra d'essayer la dilatation permanente à laquelle je ne vois, dans le cas particulier, aucune contre-indication. La bougie a été fixée à demeure : elle ne distend pas le canal, l'urine s'écoule entre elle et la paroi. Pourtant, certaines conditions particulières obligent, dans certains cas, à remplacer cette méthode de dilatation permanente, par celle de la dilatation temporaire et progressive; dans ce cas, on ne laisse en place les bougies que pendant un quart d'heure environ, une heure au plus. De toute façon notre malade est donc dès à présent en excellente voie d'amélioration, et nous avions presque le droit d'y compter.

Pour le malade du n° 36, les conditions sont tout autres, et l'origine traumatique du rétrécissement pouvait faire prévoir les difficultés que nous avons rencontrées : vous m'avez vu répéter pendant près d'un quart d'heure des tentatives infructueuses de cathétérisme. Dans ce cas, il devient nécessaire d'employer une série de manœuvres spéciales; on cherche à franchir le rétrécissement, en mettant le malade dans des positions diverses, en lui recommandant d'uriner, on dirige la verge en haut, sur les côtés, etc. On doit également varier la forme et la nature des instruments que l'on emploie, leur imprimer différentes courbures, etc.

Enfin, on peut avoir recours, dans les cas difficiles, aux fines bougies de baleine, instruments délicats à manier, en raison des fausses routes que l'on peut créer dans le canal. Je vous conseillerai, enfin, Messieurs, d'avoir recours au procédé qu'employait Chassaignac dans les cas semblables, et dont j'ai souvent constaté l'efficacité : il consiste à introduire dans l'urèthre plusieurs bougies fines à la fois. Si la première a butté contre l'obstacle qui oblitère une partie de la lumière du canal, une seconde aura d'autant plus de chances de rencontrer l'orifice ; on en introduit quelquefois davantage. J'ai multiplié les tentatives et j'ai réussi enfin à passer une bougie de baleine qui a été fixée immédiatement : le malade est dès à présent dans les mêmes conditions que le précédent (n° 64). Dans quelques jours il sera certainement possible d'introduire une bougie de plus fort calibre, d'après la méthode de la dilatation permanente et progressive, qui est également applicable dans l'un et l'autre cas.

Il en est bien autrement, Messieurs, du malade qui porte actuellement trois fistules urinaires (n° 46) ; chez lui, nulle difficulté à introduire la bougie lors de son entrée ; mais en revanche il y aurait eu danger à agir ici comme dans les deux cas précédents. Cet homme est plus âgé que les deux autres (48 ans), son état général était peu satisfaisant : aussi me suis-je borné dans le premier moment, à donner au pus de son abcès urineux une issue plus large. Nous avons attendu huit jours, écoulés maintenant, avant de songer au traitement du rétrécissement et des fistules : le malade urinait, tant par ces fistules que par le méat, il

n'y avait donc pas ici la même indication pressante que tout-à-l'heure.

En vertu du même principe, chez lui aussi nous commencerons par essayer la dilatation simple, bien que dans ma conviction ce mode de traitement ait peu de chances d'être suffisant ici. Vous m'avez vu ce matin chercher à passer une bougie fine et ne pouvoir y parvenir, bien que le rétrécissement ait été, il y a huit jours, facilement franchi. Je n'ai pas insisté; le malade accusait un peu de douleur indiquant une poussée inflammatoire et un certain degré de tuméfaction des parois du canal. Une fois ces accidents dissipés, si nous parvenons à dilater le rétrécissement, nous pouvons espérer à la rigueur qu'une sonde mise à demeure, empêchant l'écoulement par les fistules, permettra l'oblitération de leur trajet. Toutefois nous ne sommes pas en droit d'y compter beaucoup, il est à craindre que le rétrécissement soit rebelle à la dilatation, en vertu de son origine traumatique et des accidents qui le compliquent. Dans ce cas, nous aurons recours à d'autres procédés. Il y a un mois, nous nous sommes trouvés dans des conditions analogues, devant un rétrécissement qui résistait à la dilatation lente, et j'ai pratiqué la divulsion brusque avec l'instrument de M. Voillemier. Cette divulsion est à proprement parler un éclatement du canal, obtenu à l'aide d'un mandrin volumineux que l'on remplace immédiatement par une sonde de fort calibre. Nous avons dans ce cas obtenu un bon résultat. Mais la divulsion n'en constitue pas moins pour cela une méthode exceptionnelle, au même titre que l'uréthrotomie interne.

Sans discuter ici la valeur comparative de ces deux opérations, ce qui m'entraînerait beaucoup trop loin, je me bornerai à vous dire que je préfère, personnellement, la divulsion. Dans le cas qui nous occupe, j'y aurai recours si la dilatation simple est impuissante. Ce procédé sera peut-être insuffisant encore : il est possible que les fistules persistent malgré le rétablissement du calibre de l'urèthre, en dépit du passage d'une sonde volumineuse. Souvent la paroi de ces trajets est indurée, sans tendance à la cicatrisation; que le simple passage de quelques gouttes d'urine suffit d'ailleurs à empêcher. Il nous resterait alors à agir contre ces fistules comme on agit contre les fistules anales auxquelles nous pourrions les comparer à ce point de vue, c'est-à-dire à les inciser pour transformer en une plaie largement ouverte ces trajets anfractueux. En supposant qu'il nous soit possible de rétablir le calibre de l'urèthre et le cours de l'urine, il suffirait de faire cette incision sur une sonde canelée, introduite de dehors en dedans par chacun des orifices fistuleux. Dans le cas où ces moyens resteraient insuffisants, nous aurions à recourir, en dernier ressort, à une opération grave : à l'urèthrotomie externe.

Nous ne le ferons pas sans justifier notre conduite, c'est-à-dire avant d'avoir épuisé les moyens progressivement violents que je viens d'énumérer devant vous. C'est seulement ainsi que l'on doit agir si l'on veut avoir fait de la bonne et saine chirurgie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Faculté de médecine. — M. CHARCOT.

XVIII[e] Leçon. — De la fièvre hépatique symptomatique; Comparaison avec la fièvre uroseptique.

(Résumé de la leçon du 26 mai).

Messieurs,

Je vais commencer la leçon de ce jour en vous donnant des renseignements complémentaires sur l'exposé symptomatique que je n'ai pas eu le temps d'achever dans la dernière séance. Il s'agit, vous ne l'avez pas oublié, des phénomènes variés qui se rattachent immédiatement ou médiatement à l'*oblitération calculeuse du canal cholédoque*. Une altération particulière du foie, que nous avons décrite en détail, est, vous le savez, une conséquence en quelque sorte obligatoire de cette altération. Dans les phases les plus avancées de l'altération hépatique que nous étudions, en raison soit de l'extension de la lésion scléreuse, soit de la compression exercée par les canaux biliaires dilatés, la circulation intra-hépatique est entravée et il se produit consécutivement une stase sanguine dans le système de la veine porte.

(1) Voir les n[os] 13 à 31.

Les résultats, d'ailleurs faciles à prévoir, de cette obstruction sont : 1° l'ascite; 2° l'hypertrophie de la rate (1), 3° des hémorrhagies gastriques et intestinales.

Suivant Henoch (2), un certain nombre des hémorrhagies gastro-intestinales qui surviennent dans le cours de l'occlusion des voies biliaires seraient dues à l'existence d'ulcères gastriques qui, chez l'homme, se produiraient à la suite et par le fait de cette occlusion de même qu'ils se produisent chez les animaux, d'après Kölliker et Müller, à la suite de la ligature du canal cholédoque.

D'autres hémorrhagies paraissent relever de l'altération de la crase du sang ou tout au moins de l'altération des vaisseaux sanguins que celle-ci déterminerait à la longue. Telles sont les hémorrhagies nasales, celles qui succèdent à des piqûres de sangsues, ainsi qu'on en trouve un exemple dans une observation de Mettenheimer. On ne saurait évidemment invoquer ici un obstacle au cours de la circulation porte. On serait, au contraire, tenté de faire intervenir, en pareille circonstance, l'action dissolvante des acides biliaires accumulés dans le sang. Malheureusement une simple remarque montre qu'il est difficile d'accepter cette explication ; c'est que, chez l'homme même dans les conditions les plus défavorables, la quantité des acides biliaires mêlés au sang semble être insuffisante pour engendrer les accidents obtenus dans les expériences chez les animaux avec des doses très élevées; chez un chien auquel M. Vulpian avait injecté dans le sang jusqu'à 90 grammes de bile de bœuf, il ne s'est produit ni hémorrhagies, ni altération quelconque des globules rouges (3).

L'affaiblissement du cœur a été de longue date signalé parmi les accidents de l'ictère prolongé. Sous son influence, ainsi que l'a vu M. Leyden, des caillots peuvent se former dans l'oreillette droite du cœur et devenir la cause du développement d'infarctus hémoptoïques dans les poumons.

Cette espèce d'asystolie a été rattachée, elle aussi, à l'action des acides biliaires. C'est encore à celle-ci qu'on a fait appel pour rendre compte des accidents nerveux, convulsifs ou comateux, qui quelquefois, terminent brusquement la vie des sujets placés depuis longtemps sous le coup des effets de l'occlusion du canal cholédoque. Mais, pour les deux derniers cas, l'explication est passible des objections formulées tout à l'heure à propos des hémorrhagies. C'est là, du reste, un point que je me contente d'indiquer.

Je terminerai cet exposé symptomatologique par une brève description de cette forme de *fièvre intermittente symptomatique* à laquelle j'ai déjà fait allusion à diverses reprises et qui accompagne quelquefois, sans qu'il y ait trace de colique hépatique actuelle, soit l'oblitération calculeuse du canal cholédoque, soit la lithiase biliaire intra-hépatique.

Cette fièvre, qu'on appelle parfois *fièvre intermittente hépatique*, n'appartient pas tant s'en faut, d'une manière exclusive, à la lithiase biliaire. Elle peut se présenter avec l'ensemble des caractères qui lui sont propres, dans tous les cas où il y a une obstruction durable ou persistante du canal cholédoque, quelle qu'en soit la cause, rétrécissement fibreux, cancer de la tête du pancréas, etc.

La condition anatomique la plus favorable à l'éclosion de cette fièvre paraît être la présence, dans les voies biliaires, dilatées, de pus ou de muco-pus mêlé à la bile stagnante. Toutefois, il est certain que l'angiocholite suppurative peut exister sans qu'il y ait fièvre intermittente et que, d'un autre côté, celle-ci est susceptible de se produire alors qu'il n'y a pas, à proprement parler, suppuration des voies biliaires, Il est possible également que les abcès biliaires, décrits dans la dernière séance, fassent tout-à-fait défaut dans le cas où il y a fièvre intermittente. Il convient donc de chercher la raison du développement de cette fièvre en dehors de tous les éléments qui viennent d'être énumérés. Je propose l'hypothèse suivante : La fièvre dont nous nous occupons tiendrait à la présence dans les voies biliaires dilatées et enflammées d'un principe septique, d'un poison morbide pyrétogène, résultant d'une altération du liquide biliaire. Ce principe, bien entendu, est inconnu, quant à présent, de même que les conditions prochaines qui président à sa production.

Quoi qu'il en soit, voici quels sont, d'après l'analyse d'une

(1) Leyden. — *Path. der Icterus*, p. 124.
(2) *Unterleibskrankheiten*, 2[e] édition, p. 65,
(3) *L'Ecole de médecine*, 12 oct. 1874.

vingtaine d'observations personnelles ou recueillies dans divers auteurs, les caractères fondamentaux de cette forme de fièvre intermittente. L'*ictère* peut, actuellement, exister ou non. Il manque, par exemple, dans les cas de gravelle ou de calculs intra-hépatiques qui très-souvent — mais non pas exclusivement comme inclinent à le croire quelques auteurs (Thudicum, Leared, Henoch) — s'accompagnent de fièvre intermittente. Il manque encore dans certains cas où les conditions et les lésions de la stase biliaire se manifestent, bien que l'occlusion du canal cholédoque soit incomplète.

La *colique hépatique* peut ouvrir la scène ou s'être montrée quelque temps auparavant ou enfin ne s'être jamais présentée. (Calculs intra-hépatiques.)

1° Tout à coup l'*accès* éclate, débutant par un frisson, et les trois stades se déroulent comme s'il s'agissait d'un accès de fièvre intermittente légitime. Le frisson est quelquefois assez intense pour que le lit du malade soit ébranlé. La température centrale s'élève à 39, 40°, 41°. Les sueurs sont parfois profuses jusqu'à mouiller le lit. Dans un nombre variable de cas, l'un des stades, le stade de sueur surtout, peut être absent ;

2° Fréquemment les *périodes apyrétiques* sont nettement marquées et les retours des accès sont, en général, assez réguliers pour simuler les types quotidien, tierce ou quarte de la fièvre légitime. A la vérité, on rencontre sous ce rapport de nombreuses exceptions ;

3° Un caractère particulier de la fièvre hépatique serait, si nous en jugions d'après l'observation jusqu'ici unique de M. Regnard, la *diminution du taux de l'urée* pendant l'accès à l'opposé de ce qui a lieu dans l'accès de fièvre légitime — et la présence dans l'urine de la leucine et de la tyrosine. Je ferai remarquer toutefois que si la théorie que j'ai proposée pour expliquer l'abaissement de l'urée dans ce cas est juste, ce même abaissement devra survenir toutes les fois que l'état fébrile, quelle qu'en puisse être la cause, surviendra chez un sujet atteint d'une lésion diffuse quelque peu profonde du parenchyme hépatique, suffisante tout au moins pour entraver la fonction désassimilatrice. L'état stationnaire ou l'abaissement du chiffre de l'urée dans la fièvre ne serait donc l'apanage d'aucune fièvre en particulier. Ce phénomène traduirait simplement l'insuffisance des fonctions hépatiques.

4° Ainsi que cela arrive dans les accidents fébriles symptomatiques en général, les accès de fièvre hépatique offrent le *caractère vespéral*, opposé au caractère matutinal des accès de fièvre idiopathique.

5° Le plus souvent, la *fièvre hépatique* est en quelque sorte *chronique*; elle peut durer par exemple deux ou trois mois, avec des intervalles de 8, 10, 15 jours, pendant lesquels les accès font momentanément défaut. On a compté jusqu'à 31 accès dans le cas publié par M. Regnard.

6° Une issue favorable est chose possible ; un fait, rapporté par M. Henoch, et que je vais résumer, en fournit la preuve. A la suite de coliques répétées, on vit survenir un ictère intense, avec selles décolorées ; le foie, un peu augmenté de volume, était douloureux. Bientôt apparut une fièvre intermittente qui fit croire à l'existence d'abcès du foie et cessa sous l'influence de l'administration de sulfate de quinine. La malade fut envoyée à Carlsbad. Là, les selles redevinrent bileuses consécutivement à des coliques hépatiques et quatorze calculs à facettes furent expulsés.

Mais il faut reconnaître que la *terminaison fatale* est la plus commune. Elle survient tantôt au milieu de phénomènes graves, rappelant les accidents dits pernicieux des fièvres palustres, tantôt dans le cours d'une fièvre rémittente avec symptômes typhoïdes, à laquelle les accès ont cédé la place.

Je vous ai proposé, Messieurs, de séparer la fièvre hépatique, dont je viens de vous entretenir, de la fièvre qui se produit quelquefois dans le cours de la colique hépatique. Il est incontestable que ces deux espèces de fièvre n'ont pas absolument la même signification clinique ; mais il n'est pas douteux qu'elles ne se rattachent l'une à l'autre par un lieu commun. C'est ainsi que l'on voit, dans certains cas, un accès développé dans le cours d'une colique hépatique être suivi, cette fois sans nouvelle colique, d'une série d'accès revenant périodiquement. J'incline à croire, d'ailleurs, que la condition pathogénique est la même dans les deux cas. Ainsi la *fièvre hépatalgique*, comme celle de l'*angiocholite* résulterait de l'introduction dans le sang de l'agent pyrétogène hypothétique provenant de l'altération de la bile. Le passage du calcul dans la colique hépatique jouerait tout simplement le rôle d'une cause occasionnelle. Il aurait pour effet : *a*) de favoriser l'absorption du poison morbide soit en déchirant la muqueuse des conduits biliaires, soit en augmentant la pression dans le système des voies biliaires ; — *b*) de déterminer une inflammation suraiguë dont les produits confondus avec le liquide biliaire agiraient à l'instar d'un ferment et occasionneraient de la sorte une très rapide altération de la bile. A l'appui de mon hypothèse, je ferai remarquer : 1° que les frissons hépatalgiques ne se montreraient guère, d'après les observations, que chez les sujets placés depuis longtemps déjà sous le coup d'une lésion inflammatoire des voies biliaires, circonstance propre à favoriser la formation du poison morbide (*a*) ; — 2° que, et j'ai signalé tout à l'heure ce point, le frisson hépatalgique inaugure quelquefois le développement d'une série d'accès à retours plus ou moins réguliers sans nouvelle apparition des coliques, ce qui justifie la seconde partie de mon hypothèse (*b*). Quant à l'intermittence des accès de fièvre angiocholique, on en ignore totalement la cause.

Je ne saurais trop insister, Messieurs, sur l'intérêt qui s'attache au sujet qui vient d'être exposé. Pour mieux fixer encore votre attention à cet égard, j'estime qu'il est utile de faire ressortir dès maintenant, en quelques mots, les analogies qui existent entre les diverses formes de la *fièvre hépatique* et les accidents du même genre qui compliquent parfois certaines maladies des voies urinaires.

Vous n'ignorez pas que, chez les sujets irritables, l'introduction du cathéter dans l'urèthre est quelquefois suivie d'un frisson plus ou moins intense ; mais, il ne s'agit là le plus souvent, selon la remarque de Wunderlich (1), que d'un phénomène purement nerveux, sans élévation de la température centrale. D'autres fois au contraire, dans des circonstances en apparence identiques, on observe un véritable accès fébrile, marqué par la succession des trois stades classiques. Il est à noter pourtant, que, d'après les écrivains les plus autorisés, cette *fièvre uréthrale*, comme on l'appelle quelquefois (2), ne se manifeste guère que chez les sujets qui, déjà, présentent d'une façon plus ou moins accentuée les signes d'une affection des voies urinaires capable d'apporter un obstacle à l'émission de l'urine : rétrécissement uréthral, hypertrophie de la prostate, paralysie de la vessie résultant d'une lésion de la moelle épinière, etc., et chez lesquels les urines sont souvent altérées.

L'accès fébrile qui, en pareil cas, ne se montre que deux ou trois heures après l'introduction de la sonde est quelquefois unique ; d'autres fois, il est suivi, sans nouvelle intervention chirurgicale, d'une série d'accès plus ou moins nombreux, revenant périodiquement, de manière à simuler la fièvre intermittente palustre (3).

Les accès de *fièvre uréthrale* provoquée revêtent dans quelques circonstances le caractère pernicieux [forme algide (Perdrigeon), forme apoplectique (Grisolle) (4)].

Ces accidents variés peuvent tous survenir spontanément dans les conditions même où ils se produisent sous l'influence des manœuvres chirurgicales ; c'est ce dont témoignent les observations de Rayer (5), de Jacks (6) et de Rosenstein (7).

Ces considérations suffisent, je crois, pour mettre en évidence, au point de vue symptomatologique, l'analogie sur laquelle je voulais fixer votre esprit. D'un autre côté, les altérations des voies urinaires qui accompagnent les différentes formes de la *fièvre uro-septique* méritent d'être mises en parallèles avec celles qui président au développement de la fièvre hépatique.

En raison du rétrécissement uréthral, de l'hypertrophie prostatique, de la paralysie vésicale, l'urine n'est évacuée que d'une façon incomplète ; elle est stagnante dans les voies urinaires profondes, comme la bile est stagnante dans le cas d'oblitération du canal cholédoque, et, en conséquence, les uretères et les bassinets sont habituellement dilatés.

La membrane muqueuse de ces conduits et celle de la vessie offrent les caractères plus ou moins accentués d'une inflammation, variable en degrés, qui rappelle l'angiocholite et dont les produits sont incessamment mêlés à l'urine. Celle-ci est toujours alcaline, d'odeur ammoniacale, fétide et, en somme, cette alté-

(1) *Eigenwarme*, p. 166.
(2) Voir Perdrigeon, thèse de Paris, 1853.
(3) Perdrigeon, *loc. cit.*
(4) Bricheteau. — *Archives de méd.*, 1847, t. II, p. 184 ; Grisolle. — *Traité de Path. int.*, T. I. p. 174 ; — Giannini. — *De la nature des fièvres*, 1801, p. 207.
(5) Rayer. — *Maladies des reins*, t. I, p. 325, 307, 308, 358.
(6) Jacks. — *Prag. Viertel.* Bd. 2, 5, 47.
(7) Rosenstein. — *Maladies des reins*, p. 291. — Chez les vieilles femmes de la Salpêtrière, M. Charcot a vu plusieurs fois survenir spontanément de violents frissons, avec élévation de la température, suivis quelquefois de sueurs et simulant des accès pernicieux. L'introduction de la sonde dans la vessie donnait issue à de l'urine fétide, ammoniacale.

ration de l'urine paraît être dans l'espèce, un élément constant.

Les reins eux-mêmes offrent d'ordinaire des lésions plus ou moins profondes et plus ou moins caractéristiques que les auteurs anglais désignent quelquefois sous le nom de *rein chirurgical* « *Surgical Kidney* » et que Rayer considérait comme un des éléments de l'affection qu'il a décrite sous la dénomination de *pyélo-néphrite* (1).

Un des caractères les plus saillants de cette lésion consiste dans la présence, à la surface du rein, de petits foyers d'infiltration purulente disséminés. Si l'on pratique des coupes, on constate que ces petits foyers, dont la base répond à la périphérie de l'organe, pénètrent, sous forme de coin, dans la substance corticale. Ces abcès, entourés d'une zone violacée, ne sont pas sans analogie, vous le voyez, avec les abcès miliaires hépatiques que je décrivais naguère. L'examen histologique vient à son tour légitimer ce rapprochement. En effet, le pus n'occupe pas la cavité même des tubes urinifères, mais bien le tissu interstitiel. (Klebs, Dickinson). C'est plus particulièrement au voisinage des tubes droits, en d'autres termes dans la partie centrale des lobules du rein que l'infiltration se développe tout d'abord; puis, de là, elle s'étend un peu partout. Les tubes en question sont dilatés, mais revêtus, encore dans les premières phases, de leur épithélium, alors que déjà les cellules purulentes infiltrent le tissu interstitiel. Des stries blanches se voient aussi dans les pyramides au niveau des cônes. Cette apparence est due à l'infiltration du tissu interstitiel de ces régions pour une part, mais, de plus, à la présence, dans l'origine dilatée des tubes collecteurs, de globules de pus.

Il n'est pas sans exemple que les petits abcès du « rein chirurgical » déterminent l'inflammation, puis l'ulcération de la capsule du rein et soient ainsi l'occasion du développement de phlegmons périnéphrétiques. Ceci rappelle la péritonite qui, quelquefois, se produit au contact d'abcès miliaires hépatiques superficiels.

Suivant la plupart des auteurs qui ont étudié d'un peu près la question, les abcès de la substance corticale du rein ne prennent pas naissance par extension de proche en proche du processus inflammatoire. Ils apparaîtraient en conséquence d'une sorte d'infection locale, au contact de l'urine altérée qui stagne dans toute l'étendue des voies urinaires. La migration de bactéries jouerait, selon M. Klebs, un rôle important dans la formation de ces abcès (2). Toujours est-il, pour en revenir à la fièvre uréthrale, que l'altération de l'urine, paraît ici, comme l'altération de la bile dans le cas de fièvre hépatique, devoir jouer le rôle fondamental. La fièvre uroseptique, en effet, peut exister sans lésions rénales graves, et d'un autre côté les lésions rénales se montrent à l'autopsie de sujets qui n'out pas été atteints de fièvre uroseptique.

En quoi consiste l'altération de l'urine, cause des accidents fébriles ? On ne le sait pas au juste, mais très-certainement la fétidité de l'urine n'est pas, tant s'en faut, toujours accompagnée de fièvre uroseptique. On peut donc pour les cas où celle-ci se manifeste admettre à titre d'hypothèse vraisemblable que, dans des circonstances qui restent à déterminer, il y a dans l'urine altérée formation d'un poison morbide particulier, d'où dépendent les accidents très-spéciaux de cette forme de *fièvre intermittente.* (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Le budget de l'instruction publique.

La discussion du budget de l'instruction publique, peu mouvementée, toujours calme et paisible, n'a pas laissé pourtant d'être d'un grand intérêt. Le ministre, la commission et la Chambre ont prouvé par leurs paroles, et mieux encore par leurs actes, qu'ils étaient disposés à imprimer un vigoureux élan à l'instruction nationale, à réformer ce qu'elle offre de défectueux, à perfectionner son matériel, à satisfaire enfin aux besoins signalés depuis longtemps, toujours hautement reconnus et sourdement négligés. Sans doute, il y a encore beaucoup à faire, bien des lacunes restent à combler, bien des abus à détruire; mais enfin c'est quelque chose que la manifestation monnayée, et non plus seulement éloquente, d'une vive et réelle sollicitude pour le premier intérêt, non pas du plus grand nombre, mais de tous; c'est quelque chose qu'une augmentation de 11 millions sur 39, c'est-à-dire de plus d'un quart. Il était difficile, dans notre pénurie actuelle, de mieux démontrer à M. Haentjens que nos budgets actuels ne sont point calqués sur ceux de l'empire. Onze millions valent mieux que l'insertion à l'*Officiel* du plus beau rapport sur l'instruction obligatoire. Et tout autorise à espérer que ce n'est là qu'un début; les années prochaines apporteront de plus magnifiques démentis aux assertions risquées du député de la Sarthe.

Sur ces onze millions, l'enseignement médical a sa part proportionnée à son importance. Un million environ se partage entre la Faculté de Paris et la Faculté de Montpellier : reconstruction de l'Ecole pratique et laboratoire de la Charité, création d'une chaire clinique de pathologie mentale, pour la première; pour la seconde, création d'une chaire d'histoire de la médecine, création et aménagement de laboratoires, impression du catalogue de la bibliothèque. Il convient de rappeler aussi la loi spéciale assurant six millions pour la reconstruction de l'Ecole de médecine de Paris. Ces allocations nouvelles sont loin d'être suffisantes, mais elles sont le gage d'une bonne volonté qui faisait défaut jusqu'ici, et promettent enfin des jours meilleurs pour nos grands établissements.

M. Liouville avait proposé d'élever de 13,000 à 15,000 fr. le traitement des professeurs des Facultés de médecine et des sciences à Paris, et finalement s'était contenté de réclamer cette augmentation pour les professeurs de médecine. Il invoquait la justice qu'il y aurait à les traiter comme les professeurs de droit et de lettres, faisait remarquer que les professeurs de médecine, en cours, en examen, séances et concours, étaient les plus occupés, que la Faculté de médecine rapporte à l'Etat plus de 500,000 fr., que si quelques-uns font de la clientèle, près de la moitié n'en ont pas en raison de la nature même de leurs chaires. — M. le Ministre a reconnu le bien fondé des réclamations de M. Liouville, ne les repoussant que faute de pouvoir contenter tout le monde. Devant cet argument, l'argent manque, la Chambre a rejeté l'amendement de M. Liouville, qui eût peut-être mieux fait de réclamer en faveur des chefs de la laboratoire et des préparateurs. Sans être le moins du monde hostile à l'augmentation du traitement des professeurs, nous croyons plus urgent de s'occuper, quand les ressources le permettent, de leurs utiles et indispensables collaborateurs qui, eux aussi, consacrent de longues heures à leurs fonctions, et ne reçoivent qu'un salaire dérisoire, ne les mettant pas même à l'abri du besoin.

Plus heureux que M. Liouville, M. Clémenceau a obtenu le vote d'une somme de 13.000 fr., destinée à la création d'une chaire clinique de pathologie mentale. Il s'est appuyé sur un vœu du Conseil général de la Seine, sur les rapports des professeurs Béclard, Broca et Gavarret, concluant tous à la nécessité de cette chaire. Il a fait ressortir ce qu'il y avait d'étrange à ce que, sans avoir jamais vu un aliéné, un médecin pût obtenir un grade qui l'investit, de par la loi, du droit de décider, dans une certaine

(1) Voir la belle PLANCHE XII; *fig.* 1 et 2 et la PL. I, *fig.* 3, 4 de l'*Atlas* de Rayer. — Voir aussi l'*Atlas* de Carswell, PL. I, *fig.* 4. Pus.

(2) M. Charcot a vu récemment les bactéries faire défaut dans un cas de l'altération en question du rein, développée chez une femme atteinte de cancer du col de l'utérus avec dilatation des uretères.

mesure, de la liberté d'autrui. M. Clémenceau a montré l'insignifiance absolue d'un cours purement théorique dont le professeur, en raison des règles de roulement de l'assistance publique, ne peut montrer à ses élèves, en fait d'aliénés, que des syphilitiques. Le rétablissement des cours cliniques de l'asile Sainte-Anne, dont il faut féliciter M. de Marcère, n'est pas une satisfaction suffisante pour un besoin urgent; ces cours, dûs au zèle bénévole des médecins de Saint-Anne, n'appartiennent pas à la Faculté, et l'administration peut, un beau jour, les interdire de nouveau. A ces raisons péremptoires il n'y avait à faire qu'une réponse : accepter l'amendement. La Chambre a fait son devoir.

Enfin, M. Cornil est venu soulever une question au moins aussi importante pour l'enseignement médical, que la question d'argent, et peut-être plus difficile encore à résoudre. C'est la question des rapports entre les facultés et les administrations hospitalières. La seule véritable instruction médicale est, comme l'a fort bien dit M. Cornil, celle qu'on acquiert dans les hôpitaux; il est donc de toute nécessité que les élèves n'en soient point privés par les obstacles que susciteraient les administrations aux facultés. Or, les dispositions qui règlent l'enseignement clinique ne visent que Paris; il faudrait donc les étendre à la province. En outre ils sont anciens, et les exigences de la clinique ont grandi, si bien qu'aujourd'hui même à Paris, les cliniques étouffent sous les règlements hospitaliers.

Entre les conflits funestes à l'enseignement qui se produisent chaque jour, M. Cornil n'avait que l'embarras du choix. Il a cité le cas du laboratoire de la Charité. En 1873, l'Assemblée et le Conseil municipal votaient par moitié une somme de 92.000 fr. pour la construction de ce laboratoire; en 1874, M. Bardoux, croyant qu'on y travaillait depuis un an, demandait pour l'installer une somme de 10,000 fr. que l'on portait au Budget. Aujourd'hui enfin il est terminé; les meubles et les instruments sont arrivés à la Charité. Mais c'est ici que l'assistance intervient: les meubles sont au grenier, les instruments à la cave, et le laboratoire attend. Les élèves aussi. L'assistance refuse d'en laisser prendre possession pour deux motifs curieux : Le premier, c'est que l'installation ne peut se faire avant le déménagement de l'Académie, qui ne paraît pas devoir se faire de si tôt et n'est nullement nécessaire; — le second, s'il était sérieux, aurait dû être invoqué avant que les constructions ne commencent. On dit que le laboratoire serait trop voisin de la chapelle; or, il a un passage distinct, les jours ne se commandent pas, et le laboratoire ne peut gêner en rien l'exercice du culte. Les arguments de l'Assistance ne prouvent donc rien que sa mauvaise volonté.

M. Waddington répond qu'il s'est déjà préoccupé de cette question de concert avec son collègue de l'Intérieur, et que depuis trois semaines une commission mixte l'étudie. Il reconnaît qu'il y a un vieil antagonisme entre l'assistance publique et la Faculté de médecine, antagonisme qu'il croit tenir à ce que chacun de ces deux services dépend d'un ministère différent. Peut-être eût-il été plus vrai de dire que l'assistance publique, relevant à la fois du ministère de l'Intérieur, de la Préfecture de la Seine et du Conseil municipal, a fini par devenir indépendante de tout le monde. Si elle ne fait pas bon ménage avec la Faculté, c'est qu'elle n'est pas loin de regarder ses professeurs comme des intrus.

Nous devons constater que M. Waddington ne s'est pas engagé à rétablir la bonne harmonie; en toute conscience, nous reconnaissons que c'eût été téméraire. Il y a là en présence deux pouvoirs rivaux qui ne pourront jamais s'entendre tant qu'ils seront simplement juxtaposés. La subordination de l'un à l'autre peut seule faire cesser les conflits et M. Waddington ne se sent peut-être pas de force à faire que le médecin soit, l'intérêt des malades réservé, seul maître dans son service. E. T.

Les médecins réservistes.

L'appel des réservistes avait soulevé, dès les premiers temps, de justes réclamations de la part du corps médical. Le *Progrès* s'était fait, comme c'était son devoir, l'écho de ces plaintes, et, nous appuyant sur un certain nombre de faits, nous avons montré qu'aucune règle n'avait dirigé l'Administration de la guerre dans sa conduite vis-à-vis des docteurs en médecine ou des internes des hôpitaux. En ce qui concerne ceux-ci, une décision équitable, en harmonie avec les idées que nous avons soutenues, vient être prise.

M. le Ministre de la Guerre vient, en effet, de donner l'ordre d'assimiler les internes des hôpitaux, nommés au concours, aux docteurs en médecine et aux pharmaciens, pour remplir, comme *réservistes*, des fonctions désormais en rapport avec leurs travaux habituels et leurs capacités.

C'est sur la demande, et après des rapports explicatifs de notre ami, M. le Dr Liouville, que les ministres de la Guerre et de l'Intérieur ont souscrit à une assimilation si complétement justifiée. Par cette bonne mesure, on trouvera donc à utiliser à leur véritable place des hommes qui, par les concours qu'ils ont subis (externat, internat), par leur fréquentation constante des hôpitaux, et souvent par leurs travaux scientifiques, sont considérés, à juste titre, comme formant la partie la plus laborieuse du corps médical.

Un avenir prochain nous apprendra comment seront utilisés les internes des hôpitaux; mais, dès maintenant, nous avons la persuasion qu'ils seront tous considérés comme des médecins et que l'inégalité choquante qui a existé en 1875 va disparaître.

Il semble aussi qu'il reste beaucoup à faire pour organiser sérieusement le corps de santé de la réserve et de l'armée territoriale, si nous en jugeons d'après les lettres que nous recevons. L'année dernière, l'administration a voulu mettre sur le compte de l'insouciance des médecins les anomalies qui se sont produites. Cependant, tous ceux qui ont répondu à la circulaire de mai 1875 ne paraissent pas encore avoir reçu d'avis sur la situation qui leur est faite.

Plusieurs de nos correspondants qui ont produit toutes les pièces exigées, qui ont comparu devant des commissions militaires, n'ont pu avoir, jusqu'à ce jour, de renseignements précis. Cela est d'autant plus surprenant que, depuis longtemps, les officiers sont nommés. Il est donc à souhaiter que l'administration se préoccupe de cette question, et qu'elle fixe d'une manière définitive le rôle des médecins réservistes et des médecins de l'armée territoriale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 juillet 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. POUCHET présente quelques considérations sur la disposition de l'œuf de poulet.

M. LABORDE entretient la Société de recherches sur la physiologie du cœur de l'embryon, étudiée chez le poulet: Contrairement à l'opinion d'après laquelle le cœur ne battrait que vers la 40e heure, M. Laborde a pu percevoir des pulsations dès la 36e heure et même la 34e. C'est l'oreillette qui bat alors. Vers le second jour, on suit bien le rhythme cardiaque, l'oreillette battant la première, le ventricule en second lieu. Dès le troisième jour on peut suivre le jeu des valvules aortiques, se présentant sous l'aspect de valves formant entonnoir. L'orifice auriculo-ventriculaire est plus difficile à étudier. Ces recherches viennent à l'appui de la théorie généralement admise au sujet de la succession des mouvements de cœur dans la systole. Quant au rôle du système nerveux, M. Laborde serait tenté, contrairement aux idées émises antérieurement, de l'admettre dès le début.

M. DUVAL, en faisant ses recherches sur la morphologie du 4e ventricule, a été conduit à étudier le sinus rhomboïdal lombaire des oiseaux, considéré par les auteurs comme formé par l'élargissement du canal central et par suite comme un 4e ventricule médullaire. Sur une coupe de la moelle durcie, on voit que le sinus est rempli par une substance continue au centre de laquelle est le canal central. Cette substance, loin d'être réticulée comme le disent les auteurs, est formée d'une agglomération de vésicules closes présentant un noyau à leur intérieur. Elle se continue avec la névroglie péri-épendymaire qui offre la même structure. En suivant le développement de la moelle chez le poulet, on voit d'abord la substance grise formée de cellules embryonnaires: les unes se transforment en cellules nerveuses, les autres, au contraire, ne subissant pas cette transformation, constitueraient la névroglie périépendymaire et le contenu du sinus rhomboïdal. La névroglie périépendymaire chez l'oiseau ne serait donc pas un tissu réticulé, mais serait formée par une agglomération de ces vésicules closes. C'est donc dans le sinus rhomboïdal qu'on peut plus aisément étudier la névroglie périépendymaire puisque là elle existe sans mélange avec les éléments nerveux proprement dits.

M. HALLOPEAU fait des réserves sur ce sujet, du moins en ce qui concerne l'homme. Du reste la névroglie périépendymaire diffère de la névroglie proprement dite.

M. BOURNEVILLE fait une communication sur un point particulier de l'action du *bromure de camphre*. (Sera publiée *in extenso*.)

M. GELLÉ présente à la Société un appareil qui permet de rendre manifestes les petits mouvements de la conque et du conduit auditif externe qui dénotent les efforts d'attention. Cet appareil pourrait servir dans les cas de surdité simulée.

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire M. *Duval* est élu. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er août 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. MAURICE RAYNAUD lit un travail sur une manifestation encore peu connue de l'ataxie locomotrice progressive.—On sait que l'ataxie locomotrice ou plutôt la sclérose des cordons postérieurs se traduit parfois par des troubles viscéraux particuliers que l'on désigne sous le nom de *troubles gastriques*, *crises gastriques*. M. Raynaud a récemment eu l'occasion d'observer un cas dans lequel les accès douloureux, au lieu d'avoir pour siége apparent l'appareil digestif et plus spécialement l'estomac, semblaient avoir pour point de départ l'appareil urinaire. Un homme de 39 ans, entre à l'hôpital en proie à presque tous les signes d'un violent accès de colique néphrétique : douleurs atroces dans la région lombaire, rétraction énergique du testicule jusqu'à l'anneau, ténesme vésical, anurie, vomissements, torpeur comateuse. Tout d'abord le diagnostic paraît facile ; mais bientôt un examen plus attentif des symptômes fit naître des doutes sur la nature réelle de la maladie. L'accès, en effet, dura *plusieurs jours*, disparut, puis revint, dura encore plusieurs jours, disparut de nouveau, et sembla bientôt être continu. Or, la longueur et la répétition des accès, la forme des douleurs névralgiques s'irradiant tout aussi bien vers l'épaule, et l'épigastre que vers la cuisse, l'*absence d'albumine* dans les urines, différaient tellement de ce que l'on observe habituellement dans la colique néphrétique, que, malgré l'existence des signes énoncés plus haut, le diagnostic néphrite calculeuse dut être repoussé. — L'autopsie du malade démontra combien le médecin avait eu raison de modifier ses premières idées, car on ne trouva aucune lésion rénale, mais une sclérose des cordons postérieurs de la moelle. Jamais le malade n'avait présenté d'incoordination des mouvements — Il existe donc des troubles viscéraux urinaires absolument comparables aux troubles gastriques développés dans le cours de la sclérose des cordons postérieurs. Des observations semblables n'existent pour ainsi dire pas jusqu'ici, aussi M. Raynaud, ne pouvant tirer aucune conclusion du fait unique qui s'est présenté à lui, se contente d'appeler l'attention des membres de l'Académie sur ce point très-intéressant de la pathologie du système nerveux (1).

M. WOILLEZ désire répondre à quelques objections qui lui ont été adressées, tant à l'Académie que dans la presse médicale, à propos du spirophore qu'il a inventé et qu'il propose d'appliquer au traitement de l'asphyxie. Le lendemain du jour où l'instrument a été présenté à l'Académie, M. Woillez a fait une expérience de respiration artificielle sur le cadavre d'un vieillard mort des suites d'une maladie du cœur. Malgré le mauvais état organique du sujet, le résultat a été des plus satisfaisants, et tous les assistants ont pu se rendre compte de la facilité avec laquelle l'air pénétrait dans les poumons, à chaque manœuvre du levier. — On a dit que l'appareil, agissant comme une énorme ventouse de Junod, pouvait avoir les mêmes effets, modifier trop profondément la circulation générale, causer des ruptures des capillaires superficiels, etc. Cela n'est pas possible: d'abord parce qu'il y a dans le spirophore *équilibre* entre la pression exercée par l'air sur la surface de la peau et la pression exercée par l'air sur la muqueuse pulmonaire, tandis que la tension atmosphérique de la ventouse de Junod n'est pas compensée; et qu'ensuite, il ne peut pas se faire un *vide complet* dans l'intérieur du spirophore à cause de la fermeture incomplète du diaphragme qui entoure le cou : dans la ventouse Junod, au contraire, le vide est parfait. Enfin, l'expérience directe démontre que l'individu vivant, enfermé dans l'appareil et respirant artificiellement, n'éprouve aucune sensation désagréable, aucun trouble circulatoire périphérique ou central, aucun phénomène d'anémie cérébrale, etc. — L'appareil ne peut faire pénétrer l'air dans l'estomac parce que l'œsophage n'est pas béant. — Enfin la distension des gaz intestinaux par rupture de l'équilibre de la pression atmosphérique extérieure et de la tension gazeuse intérieure n'est pas à craindre. — M. Depaul pense que la respiration artificielle bien faite à l'aide du tube laryngien est de beaucoup préférable à la respiration artificielle pratiquée à l'aide du spirophore. Cela ne peut être démontré, car on ne s'est pas encore beaucoup servi du spirophore pour ranimer les enfants nouveau-nés venus en état de mort apparente. Des expériences seront faites bientôt qui pourront permettre de juger en connaissance de cause. Cependant, il faut dire que l'insufflation pulmonaire à l'aide du tube laryngien n'est pas toujours exempte d'accidents (déchirures du poumon, emphysème pulmonaire), tandis que jusqu'ici le spirophore n'a jamais produit aucune lésion de l'appareil respiratoire.

M. COLIN loue sans réserves le principe de l'appareil, indique quelques modifications de forme qu'il serait peut-être bon d'apporter dans sa construction (cuirasse de caoutchouc à panneaux de soufflet, ou bien coquille bivalve emprisonnant seulement le thorax et l'abdomen), et profite de l'occasion pour donner le résultat de ses expériences sur l'asphyxie. Ces expé-

(1) Voir sur ce sujet : Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. II, p. 31 ; — Bourneville, *Le Progrès médical*, 1874.

riences portent sur un grand nombre d'animaux, chevaux, bœufs, chiens, chats, lapin, rats, souris, oiseaux : tous ont été asphyxiés par oblitération de la trachée ou submersion. Or, chez tous, les phénomènes observés se sont présentés d'une façon identique à savoir : immédiatement après l'oblitération de la trachée, l'animal reste calme ; au bout d'un temps variable, 2 minutes et 3 minutes, des efforts violents d'inspiration, des mouvements convulsifs de tous les muscles s'exécutent ; l'animal paraît être en proie à une angoisse extrême : cela dure 1 minute ou 1 minute 1/2 ; puis, les muscles entrent en résolution, les pupilles se dilatent, la sensibilité disparaît complétement, les mouvements du cœur cessent, le sang ne circule plus dans les vaisseaux. L'animal cependant est seulement en état de mort apparente; car, à cette période, il se ranime spontanément : le muscle cardiaque est encore agité de quelques contractions.— Mais, rapidement, la mort réelle survient. Au bout de 4 minutes 1/2 à 5 minutes 1/2, en effet, à compter de l'oblitération de la trachée, la mort réelle a lieu. Dans quelques cas, M. Colin a pu ranimer des animaux en état de mort apparente ; mais toujours (deux fois excepté) l'animal a succombé quelques heures après. — Des phénomènes analogues doivent se passer chez l'homme, et dans le cas de submersion, la mort doit arriver de la 4e à la 5e minute. La respiration artificielle pendant la période de mort apparente est-elle utile ? peut-elle ranimer l'individu? Non, car elle ne peut agir qu'en oxygénant le sang et que le sang ne circule déjà plus. Si on pratique la respiration artificielle sur un homme submergé depuis 4 ou 5 minutes, on oxygénera le sang contenu dans les capillaires du poumon, mais ce sang restera stationnaire, car le cœur ne bat plus. Il y a donc lieu de croire qu'il serait préférable d'exciter les contractions du cœur en irritant le système nerveux. Malheureusement cela ne réussit pas davantage, et M. Colin n'a-t-il pas pu ranimer les animaux asphyxiés soit en pratiquant la respiration artificielle, soit en excitant le système nerveux.— L'utilité du spirophore pour ranimer les noyés sera donc nulle ou illusoire quand on aura affaire à des individus submergés depuis plus de 4 à 5 minutes.

M. Le Roy de Méricourt pense que la respiration artificielle n'a d'efficacité qu'à la condition d'être appliquée instantanément. Aussi craint-il que le spirophore ne puisse rendre les services qu'on attend de lui, à cause du temps que l'on perdra forcément dans l'emploi de l'instrument. De plus, son usage ne pourra être vulgarisé parce qu'on n'aura jamais assez d'appareils à mettre à la disposition du public. Il serait donc préférable de préconiser des méthodes qui sont à la portée de tout le monde et qui rendent les mêmes services. La méthode de Pacini, employée déjà en Italie, en Angleterre et en France, consiste à pratiquer la respiration artificielle en soulevant les épaules du noyé alternativement de bas en haut et de haut en bas. Ce moyen peut être employé partout et instantanément. Il est donc préférable aux appareils destinés à remplir les mêmes indications.

L'Académie se forme en comité secret à 5 heures. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance de mars 1876. — Présidence de M. Charcot.

28. **Dilatation du cœur gauche.—Insuffisance mitrale.—Disposition spéciale des cordages tendineux du cœur gauche, tendus en travers de l'orifice aortique, ayant donné lieu à quelques signes sthéthoscopiques particuliers**; par M. Cuffer, interne des hôpitaux.

V., 35 ans, entrée le 15 mars 1876 à Necker, salle Saint-Eulalie n° 1, (service de M. le professeur Potain); morte subitement le 26 mars 1876.

Jusqu'à l'âge de 27 ans, cette femme avait joui d'une bonne santé. A cet âge, sans rhumatismes antérieurs, elle fut prise, sans cause appréciable, de palpitations assez violentes, d'accès d'oppression. Ces accidents au début ne furent pas assez forts pour l'empêcher de travailler. Elle continua donc ses occupations ordinaires jusqu'au mois de janvier 1876, n'ayant pas d'œdème des jambes, pas d'attaques d'asystolie.

Cependant les médecins qu'elle consulta à diverses reprises lui trouvèrent une affection cardiaque ; elle prit pendant longtemps de la digitale.

Au mois de janvier 1876, elle eut un refroidissement, au milieu de grandes fatigues ; les palpitations augmentèrent notablement ainsi que l'oppression ; toutefois elle n'eut pas d'œdème, pas d'apoplexie pulmonaire. Elle résista à ces accidents encore quelque temps ; mais le 12 mars 1876, pouvant à peine respirer, ayant de très-fortes palpitations, elle se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée, le 15 mars, on constate que cette malade a le facies cardiaque assez prononcé ; elle a une légère teinte subictérique sur toute la surface du corps ; elle urine peu, va difficilement à la selle. Cependant elle n'a pas d'œdème des jambes, pas d'ascite.

Le pouls est très-petit, irrégulier, intermittent ; il offre tous les caractères du pouls mitral. A l'auscultation des poumons, on trouve de la congestion aux deux bases.

Mais c'est surtout le cœur qui offre des particularités intéressantes.

Le cœur est volumineux ; la pointe bat dans le 6e espace intercostal, la matité cardiaque est très-étendue, longueur 18 c., largeur 12 c. A la palpation de la région précordiale, on perçoit nettement un frémissement très-accusé. Ce frémissement est systolique ce qui exclut l'idée d'un frémissement dû à un rétrécissement mitral. Du reste à l'auscultation, on ne trouve aucun signe de rétrécissement, pas de dédoublement du 2e bruit. On ne trouve non plus aucun signe de péricardite qui aurait pu aussi donner un frémissement cartaire systolique.

Ce que l'on constate, c'est un souffle au premier temps, à la pointe, se propageant vers l'aisselle gauche, ayant tous les caractères d'un souffle d'insuffisance mitrale. Mais en même temps que ce souffle, au même moment que lui, on entend un ronflement systolique extrêmement intense, ressemblant comme timbre à la vibration d'une corde assez fortement tendue. Ce bruit n'a pas le même maximum que le souffle ; il siége plus haut vers la droite.

C'est sur ce dernier phénomène que porte surtout l'attention de M. Potain. Après avoir porté le diagnostic : insuffisance mitrale ; il donna du frémissement et du bruit de ronflement l'explication suivante : Au moment de la systole ventriculaire, le sang refluant vers l'oreillette gauche produisait le souffle de l'insuffisance mitrale ; mais la colonne sanguine, grâce à une disposition spéciale des cordages tendineux de la valvule mitrale, devait faire vibrer ces cordages et donner lieu alors à ce bruit de ronflement qu'accompagnait alors le frémissement dû à la vibration des cordages, et que l'on sentait par la palpation du cœur.

M. Potain diagnostiqua donc, en outre, l'existence d'un cordage tendineux tendu en travers du courant sanguin, lequel le faisait vibrer en passant, c'est-à-dire à chaque systole ventriculaire.

Ce fait fut en tous points vérifié par l'examen nécroscopique. — (La malade mourut subitement dans la nuit du 26 mars).

Autopsie. — Le foie, les reins, les poumons ne présentent qu'une congestion assez accusée.

Cœur : Volumineux, 18 centimètres de longueur. — Le cœur droit est relativement petit. Pas d'altération de l'orifice pulmonaire ; un peu d'épaississement des valves de la tricuspide, mais pas d'insuffisance tricuspidienne.

Le *cœur gauche*, au contraire, est très-volumineux, fort dilaté, à parois hypertrophiées, 2 centimètres d'épaisseur pour le ventricule.

L'orifice mitral est très-large, sa circonférence mesure 16 c. Chaque valve mesure 8 c. de longueur. Ces valves sont en outre très-étendues en hauteur, la valve aortique a une hauteur de 4 c., la valve auriculaire 2 c. 1/2.

Les deux valves sont très-épaissies surtout vers le bord libre, et ne présentent pas de recroquevillement comme dans l'endocardite ordinaire ; elles ne sont nullement soudées l'une à l'autre.

La nature de cet épaississement semble beaucoup plutôt être athéromateuse.

Comme on le voit, la dimension de l'orifice mitral devait

donner lieu à une insuffisance considérable ; cependant la hauteur des valvules était telle qu'elles pouvaient se rapprocher presque complétement et empêcher par conséquent un reflux trop considérable du sang du ventricule vers l'oreillette. C'est, en effet, ce que l'on peut parfaitement constater de la façon suivante : après avoir rempli d'eau le ventricule gauche, on voyait très-nettement le reflux de l'eau vers l'oreillette à cause de l'insuffisance, lorsque l'on comprimait le ventricule, mais ce reflux n'était pas considérable. Tout reflux cessait, lorsque après avoir légèrement soulevé la pointe du cœur, on comprimait le ventricule gauche ainsi diminué de longueur. Dans ce cas, l'insuffisance disparait ; c'est que, par ce mécanisme, on permet aux valves de la mitrale de se rapprocher complétement l'une de l'autre.

L'orifice aortique est sain. — Mais, dans cette portion du ventricule gauche, située en dedans de la valve aortique de la valvule mitrale, on trouve une disposition particulière et anormale des cordages de la mitrale ; de cette valve aortique partent deux cordages qui vont s'insérer à la cloison interventriculaire, et de ce point de la cloison interventriculaire part un autre cordage, de 6 centimètres de longueur, qui va s'insérer à environ 1 centimètre au-dessous de l'orifice aortique. Ce cordage est manifestement tendu en travers de la portion aortique du ventricule gauche ; c'est lui que l'ondée sanguine rencontrait à chaque systole et qu'elle faisait vibrer en se dirigeant vers l'aorte.

C'est cette disposition qui avait donné lieu aux signes stéthoscopiques particuliers observés pendant la vie, et dont M. Potain avait parfaitement déterminé la cause.

29. Kystes du foie ; par M. Baraduc, interne provisoire.

Ce foie provient d'une femme de 70 ans, atteinte d'hypertrophie cardiaque et morte d'une fièvre cérébrale, dans le service de M. Bernard, aux Ménages. Aucun phénomène particulier n'avait été constaté pendant la vie.

A l'œil nu, le foie se compose manifestement de deux parties, une saine et une morbide. Celle-ci est constituée par des kystes plus ou moins volumineux dont le siége principal se trouve au niveau du lobe gauche et de l'éminence porte postérieure, laquelle se trouve considérablement diminuée de volume, mais saine dans ce qu'il en reste.

Ces kystes semblent sortir du parenchyme et soulever la capsule de Glisson ainsi que le péritoine qui la double : ils sont très-rapprochés les uns des autres. Dans leur intervalle la glande est saine dans les points où deux kystes ne l'ont pas trop fortement comprimée. Dans le cas contraire, le tissu hépatique est rarefié.

Ils se composent d'une tunique externe fibreuse séparable de l'interne, beaucoup plus mince ; cette tunique fibreuse fait partie de la capsule de Glisson. Presque tous naissent de la face inférieure du foie le long des canaux biliaires, entre eux et la capsule de Glisson prolongée sur les vaisseaux portes.

Telle est la disposition des gros kystes ; parmi les plus petits, plusieurs ne sont séparés du péritoine que par une mince couche de substance hépatique légèrement décolorée ; d'autres nés près des bords du foie émergent de suite du tissu hépatique. Ils sont souvent petits et prennent naissance également entre la paroi biliaire et la capsule de Glisson, mais sur la périphérie du foie.

Quant aux kystes variant de la grandeur d'un pois et moindre à celle d'une orange bosselée par place, ils sont groupés, comme le montre leur dissection, le long des canaux biliaires et vont en diminuant de volume à mesure qu'on arrive vers des canaux plus fins.

Ces kystes semblent formés aux dépens des glandules biliaires dont les culs de sac sont réunis normalement à l'embouchure par un collet assez long, lequel serait oblitéré dans ce cas.

La tunique la plus interne est très-mince. Elle contient un liquide tantôt blanchâtre un peu visqueux, d'autres kystes sont formés par un liquide contenant des grumeaux d'une matière légèrement jaunâtre, dont l'aspect général approche du vert-clair.

Le liquide que j'ai examiné au microscope contient de l'épithélium granuleux, mais surtout des petits amas d'aspect graisseux, enfin des cristaux de cholestérine.

Les voies biliaires paraissent d'ailleurs être saines.

Les artères hépatiques étaient bien plus volumineuses dans tout le domaine kystique que dans la portion saine du foie, tandis que la veine sus-hépathique était par points comme un simple cordon fibreux.

En résumé, la dissection permet de constater : 1° le groupement des kystes autour des canaux biliaires ; 2° l'état d'intégrité du foie dans les portions dépourvues de kystes, son amincissement dans les portions kystiques allant jusqu'à la disparition, sans qu'il y ait en aucun point un tissu étranger ; 3° le développement du kyste entre la paroi biliaire et la capsule de Glisson, le long des canaux biliaires ; l'ensemble représentant une grappe ; 4° la présence de cholestérine dans le liquide des kystes ; 5° le développement du système biliaire, du système artériel hépatique, le retrécissement du système veineux sus-hépatique dans le domaine des kystes sont aussi remarquables.

30. Pyélonéphrite ; hypertrophie des parois vésicales ; par M. Levrat, interne des hôpitaux.

Le nommé B..., âgé de 54 ans, est apporté à la Maison municipale de santé, dans un état désespéré ; coma profond, respiration stertoreuse ; pas de renseignements sur son état antérieur.

L'examen fait avec soin par l'interne de garde, permet de constater une distension considérable de la vessie.

Le cathétérisme est impossible. Une ponction capillaire donne issue à deux litres et demi d'urine alcaline, laissant déposer une couche purulente.

Le malade meurt dans la nuit.

L'*autopsie* faite par les internes de M. Cruveilhier, dans le service duquel se trouvait le malade, a fait constater les lésions suivantes :

Trois retrécissements de l'urèthre très-serrés.

La vessie, vide, présente le volume d'une tête de fœtus, les parois ont près de deux centimètres d'épaisseur, les fibres musculaires font sur les deux faces une saillie considérable, les faisceaux ont deux millimètres de largeur. La muqueuse est noirâtre, ramollie et friable.

Les uretères sont dilatés, présentent un centimètre de diamètre. Les bassinets, de forme conique à sommet inférieur, contiennent environ deux cents grammes de liquide. Le bassinet gauche contient du pus épais et d'aspect franc. Le bassinet droit contient de l'urine transparente.

Des deux côtés, les calices dilatés réduisent l'épaisseur de la substance à un demi centimètre.

Les parois de ces dilatations, lisses et peu injectées à droite, sont rouges et comme tomenteuses du côté gauche.

Diabète. Accidents cérébraux. Apparence chagrinée du plancher du quatrième ventricule ; par M. Homolle, chef de clinique adjoint.

Cette pièce provient d'un homme de 55 ans, mort dans le service de M. le professeur Lasègue, à la Pitié. Le malade, vieux diabétique, avait été déjà traité l'année dernière dans le service ; il fut amené, il y a trois jours, dans un état de délire qui ne lui permettait de fournir aucun renseignement. Il était facile de reconnaître les vestiges d'une ancienne hémiplégie du côté gauche ; on ne trouvait d'ailleurs aucun signe d'une affection viscérale ; l'urine était encore abondante. renfermait du sucre, mais pas d'albumine. Au bout de 24 heures, le coma succéda au délire et le malade mourut.

A l'autopsie, le foie et les reins furent trouvés volumineux et congestionnés. Le cerveau présentait seul d'ailleurs des altérations intéressantes. Les méninges étaient fortement hypérémiées sans trace d'exsudat inflammatoire. Une cicatrice presque linéaire ocreuse indiquait le siége de l'ancien foyer intéressant la capsule interne du côté droit.

Enfin, et c'est là le fait sur lequel je veux appeler l'attention, l'épendyme du quatrième ventricule était manifestement épaissi, un peu moins transparent qu'à l'état normal, et tout-à-fait chagriné, présentant une série de nombreuses petites

élevures d'un demi millimètre de diamètre au plus. Convient-il d'établir entre cette lésion et le diabète une relation étroite? Je ne crois pas qu'on puisse l'affirmer, parce que cet état chagriné peut être observé sans qu'on ait jamais constaté de glycosurie. Il n'y a donc peut-être là qu'une coïncidence, mais qui n'est pas sans quelque intérêt.

31. Mort subite par rupture d'un anévrysme de l'aorte dans le péricarde ; par A. Drouin, interne des hôpitaux.

Le 29 mars 1876, la nommée Berrurier, âgée de 80 ans, est trouvée morte dans son dortoir, à la Salpêtrière.

Les personnes du service me racontent qu'à six heures du matin, quand on a fait la première ronde dans les dortoirs, on n'a rien remarqué d'anormal, les voisines de la malade lui ont adressé plusieurs fois la parole et ne recevant pas de réponse, elles ont cru qu'elle dormait, car ses couvertures ne présentaient aucun désordre, et la position de la malade dans son lit est celle du sommeil.

Les bras allongés le long du corps, offrent déjà la rigidité cadavérique de même que les jambes; la mort doit remonter à 4 ou 5 heures au moins. La mort a dû être instantanée, car la malade n'a pas crié et n'a pu faire aucun mouvement dans son lit. Les traits de la face n'expriment aucune contraction violente.

Les renseignements qu'on me donne ne permettent donc pas de prévoir quelle a été la cause la mort.

C'était une personne très-valide qui, depuis son entrée à la Salpêtrière (1871) n'était pas encore venue à l'infirmerie ; elle se servait de ses membres, n'avait jamais eu d'attaques de paralysie, et n'avait présenté aucun des symptômes rationnels d'une affection cardiaque ; jamais de syncopes. Elle sortait en ville, se promenait dans les cours, montait les escaliers sans jamais être prise d'essoufflement. La malade ne toussait pas et n'avait jamais accusé de douleurs dans la poitrine ni dans les bras.

Autopsie. En faisant l'ouverture du thorax, on constate que le péricarde est distendu par du sang : on retire les viscères de la cage thoracique et on fait au péricarde une grande incision en recueillant dans un vase le sang et les caillots qui s'en échappent. Il renfermait 200 grammes de sang.

A l'origine de l'aorte, il existe un anévrysme du volume d'une grosse noix développé dans la paroi aortique qui est en rapport avec l'artère pulmonaire, celle-ci est très écartée de l'aorte et refoulée un peu vers son côté droit.

Sur la partie convexe de l'anévrysme existe une déchirure sinueuse d'une longueur de 15 millimètres. Les bords sont déchiquetés, écartés seulement de quelques millimètres Des caillots mous et noirâtres s'échappent par cette ouverture.

On incise cette partie et on se trouve dans une poche de la capacité d'un œuf de pigeon. Nous constatons que cette poche est formée par le péricarde décollé et refoulé de manière à former le sac anévrysmal. L'autre paroi de la poche est constituée par les tuniques de l'aorte qui présentent une perforation arrondie dont les dimensions et la direction ne correspondent pas à celles du feuillet péricardique. La première portion de l'aorte est très-dilatée, toute couverte de plaques athéromateuses. C'tst au niveau d'une de ces plaques qu'une rupture s'est faite, et alors le sang s'épanchant entre l'aorte et le péricarde qui revêt cette première portion avait formé une sorte d'anévrysme faux, consécutif dont la rupture dans la cavité péricardique a déterminé la mort de la malade.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 *août* 1876. — Présidence de M. Houel.

M. Verneuil présente à la Société un ingénieux appareil de M. *Th. Millière*, contre les pertes séminales : C'est un anneau divisé en deux par une pièce mobile destinée à mettre en jeu une sonnerie électrique lorsque le pénis dilatera l'anneau, c'est un « *avertisseur de l'érection.* » Une observation concluante est jointe à l'appareil, le tout sera l'objet d'un rapport à la rentrée.

M. Marc Sée lit un rapport sur cinq observations du docteur Dechaux : une première note traite de la conservation d'un membre sans mutilation à la suite d'une plaie par arrachement — les deux observations suivantes montrent que les plaies des parties génitales guérissent facilement chez les femmes enceintes. Enfin M. Dechaux donne le résultat de sa pratique chirurgicale à Montluçon dans le cas de plaies profondes de la région antérieure de l'avant-bras s'éloignant de la pratique préconisée à la Société de chirurgie, ce médecin se contente le plus souvent d'arrêter l'hémorrhagie par la simple compression.

M. Terrier lit un rapport sur le mémoire de MM. Mathieu et Maljeau, sur la capacité respiratoire du sang dans les fièvres traumatiques et autres. Cette capacité du globule diminue pendant la fièvre, mais comme la circulation est exagérée, les combustions le sont aussi ; la fréquence de l'oxygénation supplée à son insuffisance. Cette intéressante question soulève une discussion entre MM. Verneuil, Guéniot, Terrier.

M. Faucon (d'Amiens) lit à la Société une observation d'autoplastie de la région faciale inférieure après une résection du maxillaire pour un cancroïde du menton. — Il insiste sur la nécessité de séparer la restauration de l'ablation ; dans le cas particulier, on ne fit l'autoplastie qu'au bout de 9 mois ; cette opération fut favorisée par une rétraction naturelle de la cicatrice.

M. Verneuil approuve cette manière de faire, souvent, dit-il, l'anaplastie immédiate expose à des gangrènes, à des érysipèles, même à la mort du malade ; c'est une source d'accidents dont le moindre est de causer la perte du lambeau et par conséquent une difformité plus grande que celle à laquelle on voudrait remédier.

M. Tillaux fait ses réserves, et déclare avoir obtenu de bons résultats en faisant l'autoplastie immédiate; il décrit un procédé spécial. M. Verneuil maintient son opinion et est soutenu par M. Duboué (de Pau) qui décrit un mode spécial d'anaplastie. M. Larrey accède aux idées de M. Verneuil pour ce qui est au moins des blessures de guerre. M. Le Dentu résumant la discussion, et se basant sur sa pratique personnelle, pose comme règle : 1° de retarder l'autoplastie quand il y a eu lésion du maxillaire ; 2° s'il n'y a que les parties molles d'atteintes par l'incision , ou se dirigera sur les indications particulières au sujet.

M. Panas fait une communication sur l'histologie du nerf optique ; les auteurs décrivent depuis longtemps une gaîne autour de ce nerf, M. Panas y voit un véritable espace sympathique revêtu d'un endothélium que Ivanhoff décrivit comme des noyaux isolés — l'élément élastique est très-nombreux dans cette gaîne. H. de Boyer.

REVUE CHIRURGICALE

I. Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse ; par le Dr P. Reclus, aide d'anatomie de la Faculté.

II. Etude sur le fongus bénin du testicule ; par le Dr A. Moutier, ancien prosecteur de l'Ecole de Caen.

III. Etude sur les tumeurs cirsoïdes de la main ; par le Dr Emmanuel Gozzoli.

IV. De la trépanation dans les abcès des os et dans l'ostéite à forme névralgique ; par le Dr S. Perret. A. Delahaye, 1876.

V. De l'ablation du calcanéum ; par le Dr E. Vincent. G. Masson 1876.

I. C'est un chapitre spécial *de la Tuberculisation* que vient d'écrire M. le Dr P. Reclus. Les travaux les plus récents, ceux des docteurs Grancher et Thaon en particulier, combattent la doctrine allemande sur la distinction trop absolue du tubercule et de la caséification.

Les deux savants histologistes français ont démontré que, même dans la pneumonie caséeuse la plus étendue, on retrouve la granulation grise de Bayle et de Laennec, et que, dans ce cas, l'aspect anatomique n'est que l'effet d'une éruption confluente de tubercules.

M. Reclus établit de son côté que, *dans le testicule,* la granulation grise, niée par Rindfleisch, puis par M. Richet et ses élèves, à peine admise par Virchow, se rencontre réellement, et qu'elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait pensé jusqu'à présent. Il détermine avec soin le lieu d'origine du nodule milliaire, son mode de développement et les variétés

qu'il présente. L'étude approfondie de la lésion et de ses diverses modifications le conduit naturellement à des aperçus cliniques nouveaux et intéressants : il expose, en particulier, la symptomatologie d'une forme d'orchite tuberculeuse peu connue, aux allures franchement inflammatoires et dont l'évolution rapide constitue un écueil sérieux pour le diagnostic.

Avant d'entrer dans le fond de son sujet, il prend soin de préciser nettement la différence qui existe entre l'*orchite chronique* et l'*orchite tuberculeuse*. Suivant la doctrine actuelle, il réserve le nom de *chronique* à l'inflammation lente qui se termine par la production de tissu fibreux. C'est la *sclérose* du testicule. Elle succède aux écoulements uréthraux prolongés, au varicocèle et à différentes formes d'orchites aiguës telles que, l'orchite métastatique des oreillons, certaines orchites rhumatismales et l'orchite traumatique. En quelques traits rapides, ces variétés de scléroses et d'anémie testiculaires sont caractérisées et décrites.

Ayant ainsi déblayé le terrain, M. Reclus expose avec détails l'anatomie pathologique à l'œil nu du testicule tuberculeux et de ses complications. Les cicatrices, les orifices fistuleux du scrotum, le cordon fibreux subjacent, les abcès circonvoisins, les différentes formes de la vaginalite concomitante, les bandelettes fibreuses, l'enkystement, le fongus, les nodosités du cordon et de l'épididyme sont d'abord étudiées avec plus de détail qu'auparavant. Il fait ensuite un tableau très-saisissant de l'éruption et de l'infiltration tuberculeuse dans tout le système génito-urinaire. Il ne lui reste plus, dès lors, qu'à concentrer l'attention de son lecteur sur la glande séminale elle-même.

Dans le testicule, les lésions tuberculeuses, comme dans le poumon, revêtent les formes les plus variées selon les cas et selon l'âge du processus. Tantôt ce sont des granulations que l'on rencontre, tantôt ce sont des masses caséeuses ; le plus souvent, on trouve des granulations et des masses caséeuses, de telle sorte que l'on passe de l'une à l'autre par transitions insensibles. Dans les cas les plus récents et lorsque déjà l'épididyme est infiltré de noyaux crus et même ramollis, au milieu de la substance testiculaire de consistance et de coloration normales, apparaissent çà et là de petites granulations transparentes, des nodules à peine visibles en certains points, en d'autres saillants, et du volume d'un grain de millet ou de chénevis. Ces granulations sont de deux sortes : les unes reproduisent le nodule type, la *granulation grise* de Virchow ; les autres, et elles sont très-fréquentes, sont des tubercules fibreux désignés sous le nom de *fibromes atrophiques*. Sur une coupe du testicule suivant son grand axe, la configuration générale de l'éruption est fort variable : les granulations sont comme semées au hasard, rares en certains points, confluentes en d'autres ; elles forment parfois des lignes convergentes vers le corps d'Highmore, et cependant, ce n'est pas qu'elles occupent les cloisons fibreuses interlobulaires. Non, elles siégent dans la substance testiculaire elle-même. Bien plus, la granulation se développe primitivement *dans le tube séminifère lui-même*. C'est ce que semblent établir les recherches si consciencieuses et si complètes d'un savant histologiste, de M. Malassez, qui, pour cette partie, a été le collaborateur de M. Reclus.

L'étude étiologique de la tuberculose génitale a fourni à M. P. Reclus deux données intéressantes : 1° la tuberculose peut naître dans le testicule et s'y cantonner ; 2° Dans le tiers des autopsies, les poumons sont indemnes.

L'orchite tuberculeuse sur laquelle l'auteur s'est proposé d'attirer tout spécialement l'attention présente la physionomie suivante. Elle débute tout-à-coup, dans le cours d'une bonne santé, par une douleur spontanée et vive ; le scrotum rougit, se distend ; un épanchement se fait dans la tunique vaginale, et, si l'on parvient à refouler le liquide, on peut sentir l'épididyme et le testicule durs et tuméfiés. C'est là le tableau fidèle du début d'une orchite vulgaire. Cet état aigu a une durée de 3 ou 4 jours ; puis la tuméfaction diminue peu à peu, le liquide se résorbe et peu de temps après on trouve dans l'épididyme une ou plusieurs bosselures qui ne sont que des dépôts tuberculeux : ceux-ci se ramollissent, suppurent, donnent lieu à des abcès, à des fistules, en un mot suivent l'évolution commune.

Cette forme clinique de la tuberculose testiculaire n'avait, avant M. Reclus, été l'objet que d'un seul article, celui que M. Duplay publia en 1860 dans l'*Union médicale* sous le titre de *Tuberculisation galopante du testicule*.

C'est avec raison que M. Reclus s'est efforcé d'attirer l'attention sur cette invasion aiguë et rapide. Mais, peut-être, dans son désir bien légitime, de fixer en l'esprit du lecteur un *type clinique*, a-t-il dépassé le but. N'est-ce pas aller trop loin que de faire deux chapitres distincts, et de diviser les manifestations tuberculeuses du testicule en deux espèces : d'une part, l'*orchite tuberculeuse* ; d'autre part, le *tubercule du testicule* ? Pour nous, nous pensons que dans le testicule comme dans le poumon, toute éruption tuberculeuse est accompagnée de phénomènes inflammatoires aigus *plus ou moins accusés*. C'est ainsi qu'en clinique médicale, on est amené fréquemment à faire le diagnostic entre la pneumonie franche et ce qu'on appelle vulgairement les pneumonies *bâtardes*, affections qui accompagneut ou préparent la tuberculisation.

L'étude de M. Reclus est complète ; le pronostic, le diagnostic et le traitement de la tuberculose testiculaire sont exposés avec autant de soin et de lucidité que tout ce qui précède. Nous regrettons de ne pouvoir insister davantage sur ce savant et intéressant travail. En quittant l'internat, M. Reclus a voulu laisser une œuvre *durable* ; il a pleinement réussi.

II. Dans son excellente monographie ; M. le Dr Moutier, reconnaît deux formes principales de *fongus bénin* du testicule ; le fongus *superficiel* et le fongus *profond*. Le premier est dû au bourgeonnement de la surface externe de l'albuginée ou des parties du scrotum qui forment les bords de l'ulcération. Ce point de départ des végétations est admis par tous les auteurs. Il n'en est pas de même du fongus parenchymateux, de celui qui se développe sur la substance glandulaire de la glande séminale. On connait l'argumentation très-piquante de Deville et les expériences pourtant si concluantes de Jarjavy chez les chiens. Après avoir excisé chez ces animaux une partie de la tunique albuginée et du scrotum, cet auteur a vu la pulpe séminale s'élever entre les lèvres de la plaie, constituer un appendice digitiforme qui se recouvrait bientôt de végétations luxuriantes. Dans une observation chez l'homme, il constata très-nettement la solution de continuité de la tunique albuginée, qui, au niveau du pédicule, se renversait en dehors, sur elle-même. Cette opinion de Jarjavay a depuis été confirmée par les observations de A. Richard et de M. Hennequin dans sa thèse. Le Dr Moutier tout en traitant la question d'une façon très-complète au point de vue de la pathogénie des symptômes et du traitement, a eu surtout pour but de mettre en relief le mode de formation suivant du fongus du testicule qu'il avait eu l'occasion d'observer dans le service de M. Tillaux, à l'hôpital La Riboisière.

Un malade est atteint d'une orchite aiguë à début violent ; un abcès superficiel se forme ; on l'ouvre, et, quelques jours après apparaît, entre les lèvres de l'incision, un petit paquet mollasse, gris-rosé, qui se détache en partie sous la moindre traction, et duquel on peut dérouler lorsqu'on agit délicatement, de longs filaments grisâtres qui ont tous les caractères des tubes séminifères : Au bout de quelques semaines, la substauce séminale tout entière s'élimine ainsi, et, dans la loge scrotale, il ne reste plus qu'un corps dur, irrégulier, formé par l'épididyme plus ou moins altéré et les débris de l'albuginée. Les fongus d'origine tuberculeuse et d'origine syphilitique sont aussi, pour M. Moutier, l'objet d'une étude spéciale. Enfin il a mis à profit le travail récent d'un savant médecin italien le Dr Clementi Romano sur le même sujet. H. DURET.

VARIA

Académie de médecine. — Prix proposés pour l'année 1877

Prix de l'Académie. — Question : « De la glycosurie au point de vue de l'étiologie et du pronostic. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question : « Existe-il une pneumonie caséeuse indépendante de la tuberculose ? » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — Question : « Rechercher par quel traitement on peut arrêter la paralysie générale à son début, et assurer l'amélioration ou la guérison obtenue. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le dr Capuron. — Question : « Du chloral dans le traitement de l'éclampsie. » Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Prix fondé par M. le dr Barbier. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (Extrait du testament.) Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme s'en seront le plus rapprochés. Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr.

Prix fondé par M. le dr Ernest Godard. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie externe. Il sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le dr Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Il sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le dr Hugier. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé en France *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgicale de ces affections (non compris les accouchements).* Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Ce prix ne sera pas partagé. Il sera de la valeur de 3,000 fr. (*A suivre.*)

Sur les propriétés toxiques de la glycérine; par Dujardin-Beaumetz et Audigé.

Voici les conclusions auxquels sont arrivés les auteurs de cet intéressant mémoire : 1° La glycérine, chimiquement pure, détermine chez le chien, en 24 heures, lorsqu'elle est introduite sous la peau, des accidents mortels, à la dose de 10 grammes par kilogramme du poids du corps; — 2° L'ensemble des accidents toxiques (glycérisme aigu) est comparable, dans de certaines limites, à ceux de l'alcoolisme aigu ; — 3° Les lésions nécroscopiques dans le glycérisme sont analogues à celles de l'alcoolisme, ce qui porte à penser que l'action toxique de ces deux corps est à peu près la même; — 4° Au point de vue thérapeutique, il n'est donc pas peut-être sans danger d'introduire dans l'économie de trop grandes quantités de glycérine. (*Bulletin général de thérapeutique.*)

Création d'une chaire de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.

Voici le texte de l'amendement défendu par M. Clémenceau, adopté par la Commission et voté par la Chambre : « Augmenter le crédit de 1.193.500 fr. au chapitre VII, d'une somme de 13.000 fr. affectée à la création d'une chaire de clinique, de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, à la Faculté de médecine de Paris. »

Au cours de la discussion il s'est produit un petit incident, au moment où M. Clémenceau rappelait que M. le préfet de la Seine avait absolument interdit les cours cliniques, M. Gambetta a interrompu disant : « M. de Marcère les a rétablis. » Et M. de Marcère a répété : « Oui, je les ai rétablis. » Or, ce que le Ministre fait, est-il exécuté par le Préfet ? Hélas non : Par une circulaire datée du *28 juillet 1876, M. le Préfet de la Seine déclare qu'il maintient l'interdiction prononcée par lui des leçons cliniques sur les malades des asiles d'aliénés!!!*

Imprudence d'un pharmacien; intoxication; responsabilité. — Au mois de février dernier, un ouvrier de Nîmes mourait victime d'un empoisonnement par l'ellébore. Ce malheureux voulait se purger; on lui avait conseillé de se procurer de la rhubarbe et d'en demander pour dix centimes. Le pharmacien chez lequel il se présenta lui remit, au lieu de rhubarbe, une forte dose d'ellébore. Quelques instants après l'ingestion de cette poudre, Ponchon se sentit malade et eut aussitôt la crainte d'une méprise ; il ne cessa, jusqu'au moment où les forces ne lui permirent plus d'articuler, de répéter des mots : Rhubarbe... — Poison... — Trompé. — Au bout de trois heures Ponchon expirait. Il était âgé de quarante-deux ans. Le pharmacien, que la femme de Ponchon était allée chercher, ne s'empressa pas de réparer sa méprise ; il répondit froidement qu'il ne pouvait laisser son officine sans un représentant, et qu'il n'avait personne pour le remplacer, et laissa l'agonisant en proie à ses souffrances. Il soutint alors ce qu'il a toujours affirmé depuis, à savoir qu'on lui avait demandé de l'ellébore et qu'il avait livré de l'ellébore. Sur l'information requise par le parquet, deux médecins procédèrent à l'autopsie et attestèrent des ravages intestinaux tels que ceux qu'aurait pu produire l'ellébore. Restait la question de savoir si l'ouvrier ne s'était pas trompé et n'aurait pas prononcé ellébore alors qu'il voulait de la rhubarbe. Sur ce point le tribunal a recueilli des indications qui ne laissaient pas de doute. Au surplus, le pharmacien en livrant l'ellébore avait eu le tort de ne faire aucune recommandation, et de ne pas placer sur le papier sa double étiquette rouge, orange et noire, qui indique l'usage externe.

La cour de Nîmes a confirmé le jugement qui a condamné le pharmacien à un mois de prison et 200 fr. d'amende pour homicide par imprudence.

Mortalité a Paris. — Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 27 juillet 1876, on a constaté 863 décès, savoir : variole, 5; — rougeole, 39; — scarlatine, 3; — fièvre typhoïde, 21; — érysipèle, 8; — bronchite aiguë, 18; — pneumonie, 38; — dysenterie, 3; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 54; — *choléra nostras*, 4; — angine couenneuse, 7; — croup, 13; — affections puerpérales, 3; — autres affections aiguës, 253; — affections chroniques, 332, dont 147 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 50; — Causes accidentelles, 32.

Nécrologie. — Christian Ehrenberg, célèbre naturaliste allemand, doyen des professeurs de l'Université de Berlin, vient de mourir à l'âge de 81 ans. Ehrenberg est né à Delitsch en 1795 ; à l'âge de 32 ans il s'était déjà fait connaître par de nombreux travaux et fut nommé professeur extraordinaire à l'Université. En 1829, Humbolt le choisit pour l'accompagner dans une expédition en Silésie. Il fut nombré professeur titulaire en 1839. Ehrenberg a beaucoup contribué à vulgariser le microscope. Son grand ouvrage sur les infusoires, dont il recueillit les matériaux dans son voyage avec Humboldt et Gustave Rose, est bien connu du monde scientifique.

— Le dr Johnstone vient de mourir à New-York, à l'âge de 65 ans. Ce médecin a été président du conseil de la ville et a publié un grand nombre de travaux sur l'hygiène et la science sanitaire. — Le dr Quakenbusch, professeur à l'*Albany medical College*, vient demourir à l'âge de 57 ans. — Le dr Guillauny, auteur d'une remarquable histoire du navigateur Martin Behain, vient de mourir à Munich. On sait que Behain, célèbre cosmographe et navigateur, né à Nuremberg en 1436, fut l'ami de Christophe Colomb. Les Allemands ont prétendu qu'il avait reconnu l'Amérique avant Christophe Colomb. (*Gazette hebd. de méd. et de chir.*)

— Nous apprenons avec regret que notre honorable confrère, M. le dr Bucquoy, vient d'avoir la douleur de perdre son père, M. le dr Bucquoy, décédé à Péronne dans sa 78e aunée. Médecin très apprécié, d'une haute intelligence et d'un dévoument incomparable, il était médecin des épidémies de l'arrondissement de Péronne depuis 1826, c'est-à-dire depuis 50 ans. (*Union médicale*).

Ecole de pharmacie de Paris. — Par décret en date du 14 juillet, M. Leroux, agrégé près l'école supérieure de pharmacie de Paris, est nommé professeur de physique à ladite école, en remplacement de M. Buignet, décédé.

La Réforme économique. Tome IV. 2e livraison. — Sommaire du numéro du 15 juillet : Mémoire sur l'établissement d'un tribunal international et la rédaction d'un code international (2e article. *la fin au prochain numéro*), par Paul Lacombe. — L'Armée et le Budget (3e article, *fin*), par Th. La Ceste. — L'industrie du fer en Europe (*suite et fin*), par E. Avril. — La Théorie du libre-échange et le libre-échange à l'intérieur (2e article), par Menier. — *Chronique économique* France : La Situation agricole; Concours régionaux (*suite*); Arras, Bordeaux, Gap, Rodez, Reims, Rouen et le Puy, par Ernest Menault. — La Situation économique : I. Les faits divers de la quinzaine; II. Le Monument de Tessier; III. Travaux parlementaires; IV. La navigation maritime et fluviale; V. Les rapports sur le budget de 1877 : ministère de l'agriculture et du commerce, par Achille Mercier. — Angleterre : La situation économique; Les Impôts (excise, timbre, domaine de la couronne, postes et télégraphes), par Edmond Barbier. — Allemagne et Autriche-Hongrie : I. Le congrès international de statistique de Pesth; II. Un nouveau parti en Allemagne, les Agraires, par J. Hellès. — *Bulletin économique* : Actes officiels; Production des céréales en France; Etat de la dette de la ville de Paris; Commerce extérieur de la Chine; L'exposition des appareils scientifiques; La crémation, par Georges Lassez. — *Bulletin politique*.

Librairie Ve A. DELAHAYE et Ce, place de l'Ecole-de-Médecine.

Cazalis. L'eau de Challes et ses principales indications, Paris, 1876. In-8 de 41 pages.

Killias. Notice sur les eaux de Tarasp-Schuls, Basse-Engadine, canton des Grisons (Suisse). Paris, 1876. In-8 de 62 pages.

Martinet (F.). Etude clinique sur l'uréthrotomie interne. Ouvrage couronné par la Société de chirurgie. Paris, 1876. In-8 de 74 pages avec planches. 2 fr.

Librairie COCCOZ, rue de l'Ancienne-Comédie.

Bourdillat. Calculs de l'urèthre et des régions circonvoisines chez l'homme et la femme. Paris, 1869. In-8 de 206 pages, avec 32 planches et figures dans le texte. 2 fr.

Fouassier (A.). De la numération des globules du sang dans les suites des couches physiologiques et dans la lymphangite utérine. Paris, 1876. In-8 de 63 pages avec 3 tableaux et 11 planches. 2 fr. 50.

Libraire J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

Gripat (H.). Contribution à l'étude de la thermométrie, dans le choléra (épidémie observée à Paris en 1873). Travail couronné par la Faculté de médecine de Paris. Angers, 1876. In-8 de 30 pages, avec 4 tableaux.

Da Costa Alvarenga. Du silicate de potasse dans le traitement de l'érysipèle. Expérimentation physiologique et thérapeutique, observations originales. Traduit par L. Bertherand, Lisbonne, 1876. In-8 de 54 pages.

4e ANNÉE. — N° 33 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 12 AOUT 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL NECKER. — M. le professeur HARDY.

Syphilide pustulo-crustacée de la face,

Leçon recueillie par BOUDET DE PÂRIS et COUTURIER, externes du service.

Messieurs,

Je vais vous montrer aujourd'hui une femme atteinte d'une maladie cutanée.

Un médecin doit connaître les affections de la peau; on les rencontre à chaque instant dans la pratique et, pour les traiter, il faut au moins savoir distinguer les caractères principaux de ces maladies; c'est, en effet, sur la connaissance exacte de ces grands groupes morbides, dartres, syphilides, affections parasitaires, que repose tout le traitement des maladies cutanées. Je compte donc vous en présenter des exemples chaque fois que l'occasion s'en offrira. Voici maintenant, en quelques mots, l'histoire de cette femme dont la maladie peut, au premier abord, paraître un peu difficile à diagnostiquer.

Cette malade est âgée de 38 ans. Jusqu'ici elle a toujours été bien portante; accouchée il y a cinq mois, elle raconte que vers le sixième mois de sa grossesse, il lui est survenu quelques boutons sur le nez. J'insiste sur ce point, que jusque là, elle n'avait jamais eu ni coryza chronique, ni engorgement des ganglions, ni otite, en un mot aucune de ces manifestations ordinaires de la scrofule. Elle n'accuse que des petites éruptions furonculeuses qui ont laissé de petites cicatrices blanchâtres; elle ajoute d'ailleurs que ces furoncles, pour me servir de son expression, n'ont jamais été très-nombreux à la fois. Voilà, Messieurs, la seule antécédence morbide qui soit à noter chez cette femme; vous pouvez voir sur ses bras, sur ses cuisses et surtout sur les deux genoux des cicatrices ressemblant assez à celles de la vaccine, et se rapportant à ces éruptions furonculeuses.

Cette femme a eu quatre grossesses: deux de ses enfants sont morts; l'un quelques jours après sa naissance, l'autre à l'âge de six mois, d'une maladie qui nous reste inconnue. L'enfant dont elle est accouchée il y a cinq mois est en très bon état et plein de santé.

C'est donc trois mois avant son accouchement que cette femme a vu survenir sur son nez quelques *boutons*; je me sers exprès de ce mot pour désigner ces petites élevures qui se sont assez promptement recouvertes de croûtes. On les a légèrement touchés avec la teinture d'iode; ils se sont alors affaissés et ont laissé des cicatrices très-peu marquées et très-peu réticulées; en effet, il faut pour ainsi dire y regarder à deux fois pour apercevoir ces cicatrices. Donc, je le répète, et j'insiste sur ce fait, les cicatrices sont peu marquées, peu profondes et peu réticulées.

Puis la maladie, abandonnant son premier siége, a gagné les lèvres, la joue et la racine du nez; à mesure qu'elle guérissait sur un point, elle revenait sur un autre.

Pendant le cours de cette éruption, la malade a ressenti fort peu de douleurs; elle accuse une très-légère démangeaison, surtout quand les croûtes se lèvent et que l'ulcération est à nu; d'ailleurs elle ne se gratte pas, et vous savez combien est pénible cette sensation de démangeaison qui force les malades à s'enlever la peau à coups d'ongles.

Ainsi cette femme se présente aujourd'hui à nous avec une affection cutanée, siégeant dans un espace arrondi, limitée au milieu du visage, et dont le centre est presque guéri, tandis que la circonférence est à la période d'état.

Nous trouvons en outre une coloration assez foncée de la peau sur les points malades; ce n'est pas là le rouge de l'érysipèle ni de l'érythème; c'est un rouge un peu violacé ou plutôt brunâtre. — En étudiant maintenant les lésions mêmes, nous voyons surtout des croûtes qui présentent des caractères spéciaux: elles sont en effet peu volumineuses, d'un jaune verdâtre et assez sèches.—Si nous recherchons l'origine de ces croûtes, nous sommes un peu embarrassés pour affirmer l'existence antérieure de tubercules ou de pustules; en effet la lésion élémentaire a disparu. Néanmoins, à la visite d'hier, nous avons pu reconnaître une pustule bien marquée à la racine du nez et il en reste encore des traces aujourd'hui; c'était un petit soulèvement de l'épiderme distendu par du pus; cette pustule s'est rompue très-vite et il s'est formé à sa place une petite croûte déjà sèche. Nous pouvons donc penser qu'il y a eu, à l'origine, quelques pustules semblables à celle-là; mais je n'affirmerais pas qu'il n'y a pas eu en même temps des tubercules: car, dans ce genre de lésion, on voit assez souvent les pustules et les tubercules se développer simultanément.

Nous avons donc là une affection caractérisée par des croûtes d'une coloration jaune verdâtre toute particulière, et dont l'origine est probablement pustuleuse. J'ajoute que cette maladie est évidemment chronique puisqu'elle date déjà de plusieurs mois; et cependant elle a suivi une marche assez aiguë puisque le nez est déjà cicatrisé tandis que les parties voisines sont en pleine éruption; c'est là une marche excentrique, serpigineuse, et sur laquelle nous reviendrons à propos du diagnostic.

Maintenant que nous avons passé en revue tous les détails de cette maladie, il faut savoir quel nom lui donner. A l'aspect des croûtes qui couvrent le visage, nous pouvons penser de suite à plusieurs affections; n'est-ce pas par exemple un eczéma impétigineux? En effet on trouve fréquemment ces croûtes verdâtres dans l'impétigo, et d'ailleurs vous savez combien cette affection est commune. Mais il nous faut abandonner cette idée d'eczéma impétigineux; en effet je n'en veux pour preuve que la pustule observée hier matin, pustule large, unique et rapidement recouverte par une croûte sèche; ce n'est point là une pustule d'impétigo; dans cette affection les pustules sont généralement petites, pointues; il en naît un certain nombre à la fois; puis elles se rapprochent, se fondent en une masse dans laquelle il est impossible de reconnaître la lésion première. En outre dans l'impétigo, les ulcérations sont superficielles, les croûtes plus humides et plus molles et ne laissant pas de cicatrices; ici nous trouvons des cicatrices évidentes; nous n'avons donc pas affaire à une maladie superficielle comme l'est l'impétigo. En tâtant la peau malade, on acquiert la notion que la lésion est profonde et siége véritablement dans le derme; d'ailleurs nous ne retrouvons pas ici les démangeaisons de l'impétigo; enfin l'impétigo est une affection essentiellement diffuse et qui dans aucun cas ne se limite comme celle que vous avez sous les yeux; la rougeur qui entoure les pustules ou les croûtes est franche et n'est jamais brune comme celle-ci. Il nous faut donc rejeter l'idée d'un impétigo et nous ne pouvons penser qu'à une affection profonde, s'accompagnant d'ulcérations qui laissent des cicatrices. En un mot nous avons affaire ici à cette maladie que l'on a désignée sous le nom de lupus, parce que comme le loup, elle dévore tout ce qu'elle atteint. Mais c'est là un nom commun pour toutes les maladies qui détruisent les tissus, et parmi ces maladies les trois principales sont les scrofulides, les syphilides et les cancers de la peau. Nous ne sommes donc guère plus avancés, puisque nous pouvons avoir affaire à l'une quelconque de ces maladies si nous nous en tenons au terme de lupus.

Il nous reste à établir ce diagnostic différentiel. J'élimine tout d'abord le cancroïde caractérisé par des ulcérations très-limitées, à bords saillants, et rarement recouvertes de

croûtes. Nous restons en face de la scrofule et de la syphilis. Au premier abord, en voyant ces croûtes et la teinte violacée de la peau, on pourrait croire à de la scrofule; je dois dire que ce fut là le diagnostic du médecin qui m'a adressé cette malade; néanmoins, j'avoue que j'ai une certaine répugnance à admettre cette manière de voir, et, voici pourquoi : d'abord les lésions ne sont pas tout-à fait celles de la scrofule ; les croûtes surtout sont trop sèches. Dans la scrofule, les ulcérations se recouvrent de croûtes plus volumineuses et d'une coloration spéciale : blanches ou grises, ou même noires, s'il y a eu un peu de sang épanché : bien rarement elles sont d'un jaune vert comme ici. La sécheresse et la coloration verdâtre de ces croûtes indiquent donc qu'elles ne sont point un produit de la scrofule. De plus, dans cette dernière maladie, il y a à côté des ulcérations un gonflement œdémateux des tissus : les malades se présentent avec un nez augmenté de volume, avec la lèvre supérieure épaissie et saillante. Nous n'avons rien de cela ici ; il y a bien un peu de gonflement de la peau; mais il dur, profond et peu considérable.

De plus, en faisant attention à la couleur de la peau, je ne trouve pas la coloration vineuse des scrofulides. Ici la teinte est un peu brune, légèrement foncée.

En outre, la marche de la maladie est toute différente ; en effet, les lésions de la scrofule parcourant leur évolution en plusieurs mois et même en plusieurs années, il est rare de voir des pustules naître et guérir en aussi peu de temps que dans le cas actuel. Ici, en effet, il n'y a pas eu pour ainsi dire de traitement et déjà la maladie est guérie sur le nez. Si nous avions affaire à une scrofulide, nous retrouverions à ce niveau des ulcérations et des croûtes en pleine évolution.

Un autre point encore très-important, c'est l'absence de toute manifestation scrofuleuse dans l'enfance et dans la jeunesse de cettte femme. Il faudrait admettre que chez elle, la maladie a débuté à 38 ans; or, Messieurs, ce n'est que très-exceptionnellement que vous trouverez pour la première fois des manifestations scrofuleuses sur la peau après 30 et 40 ans, et, même alors, c'est qu'il y avait déjà eu quelques accidents portant sur d'autres tissus. Or, les cicatrices que nous voyons sur les membres de cette malade, n'ont rien de scrofuleux ; ce sont des traces de furoncle.

Si nous rejetons l'idée d'une scrofulide, il faut donc admettre la syphilis. Je crois, en effet, Messieurs, que c'est là une syphilide. Je trouve une coloration brune très-marquée ; des croûtes sèches, qui seront plus foncées dans quelques jours ; je trouve surtout des cicatrices d'un aspect caractéristique, cicatrices peu marquées, peu réticulées. Dans la scrofule la cicatrice est enfoncée ou saillante, réticulée, souvent kéloïdienne, Ici, la petitesse, le peu de profondeur et l'aspect lisse des cicatrices me font affirmer l'existence de la syphilis.

La marche de la maladie vient encore me confirmer dans cette idée. Disparaissant sur un point, elle reparaît à côté, suivant la marche excentrique, serpigineuse, des syphilides. En outre, comme autres symptômes, nous n'avons trouvé ici que fort peu de démangeaison.

Mais, me direz-vous, cette manifestation syphilitique existe seule, sans antécédents, sans phénomènes concomitants ? Je ne sais pas si la malade a eu d'autres phénomènes, je ne m'en inquiète pas. Les caractères de la lésion actuelle me suffisent pour admettre la syphilis en dehors de tous les antécédents qui font défaut ici. Souvenez-vous qu'il est plus commun, alors que le passé est inconnu, de trouver des lésions syphilitiques que des éruptions scrofuleuses. J'affirme donc que nous avons là sous les yeux une affection syphilitique. Voilà pour le diagnostic principal.

Mais il nous reste à établir à quel ordre d'accidents nous devons rattacher cette affection, et comment nous allons la dénommer.

Cette lésion, Messieurs, appartient à la période tertiaire, période qui survient plus ou moins longtemps après les phénomènes primitifs, quelquefois 10, 15 et même 20 ans après. Souvent, surtout chez les femmes, les symptômes primitifs ont passé inaperçus, ou bien ils sont oubliés, et 20 ans après on voit survenir une éruption pareille à celle-ci. J'ai hâte de vous dire qu'ici nous retrouvons d'ailleurs tous les caractères de la syphilis tertiaire; en effet, la lésion est circonscrite et profonde : *circonscription et profondeur*, voilà les traits caractéristiques des lésions tertiaires ; celles de la seconde période, au contraire, sont superficielles et disséminées. Ainsi voilà le point essentiel déterminé : nous avons là une syphilide tertiaire.

Si maintenant nous voulons aller plus loin nous voyons que cette syphilide appartient à la variété ulcéreuse : il y a là, en effet, des ulcérations qui sont le résultat de tubercules ou de pustules et qui se sont couvertes de croûtes.

Si nous allons plus loin encore, nous arrivons à la pustule examinée hier matin ; nous avons donc là un exemple de syphilide pustulo-crustacée, et ce nom retrace les phénomènes principaux de l'affection, la pustule et la croûte. Cependant je dois faire certaines réserves à cet égard, car bien souvent les tubercules se trouvent mêlés aux pustules et nous avons peut-être affaire à une syphilide tuberculo-crustacée; il vaudrait donc peut-être mieux s'en tenir à la dénomination de syphilide ulcéreuse.

En outre, si nous prenons en considération la forme serpigineuse, si fréquente dans la syphilis tertiaire, nous arrivons au dernier terme de notre diagnostic et nous appellerons la maladie de cette femme une *syphilide pustulo-crustacée serpigineuse.*

Maintenant, comment expliquer la production de ces accidents, alors qu'on ne trouve aucune autre trace de syphilis chez notre malade ? Il faut bien savoir que les gens en puissance de syphilis sont toujours dans une imminence morbide, et que, sous l'influence d'une dilatation quelconque, on voit survenir des accidents, bien longtemps après l'époque de l'intoxication. C'est ce qui a eu lieu chez cette femme. En effet, elle s'est trouvée enceinte à un âge assez avancé ; les femmes devraient cesser de procréer à 30 ou 32 ans; plus tard, la gestation devient pour elles une cause d'affaiblissement. Ainsi, notre malade enceinte à 38 ans, a vu, sous l'influence de cette cause de débilitation, paraître les accidents tertiaires pour la première fois. On a d'ailleurs signalé la grossesse comme une cause déterminante d'accidents appartenant à une syphilis qui jusque là était restée latente. Je ne fais pas de difficulté pour admettre que les choses se sont passées ainsi chez cette femme.

Il me reste à dire un mot de son enfant; il a une très-belle apparence, et ne présente aucune trace de syphilis. Mais rappelez-vous que les enfants n'héritent pas d'une syphilis aussi ancienne ; après 15 ou 20 ans, la force de transmission du virus syphilitique est épuisée et à 38 ans, cette femme a pu procréer un enfant parfaitement sain et qui restera sain relativement à la syphilis, car les accidents héréditaires de cette maladie se développent toujours dans les 2 ou 3 premiers mois qui suivent la naissance ; et l'enfant est âgé de 5 mois.

J'arrive au pronostic. Il est favorable et je suis persuadé qu'avec le traitement que je vais vous indiquer, nous obtiendrons une guérison rapide. Cependant, sachez-le bien, la syphilis ulcéreuse est une chose grave ; l'élan une fois donné à la syphilis, il y a de nombreuses récidives ; je crois donc que nous guérirons la malade, mais je ne réponds pas qu'elle ne sera pas reprise des mêmes accidents dans le cours des deux ou trois années suivantes.

Quant au traitement, il est parfaitement indiqué; il consiste surtout dans l'administration de l'iodure de potassium ; c'est là le remède souverain pour les accidents tertiaires, de même que le mercure est le médicament de la seconde période de la syphilis. Toutefois, on arrivera peut-être encore plus vite à la guérison en ajoutant un peu de mercure à l'iodure de potassium.

Dans la syphilis tertiaire, le mercure réussit rarement seul ; l'iodure de potassium employé seul, réussit souvent ; mais le traitement mixte réussit presque toujours (j'allais dire toujours). Vous pouvez donc donner séparément l'iodure

de potassium à la dose de 2 grammes par jour, et 1 ou 2 pilules de Sédillot, chacune de ces pilules contenant 0 gr. 10 d'onguent napolitain.

Vous pouvez encore employer une préparation contenant les deux médicaments réunis ; adressez-vous de préférence à l'une de ces préparations officinales qui donnent des résultats merveilleux, au sirop de Gibert, par exemple. Ce sirop est préparé de la façon suivante ; on fait une solution de :

Bi-iodure de mercure	1	gramme.
Iodure de potassium	50	—

dans :

Eau distillée	50	—

puis on mélange cette solution avec 2.400 grammes de sirop de sucre ou d'un sirop amer de gentiane ou de Gayac. Chaque cuillerée de ce sirop (c'est-à-dire chaque 25 grammes) renferme :

Iodure de potassium	0 gr. 50.
Bi-iodure de mercure	0 01.

On peut porter la dose jusqu'à trois ou quatre cuillerées par jour. C'est là, Messieurs, une préparation efficace et qui, de plus, a l'avantage de n'être pas connue du public dans sa composition. Il vaut souvent mieux ne pas dire aux malades qu'ils ont la syphilis, et il est alors commode de donner des médicaments qui ne leur sont pas suspects ; autrement ils pourraient s'offenser ou se persuader qu'ils n'ont pas la syphilis et abandonner le traitement. Dites-leur donc que ce sirop va agir sur la peau, ou bien employez un mot, entièrement faux il est vrai, et dites leur que c'est un sirop dépuratif. Ils le prendront alors avec confiance.

Dans cette pensée de dissimulation utile, écrivez donc toujours hydrargyre pour mercure, liqueur de Fowler ou de Pearson au lieu d'arsenic. Vous sauvez ainsi les apparences et vous guérissez vos malades.

Ainsi, Messieurs, nous emploierons ici le sirop de Gibert. Cependant il y a encore quelque chose d'accessoire, c'est l'état anémique de la malade, d'où l'indication des toniques, du vin de quinquina et peut-être même du fer.

En outre, je dois ajouter qu'il est nécessaire dans le traitement de ces accidents de recommander aux malades une bonne nourriture, et de leur défendre les excès, les veilles, les fatigues de toutes sortes. Vous trouverez là une explication des différences que l'on observe dans la rapidité des guérisons à la ville et à l'hôpital.

Dans les salles de l'hôpital Saint-Louis les malades guérissent rapidement, parce qu'ils se reposent, et parce-qu'ils ont une vie parfaitement réglée. Ceux du dehors, au contraire, qui viennent demander des conseils à la consultation, et auxquels on prescrit la même médication, sont bien plus longs à guérir, parce qu'ils continuent à travailler, et parce que souvent ils se livrent à des excès. Soyez persuadés que ces précautions hygiéniques entrent pour une bonne part dans le traitement de la maladie.

Avons-nous besoin d'un traitement local ? Evidemment non ; la médication générale suffit. Je suis persuadé que dans huit jours il y aura une amélioration marquée, et que dans un mois les ulcérations seront cicatrisées. Néanmoins, si cette cicatrisation tardait trop, on aviverait les ulcérations en les touchant avec un peu de teinture d'iode, ou mieux avec une solution de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc.

Je vous remontrerai cette malade dans quelque temps ; mais je vous engage, Messieurs, à la suivre avec nous ; vous aurez la satisfaction de la voir guérir, et le traitement étant dans ce cas la véritable pierre de touche du diagnostic, j'aurai pour ma part la satisfaction de voir que mon diagnostic n'aura pas été infirmé.

— *Après un traitement de six semaines, la malade est sortie de l'hôpital complètement guérie le 31 mai. Son départ a été retardé par un érysipèle de la face, survenu alors que les cicatrices étaient déjà formées.*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. CHARCOT.**

XIXe LEÇON. — Des fistules biliaires (1).

(Résumé de la leçon du 1er juin).

Messieurs,

Nous avons terminé la longue histoire des diverses lésions tant organiques que fonctionnelles, déterminées par la migration des concrétions biliaires cystiques par les voies naturelles. Ainsi que je vous l'ai annoncé, l'élimination de ces calculs s'opère quelquefois par un mécanisme tout différent : c'est de ce mécanisme que je désire vous entretenir aujourd'hui.

Vous n'ignorez pas que fort souvent, le plus souvent peut-être, la présence des calculs dans la vésicule du fiel n'occasionne aucun trouble fonctionnel appréciable, aucune lésion organique. Les choses ne se passent pas toujours de cette façon et les accidents inflammatoires dont la vésicule devient le siége au contact des concrétions biliaires constitue un chapitre de pathologie assez complexe.

1° Dans certains cas, — ce sont de beaucoup les plus rares, — la réaction inflammatoire se produit suivant le mode suraigu (*cholécystite suppurative*) et, à l'autopsie, on trouve la vésicule remplie de pus dans lequel baignent les concrétions biliaires (Besnier, *loc. cit.* p. 315).

2° D'autres fois, au contraire, le processus inflammatoire est absolument chronique. Sous son influence, les parois de la vésicule se transforment en un tissu fibreux dans lequel disparaissent toutes les particularités de la structure normale (fibres musculaires et élastiques, etc.). En même temps, les parois subissant, dans l'ensemble, une sorte de rétraction, il en résulte que la cavité de la vésicule se rétrécissant dans tous les sens, ces parois s'appliquent sur les concrétions biliaires qui, alors, sont pour ainsi dire enkystées. [*Cholécystite scléreuse, atrophie de la vésicule* (2)]. C'est là, en somme, un mode de guérison car les calculs, emprisonnés en quelque sorte dans une membrane inerte, sont mis hors d'état de nuire. La calcification, l'ossification de la vésicule sont des conséquences assez habituelles de l'induration fibreuse de ses parois.

3° Mais, dans la règle, l'irritation que subissent les parois de la vésicule au contact des calculs se traduit par un travail d'ulcération. La membrane muqueuse est d'abord affectée ; puis, l'ulcération gagne en profondeur, en même temps que des adhérences s'établissent entre la vésicule et les organes voisins. Le dernier terme de ce processus morbide est la formation d'un trajet fistuleux qui fait communiquer la cavité de la vésicule avec celle d'un organe creux avoisinant ou avec l'extérieur par l'intermédiaire de la paroi abdominale et peut ainsi donner issue aux calculs.

Voilà, Messieurs, quelle est la série, en quelque sorte normale, des accidents. Mais, il est possible que telle circonstance vienne en arrêter le développement régulier : avant l'établissement des adhérences, la paroi amincie de la vésicule peut se rompre sous l'influence d'une cause traumatique, d'une chute, d'un effort, comme dans la parturition, par exemple et la perforation qui en résulte est en général suivie d'une péritonite rapidement mortelle. L'intervention d'une colique hépatique a été plusieurs fois l'occasion de l'apparition de ces accidents redoutables (3). Dans un cas de Leared (4), les parois de la vésicule étaient sphacélées ; un calcul était engagé dans le canal cholédoque.

La plupart des perforations de la vésicule sont ainsi précédées et en quelque sorte préparées par l'inflammation ulcérative calculeuse de la vésicule. Cependant, sans que ses parois aient été préalablement modifiées par l'inflammation, la vésicule peut se rompre sous l'influence de grands traumatismes. En pareille circonstance, la présence de calculs dans la vésicule paraît en favoriser la rupture. Cela est arrivé, entre autres, dans le cas relaté par le Dr Pepper (5). Un homme, âgé de 60 ans, fut blessé dans un accident de chemin de fer ; la mort survint promptement. A l'autopsie, on découvrit une rupture linéaire de la vésicule, siégeant à un centimètre et demi du fond ; les parois de cette cavité ne présentaient pas traces d'altérations. Trois calculs avaient passé par cette ouverture et étaient tombés dans le péritoine, un quatrième était engagé dans le canal cystique.

(1) Voir les nos 13 à 32.
(2) Ogle. — *Saint-Georges Hosp. Rep.*, p. 197.
(3) Cas de Murchison, *loc. cit.*, p. 166.
(4) *Path. Transact.*, t. x, p. 177.
(5) *Centralblatt*, 1870, p. 79.

Un autre accident de la cholécystite calculeuse, non moins grave que le précédent, c'est l'inflammation des veines qui existent en si grand nombre dans les parois de la vésicule (1).

Ce sont-là, en somme, des complications rares. L'ulcération calculeuse est loin d'avoir toujours des conséquences aussi redoutables. Il n'est pas rare qu'elle se termine par la guérison, les cas de Barth et de Frerichs obs. CLII nous en fournissent la preuve. Quelquefois, d'ailleurs, le travail ulcératif ne va pas au-delà d'une simple abrasion par suite de laquelle les plis et les alvéoles disparaissent, çà et là (2).

Quoi qu'il en soit, dans un grand nombre de cas, l'ulcération de la vésicule aboutit à la formation de fistules soit bimuqueuse, soit cutanées, dont nous devons actuellement entreprendre l'étude parce qu'elle forme un des chapitres les plus intéressants de la pathologie des voies biliaires.

Pour bien comprendre le mécanisme suivant lequel se produisent ces fistules, il importe de se remettre en mémoire les rapports de contiguité qui, dans l'état normal, existent entre la vésicule et les parties voisines. Vous trouverez ce sujet traité avec un grand soin dans l'ouvrage de M. Sappey (3). Je profite de la circonstance. pour signaler à votre attention un procédé fort simple et qui met bien en lumière ces rapports: Il s'agit de noter, à l'autopsie, les parties qui, par l'action de la transsudation cadavérique du liquide biliaire sont teintées en jaune.

Chez certains individus, le fond de la vésicule est caché sous les fausses côtes; très-fréquemment, il les déborde et est alors en rapport avec la paroi abdominale antérieure, au niveau du bord externe du muscle droit. Sa face inférieure, dans les conditions vulgaires, est en rapport : 1° avec l'extrémite supérieure de la deuxième partie du duodénum et, 2° avec la partie correspondante du colon transverse.

Si la vésicule est portée en dedans de la ligne médiane, et c'est la une position qu'elle prend quelquefois, elle se met en rapport avec la première portion du duodénum et même avec l'extrémité pylorique de l'estomac.

Si, au contraire, elle se porte en dehors, se rapprochant par conséquent du flanc droit, elle entre en contact avec l'extrémité supérieure du colon ascendant ou le commencement du colon transverse et aussi avec le rein droit. — C'est seulement quand la vésicule descend très-bas qu'elle entre en rapport avec l'extrémité supérieure du jéjunum.

Vous voyez, en somme, que, pour la vésicule, nous avons à signaler des rapports communs, vulgaires, et des rapports exceptionnels. La considération de ces notions d'anatomie normale fait comprendre pourquoi certaines fistules cystiques calculeuses sont en quelque sorte vulgaires, tandis que d'autres figurent parmi les cas rares.

Vous prévoyez d'après cela, Messieurs, que de toutes ces *fistules*, les *duodénales* sont celles qui se rencontrent le plus fréquemment. Les *fistules cystico-coliques* viennent en deuxième ligne.

Cette différence tient sans doute à ce que le colon est beaucoup plus mobile dans l'abdomen que ne l'est le duodéuum et se soustrait beaucoup plus facilement aux adhérences. Les *fistules gastriques* ne viennent qu'au troisième rang. Les *fistules externes* sont celles qu'on trouve le plus souvent signalées dans les *casuistiques*. Cette prédominance des fistules externes sur les autres dans les statistiques peut être expliquée, en partie, par ce fait que les fistules de ce genre, contrairement à ce qui a lieu parfois pour celles qui se produisent à l'intérieur, ne sauraient passer inaperçues.

J'emprunte à M. Murchison une statisque — la plus récente et la plus complète de toutes celles qui existent — qui est bien propre à mettre en relief la fréquence des diverses espèces de fistules. M. Murchison a recueilli dans les auteurs ou dans sa pratique personnelle : 28 exemples de fistules duodénales, 7 de fistules coliques, 4 de fistules gastriques et 70 de fistules cutanées.

Je dois maintenant vous donner quelques renseignements sur chacune de ces variétés de fistules cystiques calculeuses. Je commencerai par les fistules intestinales, choisissant parmi celles-ci les plus fréquentes de toutes, à savoir les duodénales.

Je signalerai au préalable un caractère commun à toutes ces fistules : tantôt elles sont directes, tantôt elles ne mettent en rapport les deux cavités voisines que par l'intermédiaire d'une espèce de cloaque. Un autre trait commun à mentionner, c'est que, dans la majorité des cas, ces trajets fistuleux se produisent sourdement sans que rien durant la vie n'en annonce la formation ou tout au moins celle-ci ne se décèle-t-elle que par des symptômes très-vagues. Rarement, il y a de la jaunisse, plus rarement encore des douleurs hépatiques, très-rarement enfin de l'hématémese ou du mélæna (Frerichs).

a) Examinons donc les fistules cystico-duodénales. C'est le fond de la vésicule ou une partie voisine qui, dans la règle, se met en communication avec l'organe voisin. Par cette voie, des calculs très-volumineux peuvent être éliminés, et l'élimination par cette voie s'effectue, en quelque sorte, sans bruit; aussi a-t-on pu dire que les calculs volumineux étaient plus facilement rejetés que les petits.

Presque tous les calculs très volumineux qui sont rendus par les garde-robes ont dû passer par des fistules cystico-intestinales.

Nous savons pourtant que des calculs volumineux, après avoir traversé le canal cholédoque et avoir déterminé les symptômes de l'hépatalgie calculeuse peuvent parvenir dans l'intestin par la voie des fistules duodéno-cholédoques.

La formation d'une fistule duodénale étant achevée, la question n'est pas toujours, pour cela, définitivement résolue. Deux circonstances se présentent quelquefois : 1° Le calcul, trop gros pour l'orifice ou les orifices, est retenu dans la vésicule; cette particularité est indiquée dans une observation communiquée à la *Société anatomique* par M. Després (mai 1876) et dont je vous ai montré les pièces à l'un des cours pratiques. 2° D'autres fois, le calcul après être tombé dans l'intestin s'y enclave et détermine les graves accidents de l'*iléus*. L'histoire de cet enclavement intestinal des calculs biliaires mérite d'être tracée à part.

La majorité des cas de fistules cystico-duodénales, observés par M. Murchison, ont occasionné ces accidents ; la mort, tant s'en faut, ne s'en suit pas fatalement ; quelques-uns, en effet, se sont terminés par la guérison.

Dans les autopsies, j'ai pu souvent, comme bien d'autres, reconnaître les traces du travail de formation d'une fistule cystico-duodénale, aboutissant à la guérison : la vésicule était atrophiée, ou représentée seulement par une petite cavité contenant quelquefois des calculs enclavés et mise en rapport par une sorte de ligament avec la seconde portion du duodénum ; au niveau de l'insertion de ce ligament, on voyait une dépression de la muqueuse duodénale, dernier vestige de l'orifice de communication.

b) Les *fistules cystico-coliques* sont beaucoup plus rares que les précédentes, les fistules calculeuses au moins, car celles d'origine cancéreuse sont relativement plus communes. L'émigration d'un calcul même volumineux, par cette voie serait comparativement favorable en raison du calibre des dimensions du colon. Des exemples de semblables fistules, guéries depuis longtemps, ont été rapportés dans leur article par MM. Barth et Besnier (*Loc. cit.*, p. 374).

c) Les *fistules calculeuses cystico-gastriques* sont, nous l'avons dit, plus rares encore. Murchison cite onze cas de cette espèce. La plupart des auteurs tendent à admettre que dans tous les cas de calculs biliaires vomis, le corps étranger a dû passer par cette voie. Il n'est pas impossible cependant que des calculs, rendus par les voies biliaires naturelles, remontent jusque dans l'estomac ; mais la réalité est que, dans la majorité des cas, l'ictère et la colique hépatique ont fait défaut, ce qui semble indiquer que l'émigration n'a pas eu lieu par le canal cholédoque.

Toutes les fistules cystico-gastriques ne sont pas d'origine calculeuse. Ce fait est démontré, par exemple, par une observation de M. Ogle (1), dans laquelle un grand ulcère simple de l'estomac avait entamé les parties les plus externes, seulement de la vésicule du fiel.

Les communications accidentelles de cause calculeuse, que je vais brièvement énumérer, méritent d'être rapprochées des fistules cystico-intestinales.

a) *Fistules cystico-rénales.* — Leur existence n'a pas encore été régulièrement constatée par l'autopsie ; les rapports de la vésicule du fiel avec le bassinet permettent de l'expliquer, et elle est rendue probable par les quelques faits, déjà mentionnés, d'émission de calculs biliaires par l'urèthre.

b) *Fistules cystico-vaginales.* — D'après Fauconneau-Dufresne, il se ferait des adhérences de la vésicule et de l'utérus pendant la grossesse, et les calculs seraient expulsés par le vagin lors de l'accouchement.

c) *Fistules pleurales et pulmonaires.* — Il ne s'agit plus ici,

(1) C[illegible] sur c[illegible] : Br[illegible].— *Guy's Hospital Reports*, T. I. 1836. [illegible] VI, p. [illegible] : — Murchison. *loc. cit.*, p. 15[illegible] et l'observation XXXV, [illegible] à une ulcération gangréneuse du canal cystique.

(2) Ogle. — *Saint-George's Hosp. Reports*, p. 184.

(3) *Traité d'anatomie descriptive*, T. IV, p. 342

(1) *Loc. cit.*, [illegible] VIII, p. 1[illegible]

de fistules cystiques. Les conduits hépatiques dilatés s'ouvrent dans le péritoine: un cloaque purulent et biliaire sert d'intermédiaire. Le diaphragme s'ulcère et le pus, mélangé de bile, pénètre dans la cavité pleurale. Dans le cas de Cayley, cité par Murchison, on ne découvrit pas le calcul. Dans un cas, recueilli par M. Laboulbène, le malade avait une expectoration verte, composée d'un liquide purulent mêlé de bile, ainsi que les réactions chimiques permirent à M. Méhu de s'en assurer. On entendait des râles muqueux à la partie moyenne du poumon droit, qui disparaissaient après la toux et l'expectoration. Il y a, par conséquent, lieu de penser qu'une communication s'était établie entre les conduits biliaires et les bronches, par des voies plus ou moins indirectes. L'autopsie n'a pas été pratiquée (1).

Je terminerai l'histoire des fistules cystico-intestinales, par l'indication des principaux accidents susceptibles de se produire, quand les calculs sont parvenus dans l'intestin.

1° *Iléus.* — C'est dans le jéjunum ou l'iléon, que les calculs s'enclavent le plus souvent, pour y donner naissance aux phénomènes de l'iléus. Ces cas, nous l'avons annoncé, ne sont pas très-rares (2). M. Murchison en a rassemblé vingt de ce genre. La terminaison n'est pas toujours mortelle. L'auteur en mentionne plusieurs où la guérison a été observée, bien que des vomissements stercoraux se soient produits.

Il peut y avoir encore un arrêt des gros calculs au niveau du sphincter anal; mais on triomphe aisément des accidents de ce genre.

En outre, de l'iléus, il est encore possible de citer parmi les accidents dus à la présence des concrétions biliaires dans le canal intestinal :

2° Les *ulcérations* et les *perforations* du cœcum ; — 3° celles de l'iléon ; — 4° de l'appendice vermiforme (Budd, Trousseau) ; j'indiquerai un cas, consigné dans le *Medical Times* (1859, t. II, p. 372), et dans lequel un abcès s'étant formé au voisinage de l'appendice, le calcul est sorti par la paroi abdominale.

Les *fistules biliaires cutanées*, composent le dernier groupe qui nous reste à examiner. Aux soixante-dix exemples réunis par M. Murchison, il faut en ajouter six autres que j'ai recueillis dans les auteurs (3). Tantôt la fistule s'établit par un travail d'ulcération lente et qui passe à peu près tout-à-fait inaperçu; tantôt, il survient une cystite suppurative, déterminant des accidents d'une gravité variable, puis, il se fait des adhérences directes entre la vésicule et les parois abdominales, ou bien, il se forme un cloaque. L'ouverture s'opère quelquefois au niveau du fond de la vésicule, fréquemment à la région ombilicale, parfois à la région inguinale. Les calculs rendus par cette voie, peuvent avoir le volume d'un œuf de poule. Le liquide qui s'écoule par la fistule est tantôt du pus mêlé de bile, de la bile presque pure, dont la quantité s'élève de 240 grammes à deux pintes ; — tantôt un liquide glaireux. Si le canal cystique est oblitéré, il ne s'écoule pas de bile par la fistule : c'est la condition la plus favorable.

Après l'ouverture de la fistule, il est possible que le calcul reste encore longtemps enclavé: dès qu'il est expulsé, la fistule guérit rapidement. En général, les fistules biliaires externes se terminent tôt ou tard par la guérison. On les rencontre surtout chez les femmes, et plus particulièrement chez les femmes âgées (4).

J'en ai fini, Messieurs, avec l'exposé des accidents produits par la lithiase biliaire. Vous voyez qu'ils constituent un des chapitres les plus importants de l'histoire pathologique des voies biliaires. Quelques détails suffiront par conséquent pour compléter cette histoire.

Il n'est peut-être aucune des lésions inflammatoires ou calculeuses dues aux calculs qui ne soit capable de se développer spontanément. Mais les lésions inflammatoires, dites spontanées, des voies biliaires, sont, bien entendu, beaucoup plus rares que celles qui reconnaissent une origine calculeuse. Je me bornerai à signaler les faits suivants :

Cholécystite ulcéreuse ou *purulente non calculeuse.* — Elle se montre comme complication de la fièvre typhoïde, affection dans laquelle il y a, selon la remarque de Louis, une sorte de diathèse ulcéreuse. En outre des ulcérations laryngées, trachéales, vésicales, décrites par Louis, on en trouve d'autres dans la vésicule du fiel, ainsi que nous l'avons vu M. Dechambre et moi (1). D'ailleurs quelques cas avaient déjà été mentionnés par Audral (2) et Archambault (3). Lebert a représenté cette altération dans son *Atlas* (T. II. planche CXXIV). Ces ulcérations aboutissent quelquefois à une perforation.

Au lieu d'une cholécystite ulcéreuse, on observe parfois, dans la fièvre typhoïde encore, une cholécystite phlegmoneuse ou purulente. (Pyémie, Leudet.)

On a observé aussi des *ulcères simples* de la vésicule en dehors de la fièvre typhoïde. (Budd, Cruveilhier) (4).

L'angiocholite des voies biliaires extra ou intra-hépatiques se rencontre parfois à titre d'affection primitive dans le choléra, dans la dysentérie où elle est occasionnée soit par une altération de la bile comme le veut Budd, soit par la propagation de l'inflammation intestinale comme le prétend Klebs.

Je ne reviendrai pas sur l'angiocholite des dernières ramifications hépatiques, cause vraisemblable de l'ictère des intoxications phosphorées et de certaines cirrhoses. Mais, je crois utile d'insister sur une forme d'angiocholite primitive, la plus intéressante peut-être au point de vue clinique et qui a été décrite par M. Virchow (5). Elle constitue le substratum anatomique d'un affection vulgaire : l'ictère catarrhal. Depuis longtemps, on a admis sans démonstration anatomo-pathologique régulière l'existence d'une cholédocite concomitante de la gastro-duodénite.

On a l'habitude dans les autopsies, pour constater la cause matérielle de cette espèce d'ictère, d'introduire des sondes dans le duodénum ou de presser sur la vésicule. Ces procédés grossiers ne conviennent pas pour faire reconnaître la cause qui met obstacle pendant la vie au cours de la bile. Il faut agir plus délicatement. Il convient d'ailleurs ne pas oublier que la *turgescence vitale*, déterminée par l'inflammation des muqueuses disparait après la mort comme disparait celle de l'érysipèle ou de l'érythème.

L'altération dont il s'agit ne siége pas dans la vésicule, non plus que dans le trajet du canal cholédoque, mais à l'extrémité de celui-ci, *dans la partie intestinale* et *aussi* au niveau de l'orifice duodénal.

On constate là un gonflement des parois de cette partie du canal et de l'orifice en même temps que du gonflement et de la rougeur des régions avoisinantes du duodénum. Le canal est rempli en ce point par un bouchon blanc, formé surtout d'un amas de cellules épithéliales, ne dépassant point les dimensions d'un grain de millet et qui n'est pas teint par la bile. Pour le recueillir, il faut presser sur la portion intestinale du conduit, en ayant soin d'éviter de le faire fuir vers la vésicule.

En troisième lieu, on note que la partie intestinale du cholédoque a conservé les dimensions et qu'elle n'est pas colorée par la bile tandis que, au-dessus de l'obstacle, les voies biliaires sont dilatées et les parois imprégnées de bile.

Tels sont les vestiges cadavériques de la lésion qui suffit à retenir le cours de la bile et à produire l'ictère dit catarrhal. Pendant la vie, le bouchon est souvent éliminé et l'obstacle franchi à l'aide de simples pressions exercées sur la vésicule (Gekrardt *Wolkmann's vortraege*). Un gargouillement spécial annonce le passage du liquide biliaire dans l'intestin et l'ictère cesse bientôt après. La description de M. Virchow a été confirmée deux fois par des recherches de M. Vulpian faites sur des phthisiques ayant succombé pendant le cours d'un ictère catarrhal (6).

(*A suivre*).

(1) *Revue des sciences médicales*, t. VII, p. [illegible]7.

(2) Voir un cas de Cohnheim, dans *Virchow's Archiv*, 1866, t. XXXVII, p. 417.

(3) L'ouvrage de M. Murchison date de 1868. Voici les indications des six nouveaux cas : Nesfield. — *Cent[illegible]*, 18[illegible], p. [illegible] ; — P[illegible], *[illegible]*, p. 8[illegible] ; — Hirtz, *ibid.*, 187[illegible] ; — W[illegible], *ibid.*, p. 77[illegible] ; — [illegible]. — *L[illegible] med. Record*, 1873, *april* ; — Slocum. — *New [illegible] med. Record*, [illegible].

(4) Voir Murchison, *loc. cit.*

(1) *Gazette hebdom. de méd. et de chir.*, 1859,

(2) *Clinique médicale.*

(3) *Soc. anat* 1852, p. 466.

(4) Barth et Besnier, *loc. cit.*

(5) *Virchow's Archiv*, 1865. 32[illegible].

(6) *L'Ecole de medecine, loc. cit.*

Faculté de médecine de Paris. M. Cadiat, agrégé, préparateur du laboratoire d'histologie, est nommé directeur adjoint dudit laboratoire, en remplacement de M. Mathias Duval, démissionnaire. M. Garnier (Léon), né à Bar-le-Duc (Meuse), le 9 février [illegible], est nommé aide préparateur du laboratoire de chimie bi[illegible] nouveau.

Faculté des sciences de N[illegible]. M. Georges Arth, bachelier-ès-sciences, licencié en droit, est chargé [illegible] de préparateur du laboratoire de chimie, pendant la [illegible] à M. Dupé, et en remplacement de M. Hommel, démissionnaire.

Faculté des sciences de Marseille. — Par décret en date du 1er août 1876, M. Hugueny, docteur ès-sciences, est nommé professeur de physique à ladite Faculté.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Les concours à l'école de médecine.

M. Gavarret vient de publier sur les réformes à introduire dans l'enseignement de notre Faculté, un rapport remarquable et fortement motivé, dont les conclusions ont été votées par l'assemblée des professeurs. Que ces réformes soient pratiquées, que ces résolutions s'accomplissent et deviennent la Loi Nouvelle et de nombreux abus disparaîtront. Mais il existe une lacune regrettable et, bien que déjà nous en ayions entretenu nos lecteurs, nous y revenons, car nous savons nos Évangiles et la parabole du « juge inique. » Il écouta les réclamations de la femme, « non parce qu'elle avait droit, mais à cause de son insistance. » Or, notre cas est encore meilleur : nous sommes tenaces, nos juges sont des juges justes et nous avons raison. Nous demandons simplement que dans chaque concours toute épreuve soit cotée par un règlement officiel et selon son importance relative ; le jury *délibèrera* pour déterminer le nombre de points qu'il faut attribuer à chaque candidat.

Notre demande est-elle exagérée et sommes-nous bien révolutionnaires ?... Le règlement des concours à l'Ecole est toujours notre étonnement : longtemps nous avons cherché et nous cherchons encore le secret de son existence et comment il peut ainsi se survivre — et nous ne lui trouvons que des causes de mort ; il est vieux, usé et semble fait pour favoriser toutes les partialités, toutes les injustices, cependant on proteste à peine et ce n'est que de loin en loin qu'une voix chagrine s'élève pour réclamer une réforme dont l'Assistance publique elle-même a pris l'initiative. Chose bizarre ! les auteurs du règlement pour les concours des hôpitaux sont — nous l'avons appris récemment — pour la plupart des professeurs de l'Ecole. Qu'ils nous disent pour quelle raison ce mode de concours, bon pour les candidats au Bureau Central, devient mauvais lorsqu'il s'agit de l'adjuvat par exemple ? Faux au-delà, vrai en-deçà des Pyrénées, disait-on. La Seine qui sépare la Faculté du siége de l'Assistance publique serait-elle nos Pyrénées, et jouirait-elle d'un privilége semblable ?

Dans le système actuel, on ne discute pas, on ne donne pas de points, aussi que se passe-t-il ?... Chaque juge a écouté ; son siége est fait sur la valeur des compositions. Il a son opinion, mais elle est *individuelle*, or ce n'est pas l'opinion d'un juré que l'on veut, c'est l'opinion d'un jury et cette opinion ne peut naître que d'une discussion où chacun apporte ses arguments et ses preuves ; car tous les juges n'ont pas une compétence égale ; les uns sont anatomistes, les autres physiologistes ; d'autres s'occupent de pathologie — et les compositions roulent sur des sujets d'anatomie, de physiologie et de pathologie. — Chaque professeur juge à son point de vue, et telle copie absolument insuffisante pour le physiologiste sera trouvée bonne par l'anatomiste. Voilà pourquoi, du reste, on a institué un jury composé de plusieurs membres et que, dans certains concours, on a rendu obligatoire la présence de certains professeurs spéciaux. Mais cette mesure n'est-elle pas rendue illusoire par l'absence de discussion, et, si cette discussion a lieu, par l'absence d'une sanction quelconque ? Nous ne saurions trop le répéter, ce qu'il faut, ce n'est pas l'opinion d'un juge, c'est cette opinion mixte, fondue, pour ainsi dire, qui se dégage des opinions particulières.

Dans le système actuel, on ne sait comment elle pourrait se former..... Nous nous sommes laissé dire que, dans un concours, qui a eu lieu... il y a quelques années, deux candidats seulement restaient en présence devant un jury réduit à cinq juges. Sans doute il s'était fait entre ces derniers une sorte de sélection et, par affinité naturelle, deux groupes avaient dû se former comprenant l'un trois professeurs et l'autre deux. Toujours est-il que le jury avait si peu échangé ses opinions sur la valeur respective des candidats qu'au dépouillement du scrutin la stupeur de deux des juges fut extrême en voyant évincer par les troix voix de leurs collègues le candidat d'après eux et — le dirai-je ? — d'après le public, si incontestablement supérieur que toute discussion, qu'un plaidoyer quelconque avait été jugé inutile.

Ces faits là sont heureusement rares et nous croyons qu'une épreuve supérieure pourra recueillir tous les suffrages. Mais cela même est un danger ; il est pour le moins exceptionnel qu'un candidat soit brillant dans toutes les parties que comprend le programme et ce n'est pas d'une épreuve, mais de l'ensemble des épreuves que doit sortir la nomination. Or, tel qui est classé 1er en anatomie par exemple, peut bien être jugé 3e en physiologie et 5e en clinique. Nous le demandons en toute conscience, comment les juges pourront-ils, au bout d'un mois de concours, se reconnaître dans un pareil enchevêtrement d'épreuves et de candidats, s'ils n'ont pas fait leur travail de classement au fur et à mesure des séances ?

Nous allons plus loin ; il y a eu discussion ; une copie, une leçon a été considérée comme la meilleure, mais de combien l'emporte-t-elle sur celles qui arrivent 2e, 6e, 10e ? L'écart peut être presque nul ou très-considérable et ce fait est des plus importants car tel candidat, classé premier dans plusieurs épreuves, peut parfaitement être distancé, dans une dernière épreuve, par un concurrent qui jusqu'alors s'était tenu modestement au 3e ou au 4e rang, mais avec un faible écart. Cela se voit tous les ans au Bureau Central.

Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait aussi des revirements subits, mais eux-mêmes sont dangereux par leur trop grande soudaineté. L'impression du moment domine et tel candidat qui aura fort mal concouru jusqu'alors peut se relever par une épreuve brillante. Et ce n'est véritablement pas toujours juste ! Mais nous sommes ainsi faits que le dernier sentiment domine et la médiocrité des épreuves passées n'ayant pas été fixée par une note, par un certain nombre de points inscrits au procès-verbal, rien n'est plus facile, avec la meilleure bonne foi du monde, d'oublier ce que ces épreuves avaient de faible, pour ne se rappeler que ce que la dernière avait de bon. Ce fait est plus fréquent qu'on ne le croit et nous pourrions en citer des exemples.

Non ! l'Ecole ne peut persister plus longtemps dans ce système injuste et tel que, malgré la bonne foi des juges et leur désir d'impartialité, il peut à lui seul fausser les intentions les plus droites. — Il faut que la Faculté adopte le système généralement suivi : Juges et candidats seront alors à l'abri, ceux-ci des passe-droits et des injustices et ceux-là des soupçons malveillants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 août 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Laborde indique deux procédés pour enlever le plus rapidement possible toute l'aire embryonnaire d'un œuf de poulet, 1° à l'aide d'un fil de fer qu'on replie sur lui-même de manière à entourer complétemeut l'aire embryonnaire. On le fait chauffer et on l'applique autour de celle-ci : elle est dès lors coupée circulairement, et on peut la monter sur une plaque de verre, 2° Découper une étiquette gommée, ayant la forme et la surface de l'aire. On l'applique sur celle-ci et on transporte par ce moyen toute la partie importante de l'œuf.

M. Renaut, en son nom et en celui de M. *Mota Maïa*, communique de nouvelles recherches d'anatomie comparée sur la structure des glandes gastriques. Il démontre qu'elles présentent de grandes analogies avec les glandes salivaires, et que chez certaines espèces annimales, dans la tortue d'Europe, par exemple, on trouve non seulement les cellules de revêtetement décrites par Heidenhain, mais encore des culs-de-sacs supplémentaires remplis de cellules analogues. Il est probable que ces éléments jouent un rôle important dans la sécrétion gastrique, et qu'ils sont doués des mêmes propriétés que les croissants de Giannuzzi dans les glandes salivaires.

M. Magnan a étudié comparativement la marche de la température dans les deux formes principales de paralysie générale; la forme dépressive et la forme expansive. Daus les deux cas, il a observé une période d'élévation de la température qui de 37 à 38°, en moyenne, s'est élevée de 38 à 39° au moment de l'exacerbation.

M. Darsonval montre à la société une série d'appareils fort ingénieux, destinés à régler la température de manière à ce qu'elle reste constante. Il a appliqué avec succès son procédé aux couveuses artificielles, aux plaques microscopiques chauffées et à d'autres appareils analogues. Il est fort simple et peut être utilisé dans tous les cas, quelle que soit la source de chaleur, gaz à éclairage du fourneau... Il consiste principalement à faire passer le gaz dans un tube en verre à la partie inférieure duquel se trouve une colonne de mercure. Lorsque l'eau a été suffisamment chauffée, elle se dilate et repousse la colonne de mercure qui vient oblitérer l'entrée du gaz. La seconde situation de la source de chaleur est progressive, et l'appareil est très-seusible.

M. Pitres communique une observation de lésion cérébrale n'ayant donné lieu à aucun symptôme du côté de la motilité. Il s'agit d'une malade du service de M. Charcot qui était atteinte depuis 20 ans d'une contracture des membres inférieurs d'origine hystérique. Jusqu'au moment de sa mort, elle a conservé toute la liberté de ses mouvements dans les membres supérieurs.

A l'autopsie, en outre des lésions musculaires et nerveuses qui expliquaient la contracture permanente des membres inférieurs, on a trouvé un foyer hémorrhagique, du volume d'une noix, dont le centre était formé par un caillot noir et ferme et dont la périphérie était entourée d'une zone de substance cérébrale ramollie présentant une coloration ocreuse. Ce foyer siégeait dans la substance blanche, à la partie la plus antérieure du lobe frontal du côté droit, au-dessous de la deuxième circonvolution frontale.

A en juger par les caractères extérieurs, il n'était pas très-ancien, et selon toutes probabilités, il s'était développé 15 à 20 jours avant la mort. Loin d'être en contradictiou avec les données récemment acquises sur les localisatious cérébrales, ce fait en est une confirmation. Il entre dans une loi qui parait dominer la pathologie du centre ovale et qui peut s'exprimer ainsi : Pour qu'une lésion de la substance blanche centrale du cerveau détermine une hémiplégie permanente, il faut qu'elle siége sur l'expausion des fibres pédonculaires qui se rendent dans les portions motrices de l'écorce.

M. Cazeneuve présente un calcul de l'urèthre du volume d'une uoisette, qu'il a soumis à l'analyse chimique et qu'il a reconnu être du *peroxyide de fer* presque pur. Il a été, dit M. Laborde, expulsé par un malade, après des crises de coliques néphrétiques très-violentes qui se sont succédé pendant 10 jours.

M. Couty a fait de nouvelle recherches sur l'influence de l'anémie cérérale, sur la tension vasculaire et les mouvemeuts du cœur. Les effets varient selon la région de l'encéphale qui est anémiée.

M. Bert instruit la Société de ses intéressantes recherches sur l'influence et le rôle des différeutes couleurs du spectre dans la végétation. Une sensitive soumise successivement aux divers rayons colorés change de port et d'aspect, elle s'allonge et les pétioles se relèvent le long de la tige si elle ne reçoit que de la lumière rouge ; le bleu agit dans un sens différeut ; mais dans les deux cas la plante reste parfaitement verte. La couleur verte, au contraire, est funeste et amène le dépérissement de la plante. M. Bert conclut que les divers rayons lumineux agissent sur les plantes chacune à leur manière, et que c'est leur combinaison dans la lumière blanche qui constitue l'harmonie de la vie des végétaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 août 1876. — Présidence de M. Chatin.

Après le dépouillement de la correspondance, M. Ollier (de Lyon) lit un travail très-intéressant sur l'extirpation complète du calcanéum par la méthode sous-périostée. Il rapporte deux observations nouvelles et montre des moules en plâtre qui permettent de se rendre un compte exact des résultats de l'opération.

M. Gosselin est frappé de la fréquence des cas, où M. Ollier a dû intervenir pour des ostéites du calcanéum. Selon lui, à Paris, de tels cas sont rares ; ce qu'on rencontre d'habitude, c'est une ostéite suppurée de tout l'ensemble des os du tarse et non simplement de l'un de ces os. M. Gosselin se trompe : la *périostite phlegmoneuse* du talon chez les enfants est loin d'être rare à Paris et, nous avons vu au moins 5 à 6 fois M. Giraldès enlever le calcanéum, dans ces cas ; il était le seul os malade et les enfants ont guéri.

La discussion sur le spirophore est reprise. MM. Devergie et Leroy de Méricourt ont pris la parole. Nous iudiquerons dans un prochain uuméro les points principaux de leur argumentation. — Enfiu M. Broca a donné lecture d'un travail ayant pour titre : *De la topographie cerébrale et de quelques points de l'histoire des circonvolutions.* (Sera résumé dans la *revue d'anatomie*). — La séance est levée à 5 h. 1/4. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances de mars 1876. — Présidence de M. Charcot.

24. Hémiplégie ancienne guerie, foyer linéaire correspondant dans la capsule externe à droite. — Hemiplégie récente. — Paralysies passagères de la langue, du pharynx, du voile du palais. — Restitution partielle. — Convulsions épileptiformes, contracture tardive. — Mort — Foyer dans les circonvolutions pariétales gauches; par M. de Beurmann, interne des hôpitaux.

Mme M..., 51 ans, est entrée le 31 janvier 1876 dans le service de M. Proust, à St-Antoine.

D'après les renseignements fournis par un homme qui connait la malade depuis six mois et plus tard confirmés par elle, cette femme a été, il y a environ 3 aus, *paralysée du côté gauche*. Elle a perdu tout d'un coup l'usage du bras et de la jambe de ce côté et a commencé en même temps à éprouver un certain embarras de la parole ; mais son état s est graduellement amélioré et au bout de peu de temps elle a commencé à marcher avec une canne. Depuis plus d'un an elle ne ressentait plus aucune gène des mouvements et se servait également bien des membres des deux côtés.

On ne trouve rien d'autre à noter dans ses antécédents.

Le samedi 29 janvier 1876, vers trois heures de l'après-midi, étant assise dans sa chambre, M..., se sentit tout d'un coup très-mal à l'aise et s'écria : « Ah! mon Dieu, je suis perdue » elle garda toute sa connaissance et ne tomba pas de sa chaise, mais il lui devint subitement impossible de parler et d'impri-

mer le moindre mouvement au bras ou à la jambe droite: elle comprenait ce qu'on lui disait et s'exprimait par gestes de la main gauche et de la tête.

Le lendemain aucun changement ne survint, elle resta couchée et ne fut vue par aucun médecin.

31 *janvier*. — Etat actuel. — La malade est très-abattue, elle est pâle, ses traits sont tirés, ses lèvres sèches. Elle présente une hémiplégie droite complète et absolue. Les muscles de la cuisse, de la jambe et du bras sont complétement flasques et inertes; il y a un très-léger degré de contracture des fléchisseurs des doigts.

L'hémiplégie faciale est très-nette : La région faciale inférieure droite reste immobile quand on excite la malade tandis que les muscles des parties correspondantes se contractent énergiquement à gauche; les rides sont également beaucoup plus marquées à gauche qu'à droite, mais il n'y a aucun degré d'entraînement du côté paralysé vers le côté sain et dans l'état de repos les traits restent symétriques.

Dans la région faciale supérieure les plis de la peau sont moins accusés que du côté opposé, l'œil est aussi un peu plus largement ouvert qu'à gauche, cependant M..., ferme complétement les paupières des deux côtés.

Il n'y a pas de rotation de la tête, pas de raideur des muscles de la nuque, pas de déviation des yeux.

La malade ne peut imprimer aucun mouvement à sa langue qui reste immobile sur le plancher de la bouche.

Elle ne peut prononcer aucun mot ni même émettre de son inarticulé quelque effort qu'elle fasse pour cela.

Il lui est impossible d'avaler même les liquides; on lui verse entre les lèvres quelques cuillerées de vin, il reste dans la bouche quelques instants, puis s'écoule peu à peu au dehors. La luette est immobile, non déviée; l'excitation directe avec un morceau de papier roulé ne provoque aucun mouvement du voile du palais ni des muscles du pharynx — Les boissons versées dans la bouche ne provoquent pas de quinte de toux et ne sont pas rendues par le nez ; il est probable qu'elles ne dépassent pas la base de la langue.

Enfin la malade ne peut ouvrir la bouche que très-imparfaitement; elle n'écarte pas les dents de plus de deux centimètres. Elle semble bien comprendre ce qu'on lui dit, répond oui et non par gestes aux questions qu'on lui adresse et fait comprendre qu'elle est dans le même état depuis trois jours.

La sensibilité générale dans ses divers modes et les sensibilités spéciales (vue, goût, odorat ?) paraissent bien conservées et égales de deux côtés.

Rien à l'auscultation du cœur ni des poumons. — Respiration calme et régulière. — Rien à la palpation de l'abdomen. Il existe une légère ecchymose au lobule du nez.

2 *février*. — La malade demande toujours à boire en montrant son gobelet, elle peut avaler un peu depuis hier soir, les mouvements de déglutition s'exécutent régulièrement; mais elle ne peut ni remuer la langue, ni crier, ni écarter largement les mâchoires.

3 *février*. — Quelques mouvements de la jambe droite. — Légère contracture des muscles de l'avant-bras. — Déglutition facile; la malade peut s'alimenter avec des potages, elle est moins abattue.

4 *février*. — La malade émet pour la première fois quelques sons faibles et inarticulés mais elle ne peut prononcer aucun mot et s'exprime toujours par gestes. Elle ouvre la bouche un peu plus largement et remue un peu la langue.

La région faciale supérieure droite est semblable à celle du côté opposé, la paralysie est aussi complète qu'au moment de l'entrée dans la région faciale inférieure.

Mouvements assez étendus de la cuisse, de la jambe et des orteils; aucun mouvement du bras droit sauf quelques très-faibles contractions du deltoïde.

Rougeur au niveau de la saillie du sacrum et sur la fesse droite.

5 *février*. — Un peu d'abattement, diminution de l'appétit, pas de chaleur à la peau. — Même état de la mobilité à droite. Escharre peu étendue au sacrum et sur la fesse droite.

6 *février*. — Même état. — Escharre un peu plus étendue, mais paraissant peu profonde. — Très-petite escharre à gauche.

8 *février*. — Les mouvements du membre inférieur droit sont très-étendus et ont une certaine force; la malade peut soulever la jambe entièrement au-dessus du lit et la mouvoir dans toutes les directions. Quelques mouvements du bras, rien à l'avant-bras ni à la main, les fléchisseurs des doigts sont toujours un peu contracturés.

La malade commence à dire oui et non assez nettement pour être comprise; elle essaye de prononcer d'autres mots mais il est impossible de la comprendre.

L'escharre est très-superficielle, bien limitée et tend à se réparer sur les bords; la partie mortifiée forme une croûte qui reste adhérente aux parties sous-jacentes.

9 *février*. — Amélioration de la prononciation des mots. La motilité de la langue est presque complétement revenue il n'y a pas de déviation quand elle est projetée en avant. L'escharre commence à s'éliminer et à se réparer. Même état pour le reste.

15 *février*. — La malade commence à se lever un peu dans la journée. Elle peut faire quelques pas seule en s'appuyant sur une canne. Les muscles du bras et de l'épaule se contractent assez bien. — Ceux de l'avant-bras et de la main sont toujours paralysés, les doigts sont maintenus dans la flexion. L'hémiplégie faciale inférieure droite a diminué d'intensité mais elle est toujours sensible quand la malade parle ou remue les lèvres.

Les mouvements de la langue sont assez faciles; elle peut ouvrir largement la bouche; elle dit à peu près tous les mots mais l'articulation est toujours très-imparfaite et il est souvent difficile de la comprendre.

20 *mars*. — Depuis trois semaines, M..., reste habituellement levée dans la journée. Elle va et vient dans la salle en s'appuyant sur une canne. Elle remue bien le bras droit mais ne peut se servir de sa main. Quand elle parle, on constate encore un peu de paralysie des muscles des lèvres à droite. La parole est toujours embarrassée et l'articulation des mots imparfaite. La malade a encore une certaine difficulté à tirer la langue et à la mouvoir latéralement.

22 *mars, matin*. — La malade a eu en notre présence une attaque convulsive ayant duré une minute environ.

Elle n'a pas perdu connaissance, mais a été prise brusquement de secousses se succédant rapidement et isolément dans les différents muscles du bras et de la jambe et de la nuque du côté droit. Dans l'intervalle de ces secousses les muscles sont contracturés, les membres sont dans l'extension forcée, il n'y a aucun mouvement des muscles de la face ni des yeux.

Une première attaque semblable a eu lieu subitement ce matin à 7 heures, de 7 heures à 9 heures, il y a eu deux autres attaques.

A midi, nouvelle attaque plus violente, convulsions toniques et cloniques limitées aux muscles de la jambe et du bras droit et aux muscles de la nuque du même côté. Cette attaque est accompagnée et suivie d'une perte de connaissance d'une demi-heure.

La malade est très-abattue et effrayée. Elle a perdu l'appétit la langue est sale. La peau est chaude. T. Ax. 38°,2.

Pas de nouvelle attaque dans la journée.

22, *soir*. — Attaque de une minute de durée, à 5 heures, déviation conjugée des yeux à droite. Convulsions toniques et cloniques des membres supérieurs des deux côtés prédominantes à gauche, contracture dans l'intervalle à gauche: résolution des muscles du bras et de la jambe à droite. T. Ax. 38°.

Incontinence d'urine et des fèces.

23 *mars, matin*. — Déviation de la tête et des yeux vers la droite; stupeur: flaccidité complète du bras et de la jambe droite; convulsions toniques de temps en temps dans les muscles du tronc à gauche. un peu de contracture du bras et de la jambe gauches. Hémiplégie faciale droite. T. Ax. 38°,8.

Rougeur au niveau des anciennes escharres cicatrisées.

Soir. Même état. T. Ax., 39°.

24 *mars, matin*. — Résolution des quatre membres plus complète à droite qu'à gauche. Respiration calme. La malade entr'ouvre un peu les paupières quand on lui parle très-fort, mais ne fait aucun autre mouvement. Un peu de raideur des muscles de la nuque a gauche. Petite escharre sur la saillie du sacrum et sur la fesse droite. T. Ax. 40°.

Soir. Coma. — Résolution complète. Respiration calme, un peu d'écume blanche à la bouche. Déviation peu marquée de la tête et des yeux à droite. Mort dans la soirée à 8 heures.

AUTOPSIE faite le 26 mars, à 10 heures du matin.

Encéphale. — Rien aux méninges, sauf un peu d'injection de la pie-mère.

Les hémisphères cérébraux étant décortiqués et placés sur la table, on remarque du *côté gauche* une tuméfaction dont le point culminant est au niveau de la circonvolution pariétale ascendante vers sa partie moyenne. Toute cette région présente une teinte jaune-rougeâtre qui envahit les circonvolutions voisines ou elle s'éteint insensiblement. Il n'existe aucune solution de continuité à la surface externe de la substance grise, mais en retournant le cerveau l'écorce grise amincie se rompt spontanément au point le plus saillant et laisse apercevoir un foyer hémorrhagique sous-jacent.

Le caillot, découvert par une coupe horizontale et une coupe verticale présente à peu près le volume d'une noix; sa forme est oblongue à grand axe antéro-postérieur; la partie la plus voisine de la surface est son extrémité antérieure qui occupe toute l'épaisseur de la substance blanche de la circonvolution pariétale ascendante au niveau de l'union de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs. Sa partie postérieure se dirige un peu en dedans dans la substance blanche de l'hémisphère à peu près au niveau de la scissure inter-pariétale.

Les contours du foyer sont irréguliers surtout en arrière où il existe deux ou trois prolongements filiformes. En dedans et en bas il reste éloigné d'au moins deux centimètres du noyau extra-ventriculaire du corps strié.

Autour de lui la substance cérébrale est ramollie et présente une teinte ocreuse très-marquée; le caillot lui-même est noir, consistant et adhérent.

A droite. — Au niveau de la capsule externe on trouve sur une coupe horizontale un foyer ancien, linéaire ayant détruit la capsule et l'avant-mur sur une longueur de 3 cent. 1/2 et une hauteur de 2 cent. — En bas, la perte de substance intéresse légèrement le noyau extra-ventriculaire du corps strié. Les parois sont accolées; en les écartant on aperçoit quelques tractus cicatriciels traversant la lacune.

Les autres parties du cerveau, le cervelet, la protubérance et le bulbe ne présentent aucune lésion.

Cavités thoracique et abdominale. Rien à noter; les différents organes sont remarquablement sains.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ARRONDISSEMENT DE L'ÉLYSÉE

Séance du 7 avril 1876. — PRÉSIDENCE DE M. SIRY.

De la valeur des procédés dits cliniques de dosage de l'urée.

(Rapport sur un livre de M. BOYMOND intitulé " *De l'Urée* ".

Messieurs,

L'ouvrage de M. Boymond, que vous m'avez donné à examiner pour vous en rendre compte, est une monographie complète de l'urée. — L'auteur a eu pour objet de présenter en substance tout ce que nous possédons de connaissances sur la matière; mais, en outre de l'analyse, de la discussion et de l'appréciation des nombreux travaux publiés jusqu'à ce jour sur ce vaste sujet, son livre contient une partie originale et des faits nouveaux, sur lesquels nous avons le devoir d'attirer votre attention.

Il s'agit surtout de dosage, — du dosage exact de l'urée; et cette question ne peut vous trouver indifférents, aujourd'hui que de toute part, chimistes et physiologistes convient le praticien à mesurer lui-même l'urée urinaire, rivalisant de zèle à lui procurer des procédés faciles et expéditifs. Vous savez, Messieurs, que jusqu'ici les médecins ont mis peu d'empressement à répondre à ces avances, — que bien peu se sont aventurés à comprendre la chimie dans leurs moyens d'investigations cliniques habituels; sans prétendre juger s'il convient d'approuver ou de blâmer cette réserve, nous avons cru qu'il serait intéressant de rechercher ici, d'après l'examen de M. Boymond et la critique compétente, ce qu'il faut penser de la détermination de l'urée en général et des divers procédés dits cliniques, que l'on cherche à mettre entre nos mains. Or, de l'étude approfondie que notre auteur a consacrée à ce sujet, il résulte que l'analyse quantitative de l'urée, dans l'urine et les diverses humeurs, n'est pas déjà une opération si facile. — La grande solubilité de l'urée et de ses sels, les transformations qu'ils éprouvent de la part de la chaleur et des réactifs ne permettant pas de les extraire intégralement et de les doser directement en les portant sur le plateau de la balance, on a dû, pour les déterminer, recourir à des méthodes médiates et indirectes qu'on peut ranger sous les trois chefs suivants :

1° Dosage par décomposition de l'urée avec formation d'un sel ammoniacal et détermination de celui-ci (procédé de Heintz et Ragski et procédé de Bunsen).

2° Dosage par décomposition de l'urée en acide carbonique et en azote et évaluation d'un de ces gaz ou des deux à la fois. Méthodes comprenant avec leurs variantes, celle de Muller, où l'urée est décomposée par le nitrate nitreux de mercure; celle de Lecomte, où la décomposition est obtenue par les hypochlorites; celle de Huefner qui l'opère par les hypobromites.

3° Dosage par précipitation au moyen d'une liqueur titrée de mercure, ou procédé de Liebig.

Pendant longtemps, on a admis que les réactions, sur lesquelles se basent ces diverses méthodes d'analyse, s'opéraient en pratique comme l'indique la théorie et l'on croyait à l'exactitude des résultats obtenus. Aujourd'hui des recherches plus approfondies ont montré qu'il n'en est pas ainsi. On a reconnu que dans certains procédés, ceux de Heintz et Ragsky, par exemple, et celui de Lecomte, qu'on a dû abandonner comme décidément inexacts, la transformation de l'urée sous l'action des réactifs est et demeure incomplète, tandis que dans tous, à l'exception de celui de Millon qu'on n'avait pas suffisamment étudié à cet égard, la décomposition s'étendait à d'autres composés azotés de l'urine, acide urique, hippurique, créatine, créatinine, etc., grévant ainsi le poids de l'urée obtenu d'une erreur en plus, dont nous montrerons plus loin l'importance et la portée.

Bref, l'on n'avait pas de méthode absolument exacte et rigoureusement scientifique de dosage de l'urée, lorsque les travaux de M. Boymond sont venus démontrer l'excellence de la méthode de Millon sur laquelle on n'était pas fixé. Millon, avons-nous dit, décomposait l'urée en acide carbonique et azote par le nitrite de mercure et déduisait le poids de cette substance du poids de l'acide carbonique dégagé. M. Boymond a montré que dans les conditions où s'opère cette réaction, aucune des matières quaternaires de l'urine autres que l'urée, n'était attaquée (1) et que par conséquent, la pesée de l'acide carbonique, celle de l'acide carbonique et de l'azote, aussi bien que la mensuration du volume de ces deux gaz, donnaient autant de moyens rigoureusement exacts de dosage de l'urée. Ce n'était pas rendre un mince service à la zoochimie que de mettre ainsi hors de doute l'excellence d'une méthode analytique déjà perfectionnée par de nombreux procédés et de vérifier du même coup les résultats obtenus par de longues séries d'expériences, M. Boymond a complété son œuvre en imaginant un procédé qui rend l'application de la méthode aussi facile et rapide qu'on peut le désirer en chimie analytique. — Millon se servait d'un appareil assez compliqué, c'était un ballon où s'opère la réaction, relié à une série de flacons laveurs et de boules absorbantes pour l'acide carbonique qu'on ferait avant et après l'opération. M. Boymond a réduit le tout à un seul et unique vase de verre pesant une quarantaine de grammes à peine (un appareil de Geisler) dans lequel on introduit l'urine et le réactif, et que l'on pèse avant et après la réaction; on calcule l'urée par la différence des poids révélant la perte des gaz acide carbonique et azote. Ainsi réduit et simplifié, le procédé de M. Boymond est certainement un des plus faciles et des plus rapides de tous les procédés de dosage exact de l'urée, mais il exige l'emploi d'une balance de

(1) Millon avait bien vu que certaines substances telles que les acides urique, hippurique, oxalique, acétique, lactique, butyrique, l'albumine, la glycose, etc., ne modifiait pas le résultat du dosage de l'urée par sa méthode, mais il avait négligé de déterminer l'influence de la créatine, de la créatinine, de la granine, etc.

précision, ou tout au moins d'un trébuchet d'analyse, et cette circonstance a suffi pour le faire rejeter par la majorité des médecins qui, dès lors, obligés à renoncer aux méthodes rigoureuses, se contentent aujourd'hui de procédés approximatifs dont il nous reste à apprécier la valeur et l'utilité pratiques.

Les procédés le plus usités en clinique pour doser l'urée urinaire, sont les procédés volumétriques de Liebig et de Huesner, le premier, dans lequel l'urée est précipitée et dosée à l'aide d'une solution titrée de bi-oxyde de mercure, le second avec ses variantes d'Yvon, de Regnard, d'Esbach, dans lequel l'urée décomposée par les hypobromites en acide carbonique et en azote, est dosée par la mensuration du volume de ce dernier gaz. Ces procédés sont assez faciles et rapides d'exécution, surtout les derniers ; mais, nous l'avons déjà vu, comme la réaction chimique sur laquelle ils se basent, ne se limite pas à l'urée et s'étend à la plupart ou à la totalité des substances azotées contenues normalement ou accidentellement dans l'urine : créatine, créatinine, granine, xantine, allantoine, leucine, tyrosine, acides urique, hippurique et toute cette innombrable série de substances protéiques nommées ou innommées encore que chaque jour la chimie découvre dans l'urine, — ils ne donnent en réalité, au lieu du poids cherché de l'urée, qu'une notion approximative et forcément inexacte de l'ensemble ou de la plupart des matières quaternaires de l'urine. Or, les matières quaternaires de l'urée sont loin d'être insignifiantes, puisqu'*à l'état normal* elles égalent en poids le quart du chiffre de l'urée. Le dosage par le procédé de Liebig où le réactif précipite toutes ces matières azotées urinaires, donne donc pour l'urée, à l'état normal, un chiffre trop élevé de 1/5 ou de 20 0/0; avec la méthode d'Huesner où la réaction sur les matières azotées est moins générale, l'erreur est un peu moindre, sans qu'on puisse encore l'évaluer rigoureusement. Sans doute par des traitements chimiques préalables, des dosages successifs et en évaluant par différence, les erreurs peuvent être diminuées, il n'est pas impossible, en détruisant, par le permanganate de potasse, toutes les matières organiques de l'urine autre que l'urée, d'arriver par ces méthodes à une détermination à peu près exacte de cette substance, mais des opérations aussi compliquées dépassent les moyens de la clinique qui ferait plus vite et mieux de recourir aux méthodes exactes.

Malgré de si graves inconvénients, les chimistes ont pensé que le médecin pouvait encore se servir utilement des procédés approximatifs, et, qu'en diminuant, par exemple, de 20 0/0 le résultat obtenu, il atteindrait une exactitude relative suffisante pour les besoins de la clinique. Il nous semble que les chimistes se sont mépris sur nos besoins.

Sans doute, chez le sujet bien portant, tout à fait remis, les procédés en question donneront assez bien grâce à la correction indiquée, le chiffre de l'urée; mais que nous importe ? A l'état pathologique, où le chiffre de la correction nécessaire est précisément inconnu, ils ne donneront jamais que la notion du plus ou du moins de substances azotées éliminées par l'urine. Or, ce n'est pas nous rendre un bien grand service que nous indiquer l'augmentation de ces matières dans la fièvre, le diabète consomptif, certaines formes d'hydrurie ou leur diminution dans la chlorose, l'hystérie, l'anorexie paradoxale... nous ne manquons pas de moyens cliniques pour mesurer le plus ou moins d'activité de la dénutrition; à leur défaut il suffirait de l'*urodensimètre*; ce n'est pas pour si peu que le médecin se décidera à des essais chimiques quantitatifs. — Ce qu'il demande surtout, lorsqu'il entreprend de déterminer l'urée, c'est un renseignement sur la nature des processus nutritifs, sur le mode par lequel s'opère la désassimilation ; ce qu'il recherche, c'est la mesure dans laquelle l'urée excrémentitielle azotée normale, est remplacée par des matériaux anormaux et pathologiques ; — autrement dit, c'est le changement apporté par la maladie à ce rapport de 4/5 que la physiologie constate entre l'urée et l'ensemble des substances quaternaires de l'urine. Malheureusement, ce nouveau rapport, que le médecin pourrait pressentir d'après une détermination exacte de l'urée qui lui en fournirait un terme, — (car, l'azote s'éliminant sous une forme ou sous une autre, on comprend que toutes choses égales, la diminution de l'urée fait supposer l'augmentation des autres matières azotées de l'urine et réciproquement) ce rapport pathologique, disons-nous, les procédés approximatifs sont absolument impuissants à le donner.

Telles sont, Messieurs, les remarques que suggèrent la lecture et l'étude du livre de M. Boymond. Elles nous semblent motiver suffisamment la réserve et la répugnance que témoignent à l'endroit des essais chimiques, les médecins obligés à choisir entre des méthodes exactes trop compliquées pour eux, et des procédés approximatifs aboutissant à des *à peu près* insuffisants.

Dr CAUBET.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 août 1876. — PRÉSIDENCE DE M. MARJOLIN.

M. VERNEUIL dépose sur le bureau deux thèses : 1° des éruptions cutanées dans le cours des affections chirurgicales, par le Dr Tremblez ; 2° Température dans le tétanos par Thomas; 3° Comptes rendus du congrès de Bruxelles.

M. VERNEUIL fait un rapport verbal sur deux brochures relatives au *Traitement des anévrysmes* : dans l'une, due à M. AZOCASELLI, on a employé la torsion de la tumeur facilitée par sa position superficielle ; dans la seconde, M. CLÉMENTI réclame la priorité pour l'application de l'appareil d'Esmarch au traitement des anévrysmes ; M. W. REID a employé avec succès cette méthode.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE lit un rapport sur un mémoire de M. *Baudon*, médecin major, qui a pratiqué avec succès la résection de la hanche pour coxalgie suppurée avec d'anciennes fistules. Dans trois cas, on a noté la guérison.

M. OLLIER montre également les pièces de deux cas d'*hématocèle de l'épididyme*, maladie peu connue et dont on ne trouve que des indices dans Curling. Notons comme particularité l'inversion testiculaire chez les deux malades, les deux cas étaient d'origine traumatique et n'ont offert que peu de difficulté à diagnostiquer. Pour le chirurgien de Lyon, ces tumeurs se seraient développées dans des cavités préexistantes, ce qui serait confirmé par les recherches de M. NEPVEU qui a souvent trouvé chez l'enfant de petites hématocèles de l'épididyme.

M. OLLIER (de Lyon) présente un malade qui avait déjà subi l'opération de Nélaton pour un polyp naso-pharyngien anévrysmatique (tumeur réductible et pulsatile). M. Ollier a fait une cautérisation au fer rouge dans la masse polypeuse, puis a employé la pâte de Canquoin dans les séances suivantes. Il y eut récidive. On dut, le mois dernier, faire de nouvelles applications de pâte de Canquoin. Le malade ayant 21 ans, il est probable que les récidives ultérieures sont moins à craindre.

M. TILLAUX insiste sur ce point qu'il importe de distinguer, si ces kystes sont épididymaires ou seulement périépididymaires, ce qui est utile à savoir au point de vue des fonctions ultérieures de l'organe. MM. NICAISE, GUYON et LARREY prennent part à la discussion. M. OLLIER a pu, dans les deux cas, respecter suffisamment l'intégrité de l'épididyme. M. OLLIER fait une dernière communication relative à un cas de rhinoplastie.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente un enfant nouveau-né chez lequel M. TRÉLAT a diagnostiqué une fracture intra-utérine du péroné. — M. OLLIER pense que c'est une fracture. — M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE croit que c'est une luxation congénitale du pied. Une discussion s'engage entre ces membres et MM. MARC SÉE, VERNEUIL et MARJOLIN.

M. HORTELOUP présente un ostéo-sarcôme. La Société s'ajourne au mercredi 4 octobre.

H. de BOYER.

Potion contre les hémorrhagies utérines.

Eau distillée	100	grammes.
Sirop de gomme	20	—
Gomme adragante	1	—
Seigle ergoté nouvellement pulvérisé	4	—
Extrait de valériane	5	—

A prendre une cuillerée à bouche toutes les heures ou toutes les deux heures, suivant l'effet produit, très-efficace dans les hémorrhagies menstruelles. (*Bordeaux médical.*)

CORRESPONDANCE

Faculté de médecine de Toulouse.

Toulouse, le 7 août 1876.

Monsieur le rédacteur en chef du *Progrès Médical*,

La création d'une faculté de médecine à Toulouse suscite de tous côtés des récriminations. Hier c'était à Bordeaux, aujourd'hui c'est à Montpellier. Je n'insisterai pas sur l'article publié dernièrement par la *Gironde*, mais je crois devoir m'arrêter longuement sur un article paru dans la *Messager du Midi*, journal de Montpellier.

M. Bouisson, doyen de la Faculté de médecine de cette ville, a cru devoir faire un mémoire où Toulouse, ville scientifique, est complétement dénaturée, et qui laisse à supposer qu'une Faculté de médecine installée dans notre ville serait de la folie de la part de M. le Ministre de l'Instruction publique. Les raisons péremptoires seraient, d'après M. Bouisson, au nombre de trois : 1° Toulouse est une ville littéraire et non scientifique ; 2° Les étudiants en médecine de Toulouse qui vont à Montpellier, pour subir les examens définitifs ne connaissent pas un mot d'anatomie ; enfin, en dernier lieu, la ville de Toulouse ne présente par les ressources suffisantes pour devenir Faculté de médecine. A tous ces points nous répondrons en quelques mots, car les preuves sont trop accablantes pour exiger de longs détails.

1° *Toulouse n'est pas un centre scientifique* ; jusqu'ici nous avions cru le contraire, et cela était naturel car une ville qui a donné le jour ou a possédé dans ses murs, les Pinel, les Esquirol, les Chirac, les Bordeu, et à une époque plus rapprochée de nous, les Larrey, les Delpech, les Moquin-Tandon, les Rigal (de Gaillac), les Mialhe, a bien quelque droit à la reconnaissance. D'après M. Bouisson, il n'en est rien. Passons.

2° *MM. les étudiants en médecine de Toulouse ne connaissent pas leur anatomie et ne sont pas brillants à leurs examens du doctorat.*

Est-ce que M. Bouisson se figurerait par hasard, que Montpellier est la Faculté obligée pour l'étudiant en médecine de Toulouse. Qu'il se détrompe ; la majeure partie des étudiants vont prendre leur dernier grade à Paris, et ma foi n'en déplaise à M. Bouisson, ils obtiennent des succès soit dans les examens, soit dans les concours.

Dans les concours de l'internat qui font le prestige de la Faculté de Paris, des élèves de notre école ont été nommés avec le numéro un ; l'année dernière sur trois candidats appartenant à l'Ecole de Toulouse, deux ont été nommés dans un bon rang ; ce sont MM. Saint-Ange et Bazy. Pour l'externat des hôpitaux, au concours de l'année dernière, c'est encore un élève de l'école de Toulouse qui a été nommé le premier, M. Labat.

Au concours des étudiants en médecine pour le Val-de-Grâce, notre école peut revendiquer les premiers numéros. Il y a deux ans, M. Moudon était nommé avec le numéro un ; l'année dernière, M. Brousse obtenait le numéro deux. Dans le courant de cette même année, M. Bories sortait du Val-de-Grâce avec le numéro un de sa promotion.

Dans les concours à l'agrégation de la Faculté de Paris, dans ceux de l'Assistance publique de Paris, Toulouse peut encore revendiquer sa part.

Voilà, M Bouisson, pour les étudiants en médecine qui vont à Paris, en toute conscience vous n'oserez soutenir qu'à Toulouse on ne fait pas de l'anatomie. Quant à ceux qui vont à Montpellier, nous n'avons pas la prétention de les juger, mais M. Bouisson, doyen de la Faculté de Montpellier, devrait savoir mieux que personne que parmi les étudiants, il en est qui travaillent et d'autres qui ne font pas de même, et si le mauvais lot échoue à Montpellier, Toulouse y peut-elle quelque chose ? Au reste, si ces étudiants choisissent de préférence Montpellier à Paris, ils doivent avoir leurs raisons. Quelles sont-elles? On pourrait les leur demander. En second lieu, M. Bouisson ne devrait pas ignorer que le premier examen de doctorat ne se passe pas à Montpellier comme il se passe à Paris ou ailleurs. A Montpellier, ville si bien dotée sous tous les rapports, suivant M. Bouisson, on est dispensé la plupart du temps de faire la préparation sur le cadavre. Pourquoi cela? pour une raison bien simple ; il n'y a pas de sujets ; il est vrai, de temps en temps, la ville d'Avignon, grâce à la voie ferrée, vient lever la disette, mais l'abondance n'est que momentanée. Alors, les examinateurs au lieu d'exécuter le règlement, font apporter quelque pièce du musée d'anatomie, et on est interrogé sur cette préparation. Si la pièce était bonne, encore passe, l'élève pourrait se reconnaître, mais il est loin d'en être toujours ainsi, et vous prenez tel nerf pour tel autre. Est-ce la faute à l'élève ? et pour si bonne que soit une pièce, les rapports peuvent-ils être parfaitement conservés, alors que la dessication s'est produite ? Cependant, il est un fait, d'après M. Bouisson : les élèves de l'école de Toulouse ne savent pas leur anatomie ; passons encore une fois.

3° *La ville de Toulouse ne présente pas les ressources suffisantes pour devenir Faculté de médecine.* Avant de juger Toulouse, M. Bouisson aurait dû se demander si Montpellier ne laissait rien à désirer sous ce rapport. Mais, que voulez-vous, on trouve toujours des torts à ses voisins. Examinons cependant si ces reproches sont fondés. Les conditions requises pour que l'enseignement médical dans une ville soit complet sont les suivants : malades nombreux, dissections faciles et de bons professeurs.

Pour ce qui a trait aux hôpitaux et par conséquent aux malades, nous ferons observer que Toulouse possède : 1° L'Hôtel-Dieu, contenant 500 lits environ, destinés aux maladies aiguës ou aux affections chirurgicales ; 2° L'hospice de la Grave, où sont reçus les incurables et qui pourrait être ce qu'est la Salpêtrière à Paris : cet hospice renferme 900 lits ; 3° L'hôpital militaire, où se trouve toujours une moyenne de 200 malades, et enfin l'asile des aliénés de Braqueville, aux portes de Toulouse, qui renferme habituellement de 1,000 à 1,200 malades. Mais, dira-t-on, vous avez des hôpitaux et vous n'avez pas de malades ; cela est vrai jusqu'à un certain point, car l'administration des hospices de notre ville a des revenus sur lesquels elle doit se baser pour le nombre des entrées ; aussi est-elle obligée de refuser plus d'un malheureux qui vient lui demander assistance. Mais du jour où l'administration des hospices recevra une subvention du Conseil général de la Haute-Garonne et du Conseil municipal, tout obstacle sera levé, et on n'aura plus assez de lits pour les malades qui se présenteront à l'Hôtel-Dieu.

Quant à l'hôpital militaire placé sous les ordres du ministère de la guerre, il ne dépend que de la ville de le prendre à sa charge, l'offre lui en a été faite plusieurs fois. Ainsi organisé, le service hospitalier ne laisserait rien à désirer, et la Faculté pourrait avoir pour ses cliniques un service de 700 malades tout en ne tenant pas compte de l'hospice de la Grave et de l'asile des aliénés. Nous doutons fort que l'hôpital Saint-Eloi et l'hôpital général de Montpellier possèdent ce nombre de malades.

Après ces détails, nous croyons inutile de parler des travaux de direction ; du reste, Toulouse n'a jamais été dans la nécessité de s'adresser ailleurs ainsi que le fait Montpellier.

Pour ce qui est du corps enseignant, c'est une question qui regarde M. le Ministre de l'Instruction publique, et que nous nous garderons de traiter ; qu'il nous soit permis de dire cependant que si Montpellier a encore quelque prestige scientifique, elle le doit surtout à d'anciens agrégés de Paris qui ont été nommés professeurs à Montpellier. Or, si des agrégés de Paris ont accepté d'aller à Montpellier, nous ne voyons pas pourquoi il n'en serait pas de même de Toulouse.

Oui, nous comprenons que M. Bouisson se préoccupe de la Faculté de médecine de Toulouse, il sait très-bien, en effet, que du jour où nous aurons la Faculté, Montpellier pourra fermer les portes ; mais de là à prétendre que notre ville n'est pas une ville scientifique, c'est ce que nous ne comprenons pas. Toulouse a, en outre, ses facultés des lettres et des sciences, qui, à tous les points de vue, valent celles de Montpellier ; elle possède encore ce que n'a pas cette ville, une faculté de droit qui, malgré le voisinage de Bordeaux, est restée ce qu'elle était, c'est-à-dire la première après Paris ; ajoutez à cela une école vétérinaire et un muséum d'histoire naturelle, qui d'après le rapport de M. P. Bert, si défavorable cependant à notre ville, vient après celui de Paris. Aussi que M. Bouisson prenne courage ; aujourd'hui plus que jamais, la population Toulousaine veut une faculté de médecine, et elle l'aura. Lors même que M. le Ministre de l'Instruction publique ne consentirait pas à ce projet, la ville est encore assez riche pour créer à elle seule cette faculté si elle la désire. L. C.

P. S. — Au dernier moment, on m'annonce que M. Béchamp, professeur de chimie à la faculté de Montpellier, a accepté la place de doyen de la faculté catholique de médecine de Lille. En outre, M. Béchamp, fils, est nommé professeur de chimie et de physique près ladite faculté. Il faut espérer que le climat de Lille sera plus favorable au développement des microzyma que ne l'a été celui de Montpellier, et que sous peu M. Béchamp aura allumé sa lanterne. Dans aucun cas, ce ne seront pas les vœux des étudiants qui l'accompagneront, je dois faire cependant exception pour les membres du cercle catholique des étudiants de Montpellier.

VARIA

Le choléra.

Syrie. — *The Lancet* du 29 juillet, extrait d'un rapport officiel, quelques détails sur le choléra de 1875, à Beyrout. Après avoir ravagé la vallée de l'Oronte, le fléau fit son apparition à Damas qui fut désertée par les chrétiens et les israélites. A Beyrout, les trois quarts de la population, qui compte 40 mille âmes environ, se réfugièrent dans les montagnes. Les affaires furent entièrement suspendues, les ateliers, les magasins, les tribunaux fermés. Les ports de la Palestine, d'Egypte et de Chypre imposèrent une quarantaine absolue à tous les produits de la Syrie. En outre, les autorités syriennes permirent à toute ville ou village d'imposer une quarantaine aux habitants des villes et villages avoisinants, et l'on vit des convois venant du Liban, à quelques kilomètres à peine de Beyrout, souffrir une quarantaine de six jours aux portes de la ville. Toutes les précautions demeurèrent sans résultats, et un village situé à 2200 pieds au-dessus du niveau de la mer et qui s'était fait remarquer par ses mesures rigoureuses fut décimé par l'épidémie.

Calcutta. — Depuis quelque temps déjà le choléra sévit à Goa Bagan, Calcutta. M. Arthur J. Payne, officier de santé, chargé de rechercher les causes de l'apparition du fléau, a révélé des détails incroyables. Les huttes qui ont été visitées par l'épidémie sont bâties entre deux ruisseaux où coule un certain liquide que les naturels emploient pour leur tenir lieu d'eau. Ce liquide analysé se trouve tenir le milieu entre l'urine et les eaux d'égout. « Ces huttes, dit M. Payne, sont d'une saleté au-delà de toute expression et l'air que l'on respire est celui des fosses d'aisance. Les indigènes creusent des puits de distance en distance et c'est là qu'ils déversent leurs excréments jusqu'à ce que ces fosses soient entièrement remplies. Ils creusent

alors de nouvelles fosses ou se contentent de jeter les ordures à côté des anciennes. On ne les recouvre pas lorsqu'on les ebandonne, mais on laisse leur contenu fermenter et se décomposer eu grand air jusqu'à ce qu'il soit entraîné et répandu dans tous les environs par la première pluie d'orage. »

Ces hordes vivent donc sur un sol saturé et pour ainsi dire fait d'excréments, sous forme d'eau, ils boivent des excréments et l'air qu'ils respirent est rempli d'émanations empoisonnées. Il est surprenant que le fléau quitte jamais des lieux aussi favorable à son développement. (*The Lancet, 5 août.*)

— D'après les dernières nouvelles de l'Inde, il résulterait que les hautes régions perdent dens ce pays leur caractère anti-épidémique. L'an dernier le choléra avait éclaté à Simle, depuis quelques semaines il a fait son apparition à Derjecling. Aujourd'hui il fait ses ravages à Murrec, d'où l'on a retiré les troupes qui y stationnaient. (*Medical Times and Gazette.*)

Académie de médecine. — Prix proposés pour l'année 1877. (SUITE.)

Prix fondé par M. le dr Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destinée à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administretion, eux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goîtreuse. » Le prix ne sera doué que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix fondé par M. le dr Rufz de Lavision. — Question posée par le fondateur : « Etablir par des faits exacts et suffisamment nombreux chez les hommes et chez les enimaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altéretions de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. » Ce prix sere de la valeur de 2,000 francs.

Les mémoires ou les ouvrages pour les prix à décerner en 1877, devront être envoyés à l'Académie evant le 1er mai de l'année 1877. Ils devront être écrits en françeis ou en letin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et edresses des auteurs. Tout concurrent qui se sera fait conneître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. — Les concurrents aux prix fondés par MM. Godard, Barbier, Amusset, Huguier et Desportes, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou imprimés, sont exceptés de cette dernière disposition.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1872 ; 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 3 août 1876, on a constaté 950 décès, savoir : Variole, 4; rougeole, 25; scarlatine, 3; fièvre typhoïde, 40; érysipèle, 6; bronchite aiguë 21, pneumonie 49, dysenterie 3, diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 62; choléra nostras »; angine couenneuse 5; croup, 17; affections puerpérales, 5; autres affections aiguës, 275; affections chroniques 378, dont 149 dues à la phthisie pulmonaire, affections chirurgicales 44, causes accidentelles, 16.

LONDRES. — Population, 3,489,428 hab. Décès du 23 au 29 juillet 1876. 1,973 : variole, 7; rougeole, 28; scarlatine, 38 ; fièvre typhoïde, 14; érysipèle, 5; bronchite, 82; pneumonie, 43; dyssenterie 1, diarrhée, 522 ; choléra nostras, 26; diphthérie, 9; croup, 14; coqueluche, 46.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Concours du clinicat.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. HOMOLLE et HANOT, comme chefs de clinique et par celle de MM. Pierret et Landouzy comme chef de clinique adjoints. Tous les quatre appartiennent, à des titres divers à la rédaction du *Progrès médical.* — M. Martel a été nommé chef de clinique pour les accouchements.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Concours pour la nomination eux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacentes au 1er janvier 1877, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le jeudi 5 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront edmis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 4 septembre jusqu'au samedi 23 du même mois inclusivement.

Avis spécial. — Les candidats qui justifieront de leur engagement volontaire d'un an, à partir du 1er novembre prochain, seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementeires dès l'ouverture du concours. Les engagés volonteires qui doivent être libres le 1er novembre prochain, et qui se seront fait incrire pour prendre pert au concours, seront appelés à subir la première épreuve à partir du 10 novembre.

ASSISTANCE PUBLIQUE. Le Conseil municipal, dans sa séance du 10 août, a voté une pension viagère annuelle de 1.902 fr. à M. DELEPORTE, instituteur des enfants idiots et épileptiques de Bicêtre. Les services et le dévouement de M. Deleporte justifient pleinement cette décision.

EXPOSITION D'HYGIÈNE A BRUXELLES. — On écrit de Bruxelles, le 8 août : L'exposition internationale d'hygiène et d'objets de sauvetage, ouverte en juin, a été prolongée jusqu'en octobre. Douze nations ont donné 1,738 exposants. Le Congrès lui-même s'ouvrira le 27 septembre et durera huit jours. Afin de faciliter le voyage aux membres étrangers, le gouvernement belge a fait accorder aux membres et délégués une réduction de 50 p. 100 sur le transport des lignes belges, et des démarches ont été tentées auprès des autres administrations étrangères pour obtenir une réduction.

LA CRÉMATION SUR LE CHAMP DE BATAILLE. — En 1874, M. le docteur Kuborn, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, a publié les plans d'un foyer destiné à réaliser le projet d'incinérer les animaux destinés à être enfouis pour cause de maladies contegieuses. Depuis cette époque M. Kuborn s'est remis en collaboration de M. V. Jacques, ingénieur honoraire des mines et directeur-gérant de l'usine à gaz à Seraing. Il va produire un second appareil, modification du premier, offrant les avantages suivants : 1° Incinération d'un bœuf en 65 minutes, *taux maximum de température*; 2° incinération de 10 cadavres à la fois en moins de temps; 3° aucun gaz ne se dégage à l'extérieur; 4° appareil mobile pouvant *se transporter à la suite des voitures d'ambulance* à l'aide d'un seul cheval et mis en activité en 25 minutes.

Pendant les trois journées de Borny, Gravelotte et Amanvilliers, il a été tué environ 9,000 allemands; les pertes françaises ont été presqu'aussi considérables : avec l'incinérateur Kuborn, au nombre de dix numéros, en une semaine les 17 mille combattants eussent été réduits en os calcinés et volatilisés en eau, acide carbonique et gaz non infectieux.

Parmi les crémateurs si élégants et si bien disposés, qui figurent à l'exposition, il n'y en a aucun qui réalise même après modification, le but qui a été l'objectif de M Kuborn. L'appareil figurera dans peu de jours à l'exposition d'hygiène et de sauvetage. (*Art médical belge.*)

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE DE ROUEN. — Par arrêté en date du 9 août 1876, un concours est ouvert à Rouen pour un emploi de suppléant des chaires de pharmacie, chimie, matière médicale et histoire uaturelle, à l'Ecole préperatoire de médecine et pharmacie de cette ville. L'ouverture de ce concours est fixée eu 15 février 1877.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE LIMOGES. — Per errêté en date du 9 août 1876, un concours est ouvert à Limoges pour un emploi de chef des travaux enetomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de ladite ville. L'ouverture de ce concours est fixée au 15 février 1877.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. M. Guillemin (Nicolas-Auguste), professeur de physique au lycée d'Alger, est institué suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle, pour une période de neuf années.

ECOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. M. Beruard, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de chimie, pharmecie, matière médicale et histoire naturelle, pour une période de neuf années. M. Scribe, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques, est institué pour une période de neuf années.

ECOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. M. Cauderon (Eugène-Adophe), né le 5 mars 1849, à Clerval, docteur en médecine, est institué pour une période de neuf amées, suppléant des chaires de clinique et de pathologie iuternes.

ECOLE DE MÉDECINE DE DIJON. M. Derage, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques, est institué en outre, suppléant des chaires de clinique et de pathologie iuternes, pour une période de neuf années. M. le docteur Filleau, est nommé médecin des Archives netionales.

ERRATA. Dans le n° 32 du *Progrès,* page 574, à l'article de *Société de chirurgie,* ligne 2, au lieu de M. Th. Millière, lisez M. Th. Minière. — page 576, 1re colonne, ligne 51, au lieu de *fait* lisez *ordonne*...

VACANCE MÉDICALE. On demande un interne des hôpitaux ou un jeune docteur pour faire un service médical d'un ou deux mois; séjour très-agréable. — S'edresser par lettre à M. le docteur Boulland, rue Devilliers, n° 21, à Neuilly (Seine).

—La librairie Gauthier-Villars, quai des Augustins, 55, met en vente la dix-septième édition de l'*Annuaire des Eaux minérales et des Bains de mer,* joli volume de 280 pages donnant la nomenclature complète des stations d'eaux minérales, l'analyse, les propriétés médicales des sources, les ressources des établissements et les moyens de communication qui y conduisent. L'*Annuaire* contient en outre tous les renseignements utiles aux médecins et aux gens du monde. — Envoi par la poste contre 1 fr. 50.

Librairie MANCEAUX, à Bruxelles.

CONGRÈS périodique international des sciences médicales, 3e session. Vienne, 1873. Compte-rendu résumé publié, d'après les documents fournis par le bureau du Congrès de Vienne, par le comité de publication des actes du Congrès médical de Bruxelles. In-8° de 118 pages, prix 4 fr.

CONGRÈS périodique international des sciences médicales, 4e session. Bruxelles, 1875. Compte-rendu publié, eu nom du bureau, avec le concours de MM. les secrétaires des sections, par M. Warlomont, secrétaire général et MM. les Drs Duwez et Varriest, secrétaires des séances générales du Congrès. In-8° de 815 peges, prix 15 fr.

Imprimerie Paul DUPONT.

DANET, BASTIN et GARRIGOU. Des résultats de l'irrigation de la plaine de Gennevilliers par les eaux d'égouts de la ville de Paris. In-4° de 34 pages avec figures.

MOTTA MORIA. — Breves apontamentos parao estudo do eusino medico em Paris. Primeiro relatorio semestral aprezentado à Faculdade de medicina do Rio de Janeiro. In-8° de 164 pages. — Imp. A. Parent.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRELAT.

Du phlegmon iliaque ;

Leçon recueillie par le Dr CARTAZ.

Messieurs,

Vous avez pu voir au commencement de l'année, un malade couché au n° 14 de la salle Saint-Jean, et qui fut soigné par M. Lucas-Championnière qui me remplacait alors dans le service. Cet homme vigoureux, exerçant la profession de boulanger, était entré à l'hôpital pour une tumeur de la fosse iliaque, survenue spontanément, sans autre cause apparente qu'un excès de fatigue ; la tumeur reconnue pour un phlegmon fut ouverte et le malade sortit complétement guéri.

En rapprochant cette observation de celle du malade actuellement couché au n° 9, nous pourrons établir les traits principaux de cette maladie et vous exposer les considérations cliniques auxquelles elle donne lieu.

Voici, en quelques mots, l'histoire de ce second malade : c'est un jeune homme de 20 ans, employé de commerce, ayant par conséquent une vie peu active, une profession peu fatigante et n'accusant aucun antécédent morbide. Le 18 décembre, sans cause appréciable, il éprouva du malaise, quelques coliques; dans la journée survint de la diarrhée, sans vomissements ; il n'avait pas eu d'indigestion. Le 22, il ressent une douleur plus vive et plus localisée dans la fosse iliaque droite ; cette douleur s'accompagne d'un léger état fébrile, mais sans frissons, ni réaction bien marquée ; un purgatif est administré sans qu'il en résulte le moindre changement.

Il entre alors à l'hôpital le 25 décembre; vous avez pu remarquer à ce moment que son état maladif ne présentait rien de bien sérieux au premier abord. La fièvre était modérée (pouls à 76,80), la température peu élevée : la diarrhée persistait et le malade accusait toujours une douleur assez vive dans la région iliaque. A gauche, on ne trouvait rien ; à droite, siége de la douleur, on sentait une tumeur assez mal limitée.

Je vais de suite vous mettre en garde contre les difficultés d'exploration que présentent les malades peureux ou souffrants ; les muscles abdominaux se contractent violemment sous l'influence de la douleur ou de l'appréhension, empêchent de percevoir nettement les rapports des organes, les modifiant même un peu et de plus donnent à la percussion une fausse matité ; pour bien explorer, il faut que les muscles soient dans la résolution et il vaut mieux pour l'obtenir employer le chloroforme, quand la douleur est trop vive.

C'est ainsi qu'au premier examen, il semblait ici exister une tumeur assez considérable que l'on pouvait évaluer au volume d'une grosse orange; mais quand les muscles étaient relâchés, on s'apercevait que ce volume était factice, qu'une partie de la tumeur disparaissait; mais, en réalité, il y en avait une, profonde et assez fixe. Sur ce point également la percussion donnait une matité bien nette, accompagnée, il est vrai, d'un bruit hydro-aérique.

De cet examen, il ressortait que la tumeur était mixte, en partie gazeuse et en partie solide ; mais si vous songez aux connexions du foyer avec la masse intestinale, connexions augmentées encore par un certain degré d'adhérences inflammatoires, vous reconnaîtrez que les deux bruits ont pour origine, l'un la tumeur, l'autre l'intestin.

Sous l'influence du repos absolu, de cataplasmes, de lavements simples, la fièvre disparut, les douleurs s'amendèrent, mais la tumeur persistait. Il était facile d'en faire le diagnostic grossier et il n'était pas besoin d'une main bien exercée pour percevoir ce relief dans la fosse iliaque. Mais le diagnostic précis était plus délicat : les tumeurs de cette région sont nombreuses et l'énumération pourrait en être longue. Pour certaines tumeurs, le diagnostic est, en quelque sorte, tout fait, tant il est évident ; mais songez, messieurs, qu'il y a eu à ce sujet des erreurs fameuses et que de grands noms chirurgicaux en ont été les victimes.

Je ne m'arrêterai pas sur les tumeurs d'ordre spécial, dont les caractères sont assez tranchés, telles que les sarcomes, enchondromes, néoplasmes quelconques ; non plus sur les anévrysmes dont le diagnostic est quelquefois fort délicat, en raison des difficultés de l'exploration ; je ne veux vous parler que des tumeurs inflammatoires, des abcès de cette région ; ce sera assez pour vous prouver qu'il faut approfondir avec grand soin l'examen.

La première sorte d'abcès à laquelle on puisse songer, est l'abcès par congestion ; d'ordinaire, on le reconnait assez facilement d'après sa marche, son origine et sa chronicité; mais il est de ces abcès qui sont très-peu apparents, qui n'apportent dans l'état de santé aucun trouble marqué et dont les malades ne se doutent même pas. Je me souviens qu'il y a quelques mois, un père m'amenait son enfant qui souffrait de la hanche et du bas-ventre et dépérissait lentement ; douze ans auparavant, il avait été traité pour une coxalgie qui était parfaitement guérie ; la colonne ne présentait rien d'anormal et cependant en l'examinant, je trouvai deux abcès par congestion assez volumineux.

Les difficultés du diagnostic sont encore accrues par ce fait que, dans quelques cas, rares il est vrai, le phlegmon iliaque revêt les caractères de l'abcès par congestion. Ainsi, dans un cas, à la suite d'une perforation de l'appendice iléo-cœcal, un phlegmon s'était déclaré, avait occupé toute la fosse iliaque, puis avait franchi l'arcade fémorale pour fuser dans le membre inférieur.

Dans un autre cas, c'est une perforation de l'os coxal qui donne issue au pus et facilite la formation d'un énorme foyer sous-fessier.

Dans d'autres circonstances, le pus, au lieu de venir se faire jour à la paroi abdominale antérieure, fuse en arrière, au-dessous du gros intestin, remontant derrière le foie et le rein, jusque dans la cavité pleurale. Ces exemples, disons-le, sont rares, mais on comprend que dans ces cas l'erreur de diagnostic soit impossible à éviter.

Je ne fais que vous signaler une autre variété d'abcès consécutif à la carie de l'os iliaque ; la plupart du temps le foyer siége dans la région fessière ou dans la fosse iliaque externe.

Nous sommes donc en face d'un phlegmon iliaque proprement dit, mais à quelle variété pourrons-nous le rattacher?

On a bien séparé les phlegmons génitaux de la femme des phlegmons iliaques ; dans le cas actuel nous n'avons pas à parler des phlegmons d'origine puerpérale qui ne diffèrent du reste des autres variétés de phlegmon iliaque que par leur origine et leur gravité.

D'une façon générale, on peut les ranger en trois groupes : phlegmons traumatiques, phlegmons propagés et phlegmons par ulcération intestinale.

1° Les phlegmons traumatiques se comprennent aisément : une contusion, un choc dans cette région, une plaie d'arme blanche, un projectile d'arme à feu, en sont la cause la plus fréquente, ils peuvent encore se développer sous l'influence de ruptures musculaires, de marches forcées, de fatigue, comme dans l'observation que je vous citais en commençant cette leçon.

2° Les phlegmons propagés sont nombreux ; ils sont la plupart du temps le résultat de péritonites circonscrites, consécutives elles-mêmes à des entérites ou à des causes diverses. Je vous renvoie pour l'étude de ces faits, à l'intéressante thèse de M. Guyot, aux travaux de Hilton Fagge (Guy'sHospital Reports, 1874), de Foix (thèse de Paris, 1874), etc.

3° C'est dans la troisième catégorie, celle des phlegmons par ulcération intestinale, que je rangerais volontiers le cas actuel, je vais vous en donner la raison. La perforation de l'appendice iléo-cœcal peut avoir lieu par suite de corps étrangers mais plus fréquemment elle est consécutive à des ulcérations tuberculeuses de cet organe ; les recherches de M. Leudet sur ce point sont des plus explicites. Mais comme cet appendice est petit, étroit, l'inflammation se propage au voisinage, détermine des adhérences et des foyers circonscrits, la maladie débute par la pérityphlite. Dans un très petit nombre de cas, l'ouverture est réelle, c'est-à-dire suffisante pour laisser passer les liquides de l'intestin, mais elle n'en a pas moins déterminé un travail pathologique sourd, insidieux dans la région. De là, ces accidents quelquefois subits causés par des abcès latents, des péritonites subaiguës qui, se réveillant tout-à-coup, se généralisent rapidement.

Dans le cas présent, nous n'avons pas de raison de ne pas admettre une perforation de ce genre et une pérityphlite consécutive. Les faits matériels concourent, du reste, avec ce diagnostic ; la tumeur siége à droite; elle est liée à l'intestin, épaisse et dure d'un côté, gazeuse de l'autre, disparaissant partiellement par la pression ; la constitution physique du sujet est grêle, mince, nous n'avons pas néanmoins trouvé de signes appréciables de turberculose pulmonaire.

Pour me résumer, je vous dirai donc : cette tumeur phlegmoneuse de la fosse iliaque est d'origine intestinale (appendice iléo-cœcal) sans me prononcer d'une façon positive sur la réalité de la perforation, c'est-à-dire d'une communication complète.

Le traitement qui convient aux phlegmons de cette nature est tout médical au début. Ce n'est qu'après l'avoir essayé et si l'abcès continue à grandir que vous devriez intervenir. Les sangsues, fort préconisées autrefois, ne valent pas mieux ici que dans la hernie étranglée ; une alimentation faible, très-digestible, le repos absolu, de l'opium à doses modérées pour obtenir le repos de l'intestin et l'absence de douleurs suffisent en général pour amener la résolution.

Je vous engage à employer méthodiquement ces moyens avant d'en venir à l'ouverture; celle-ci doit se faire, comme vous le savez, à la paroi abdominale antérieure, sur une ligne parallèle à l'arcade crurale, en dehors de l'artère épigastrique. On a conseillé, pour cette opération, l'emploi des caustiques (pâte de Vienne, de Canquoin) ; je crois l'ouverture au bistouri préférable pour deux raisons : elle évite de longues douleurs aux malades et permet de vider immédiatement le foyer. Le caustique a été conseillé pour déterminer des adhérences qui mettent à l'abri d'une lésion du péritoine ; mais l'inflammation phlegmoneuse en a établi préalablement et laisse un espace plus que suffisant pour que le chirurgien puisse agir en toute sûreté.

Cette ouverture se fait dans quelques cas spontanément et je puis vous citer le cas d'un garçon de café entré dans mon service pour un phlegmon iliaque ; l'abcès s'était ouvert à l'extérieur, sans que le malade fût alité. Dans la pratique, il ne faut jamais trop compter sur ces heureux dénouments, et, s'il faut souvent laisser la nature opérer elle-même, il est bon de surveiller son travail curateur et réparateur.

A cet égard je ne puis mieux faire que de vous parler d'une complication peu grave, mais qui se rapporte précisément à cette question du traitement après l'ouverture. Il ne faut pas croire en effet, Messieurs, que tout soit terminé, une fois cet abcès ouvert et les symptômes généraux conjurés ; cette cavité formée par l'abcès se vide quelquefois mal ou pas du tout; une rechute peut survenir, l'accolement des parois se fait difficilement et vous avez une suppuration longue, interminable, qui peut aboutir à une fistule.

Si je vous entretiens spécialement de cette complication, c'est que vous en avez un exemple en ce moment dans notre service, le malade du n° 2. C'est un garçon de 23 ans, d'un tempérament lymphatique, assez bien portant du reste, mais qui porte un point fistuleux sur la paroi abdominale droite. Il raconte qu'il y a un an, à la suite d'une chute sur le flanc droit, il tomba malade, fut alité pendant quelque temps et vit enfin un abcès s'ouvrir au niveau même de sa fistule actuelle. Tout ceci s'était passé sans retentissement bien prononcé sur l'état général ; la fièvre avait été très-modérée. Cet abcès mit six mois à se cicatriser et depuis ce moment la fistule s'est rouverte à plusieurs reprises, ce qui signifie clairement que la cicatrisation n'est pas complète.

Aujourd'hui, on trouve, à quatre travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, une petite fistulette, laissant à peine passer un stylet de trousse. Elle n'a aucun des caractères des fistules stercorales; du reste elle ne laisse sourdre que du pus. La peau est mobile autour de cet orifice, mais au loin, dans la profondeur, il semble y avoir des adhérences, nous en trouvons la preuve dans le fait suivant : quand le malade tousse, la paroi abdominale est rétractée à ce niveau, comme si elle était retenue en arrière par sa partie profonde. Le malade n'accuse aucune douleur ; il digère bien, va régulièrement à la selle sans qu'à ce moment il s'échappe de matières stercorales par la fistule ; la percussion de l'abdomen révèle sur tous les points la sonorité normale.

Nous avons là une fistule consécutive à une pérityphlite suppurée ; la pathogénie est facile à saisir, le malade a fait une chute sur le ventre, cette chute a donné naissance à une inflammation circonscrite, à une pérityphilte; celle-ci se termine par suppuration, l'abcès s'ouvre, se cicatrise mal et de là résulte une fistule persistante.

Nous avons eu la preuve anatomique du diagnostic par l'opération que j'ai pratiquée quelques jours après son entrée. La fistule était très-profonde, une incision longue de huit centimètres le long des fibres du grand oblique a traversé la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose du grand oblique et nous a conduit dans une petite cavité du volume d'une noisette, fongueuse, mollasse ; j'ai pratiqué une espèce d'évidement, de raclage de ces fongosités et j'ai introduit, jusque dans la profondeur une mèche phéniquée. La plaie est actuellement en parfait état.

Il y a deux ans, dans cette même salle, se trouvait un cuisinier qui vint se faire traiter pour une fistule identique remontant à cinq ou six ans. Il n'accusait rien comme antécédents, n'avait jamais été alité; il racontait seulement qu'à la suite de quelques douleurs, de quelques coliques, un abcès s'était ouvert dans le flanc droit et que la fistule en avait été le résultat. J'agrandis la fistule par incision et je pus vérifier qu'elle correspondait bien au tissu péricœcal.

Ces deux faits m'en rappelèrent alors un troisième que j'avais observé à Saint-Louis ; le malade m'avait raconté la même histoire que les précédents, mais je ne voulus jamais le croire, tellement le fait me paraissait insolite.

Ces deux malades sortirent parfaitement guéris de l'hôpital ; j'espère qu'il en sera de même pour celui qui est en traitement. C'est une maladie assez rare et qui n'a pas été signalée, que je sache, par beaucoup d'auteurs.

En appelant votre attention sur ces faits que je vous livre sans commentaires, je désire vous mettre en garde contre les suites d'un traitement insuffisant ou mal dirigé, qui vous obligerait à une intervention toujours délicate et toujours ennuyeuse pour les malades.

Nécrologie. — M. le docteur Puysaye, médecin-inspecteur des eaux d'Enghien, vient de succomber à la suite d'une longue et cruelle maladie. (*Gaz. des Hôpitaux.*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. CHARCOT.**

XX[e] LEÇON. — **Du cancer primitif des voies biliaires. — Considérations générales sur l'anatomie pathologique des cirrhoses** (1).

(Résumé de la leçon du 1[er] juin).

Messieurs,

I. Je terminerai l'étude anatomo-pathologique des voies biliaires d'excrétion par un bref exposé des altérations cancéreuses qui, quelquefois, se développent primitivement, sur cette partie de l'appareil hépatique. Ce sujet a été négligé pendant longtemps et pourtant il est loin d'être dénué d'intérêt au point de vue clinique.

A. Les premières études régulières, relativement au *cancer primitif des voies biliaires* sont dues, si je ne me trompe, à M. Durand-Fardel (1838). Elles ont été reprises dans ces dernières années et nous avons à citer, d'une façon spéciale, la thèse de M. Bertrand, faite sous la direction de M. Cornil (2) et un mémoire intéressant de M. Villard (3).

C'est surtout la vésicule du fiel qui, dans les cas de ce genre, est le siége primitif du mal. La lésion y occupe originairement le tissu sous-muqueux. Les parois de l'organe peuvent être affectées dans toute leur étendue ou peu s'en faut. Il est fréquent que, de la vésicule, le cancer s'étende de proche en proche jusqu'au canal cholédoque. Il existe quelques exemples où ce dernier paraît avoir été affecté isolément, sans participation de la vésicule ou de tout autre organe.

Le cancer peut présenter dans cette région toutes ses formes principales : 1° le carcinome avec trois de ses variétés : *a*) le cancer colloïde, — c'est celle-ci qui est la plus commune, — *b*) le cancer encéphaloïde, *c*) le squirrhe; 2° On a aussi observé un certain nombre de cas d'*épithélioma cylindrique*.

En somme, il est juste de reconnaître que le cancer primitif des voies biliaires est une affection assez rare. Le mémoire de M. Bertrand, celui de M. Villard, sont fondés tout au plus sur l'analyse d'une vingtaine de cas. L'altération dont il s'agit se rencontre surtout chez les vieillards et plus particulièrement chez les femmes. Il est possible qu'elle soit le point de départ de lésions cancéreuses secondaires qui envahissent le foie soit par contiguïté, soit par métastase. D'un autre côté, les voies biliaires peuvent être intéressées secondairement par propagation directe d'une lésion cancéreuse originellement développée dans le foie ou dans les organes voisins.

Une particularité très-remarquable de l'histoire du cancer primitif des voies biliaires, c'est que, dans la majorité des cas, il coexiste avec les concrétions biliaires. Cette coexistence se trouve signalée dans quatorze des quinze cas consignés dans la thèse de M. Bertrand. Quelle en est la raison ? Le cancer précède-t-il la lithiase ou lui succède-t-il ? Il y a tout lieu de croire qu'il se développe secondairement, au moins d'habitude.

Ainsi, M. Hilton Fagge, qui a rassemblé douze cas de cancer des voies biliaires, accompagnés de gravelle, représentant la totalité des faits de ce genre recueillis à *Guy's Hospital* dans une période de 21 ans (4) fait remarquer que, dans la plupart des cas, l'apparition du cancer paraît avoir été cliniquement précédée de symptômes en rapport avec la gravelle, à savoir : coliques hépatiques répétées, ictère, etc. Il mentionne une observation de M. Moxon qui semble décisive à cet égard. La vésicule contenait des calculs à facettes. Dans le canal cholédoque, il y avait des calculs en tout semblables et évidemment de provenance cystique. Enfin, au-dessus de ces calculs et dans leur voisinage immédiat, il s'était produit un rétrécissement cancéreux du canal cholédoque.

Le cancer des voies biliaires, lorsqu'il atteint le canal cholédoque, peut déterminer toute la série des lésions et des symptômes qui se rattachent à l'obstruction de ce canal par les calculs ou par toute autre cause. C'est là un fait dont le clinicien doit être prévenu et dont il a la faculté de tirer parti pour le diagnostic.

B. C'est ici le lieu de rappeler, Messieurs, que le canal cholédoque peut être obstrué dans les cas où une lésion carcinomateuse occupe la tête du pancréas.

Vous n'ignorez pas les rapports étroits qui, dans une portion de son trajet, existent entre le canal cholédoque et la tête du pancréas. Dans un certain nombre de cas, d'après O. Wyss 15 fois sur 22, ce n'est qu'un simple rapport de contiguïté; mais, d'autres fois, le canal est entouré de tous côtés par les acini de la glande. On conçoit que, suivant les circonstances, le canal cholédoque pourra être seulement repoussé, tandis que, dans d'autres cas, il sera étreint de tous côtés par le fait du développement pathologique de la tête du pancréas. L'ictère se montre rapidement et en quelque sorte à coup sûr dans la seconde catégorie de faits; dans la première, au contraire, il pourra ne paraître que d'une façon tardive, ou même manquer complétement.

Quoi qu'il en soit, le *cancer du pancréas* n'est pas, en général une lésion très-rare: on le rencontrerait dans 29 autopsies sur 467 selon Williegk. Et, pour ce qui concerne le cancer de la tête, il est, dans l'espèce, très-fréquent, puisque, d'après Ancelet, sur 200 cas, la lésion occupait toute l'étendue de l'organe, la tête y compris 88 fois, la tête seule, 33 fois. Ces statistiques nous font comprendre que le canal cholédoque devra participer fréquemment à la lésion carcinomateuse du pancréas. Tantôt, il s'agit là d'un simple phénomène de compression; tantôt les parois du conduit sont envahies par la lésion carcinomateuse. Toujours est-il que, sur 37 cas de cancer de la tête du pancréas, l'ictère se verrait 24 fois, si l'on en croit Da Costa. L'ictère, en pareil cas, coexiste souvent (15 fois) avec l'ascite en raison des relations qui unissent le pancréas et les veines mésaraïques. C'est le squirrhe qui s'observe surtout dans le pancréas (1).

Je viens de signaler une des causes les plus communes de la compression du canal cholédoque Je me bornerai maintenant à déclarer en passant qu'un grand nombre d'autres lésions ayant pris naissance au voisinage des voies biliaires, sont capables d'amener le même résultat. L'énumération de ces causes diverses d'oblitération du canal cholédoque serait trop longue et peut-être sans beaucoup d'intérêt. Vous en trouverez, du reste, un exposé très-méthodique et présenté au point de vue surtout des applications cliniques dans l'ouvrage de M. Murchison (*Loc. cit.*, p. 340).

(*A suivre.*)

(1) Voir les numéros 13 à 33.
(2) Thèse de Paris, 1870.
(3) *Etude sur le cancer primitif des voies biliaires*, 1870.
(4) *Guy's Hospital Reports*, 1875, p. 168.

(1) Les documents qui ont servi à l'exposé de cette question sont empruntés à l'ouvrage de Friedreich : *Ziemssen's Handbuch*, 8° Bil., 88 halft, p. 288.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Agrandissement de l'hôpital Lariboisière.

Les mémorables discussions sur l'*hygiène des hôpitaux* à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie semblaient avoir nettement mis en relief le danger des grands hôpitaux et la nécessité de construire les nouveaux hôpitaux en dehors de la ville. Mais ce que les hommes compétents conseillent ne paraît pas digne d'attention de la part de nos administrateurs. Voici, en effet, ce que nous lisons dans le *Journal officiel* du 15 août :

« On vient d'entreprendre à l'hôpital Lariboisière d'immenses (sic) travaux pour l'agrandissement de cet établissement. Le nombre des lits, qui s'élève à 606, est considéré depuis longtemps comme insuffisant. On va élever une aile de bâtiment à côté de la chapelle. Ce nouveau local permettra de recevoir trois cents malades de plus. »

Cet agrandissement, nous le répétons, est contraire à ce qu'enseigne l'expérience, et cela depuis longtemps. Déjà, à la fin du règne de Louis XVI, on avait reconnu le danger des grands hôpitaux. « Mme Necker, dit Polinière dans son remarquable mémoire (1821), pendant un instant de rapide faveur, avait résolu de faire disparaître les grands hôpitaux en général et d'y substituer de petits établissements dont les avantages étaient démontrés par la différence des tables de mortalité ». Cabanis faisait des vœux pour qu'on réduisît le nombre des lits à cent ou cent cinquante tout au plus. Sous ce rapport, pourtant, il convient de n'être pas trop absolu. « Le point important, écrit Polinière, consiste moins dans le petit nombre des lits que dans la juste proportion qui doit toujours être

maintenue entre le nombre de lits et l'étendue des salles considérées dans leur longueur, leur hauteur et leur largeur et *dans la proportion qui doit exister* aussi entre celles-ci et la grandeur des cours. » Il n'est pas fait mention, dans la note du *Journal officiel*, d'achats de nouveaux terrains ; il s'ensuit, par conséquent, que sur une superficie qui reste la même, on installe de nouveaux pavillons. Ce n'est pas la première fois, pour cet hôpital, que l'on commet la même erreur.

« L'emplacement de l'hôpital... occupait à l'origine 34,585 mètres seulement. Mais afin de dégager davantage les salles de malades et d'ajouter de vastes promenoirs aux préaux peut-être insuffisants ménagés entre les pavillons, on y ajouta, au moyen de nouvelles acquisitions, 17,287 mètres de terrain. Le périmètre du nouvel établissement s'est donc trouvé porté à 51.872 mètres (1) ».

A l'origine, l'administration choisit un terrain insuffisant (34,585 mètres ; valant 1,213,224 fr.); ensuite, à l'aide d'achats coûteux, il est vrai, puisque les 17,287 mètres acquis pour accroître l'étendue de l'hôpital ont exigé une dépense de 1,976,705 fr., somme supérieure au prix des terrains primitifs dont la superficie était double, elle parvient à réparer sa faute, et, aujourd'hui, on s'empresse d'augmenter le nombre des lits, c'est-à-dire de rendre de nouveau l'emplacement insuffisant ! Ce sont là des agissements véritablement déplorables et qu'on ne saurait trop blâmer.

Faculté de médecine de Bordeaux.

Nous avons eu l'occasion de voir le programme du Concours pour la construction de la faculté mixte de médecine et de pharmacie qui doit être créée à Bordeaux. Les bâtiments seront érigés sur un terrain présentant une superficie de 9.426 mètres carrés et la dépense totale est évaluée à un million cinq cent mille francs.

Les auteurs de ce programme ne nous paraissent pas se rendre un compte bien exact des exigences de plus en plus grandes des édifices de ce genre. Dès maintenant, on peut dire que les différents services de la future faculté seront accumulés les uns sur les autres et que, contrairement à ce qu'enseigne la prévoyance la plus vulgaire, aucune mesure n'est prise pour faire face aux créations nouvelles que le progrès des études médicales rendra absolument nécessaires dans un avenir prochain. Nous attendions beaucoup mieux de l'opulente cité bordelaise.

Les médecins et les internes des hôpitaux réservistes.

L'insistance que nous avons mise à signaler (2) la nécessité d'une organisation sérieuse du corps de santé de la réserve commence à porter ses fruits. Les internes en médecine et en pharmacie des grands hôpitaux de France, nommés au concours, seront assimilés aux médecins et aux pharmaciens (3).

D'un autre côté, les médecins réservistes des classes 1868 et 1869, qui ont été nommés à des emplois dans la réserve de l'armée active, ceux qui ont subi des examens, enfin ceux qui ont fait valoir leurs titres pour obtenir un emploi médical dans la réserve de l'armée, ne seront pas appelés cette année, si nos renseignements sont exacts.

La situation des médecins et des internes paraît donc se régulariser dans une certaine mesure. Tous doivent être utilisés comme médecins et par conséquent, il est à désirer que l'organisation se perfectionne à cet égard. Rien ne serait plus facile, par exemple, que d'instituer au Val-de-Grâce, pour Paris et les départements qui en relèvent au point de vue militaire, des cours où l'on répéterait la médecine opératoire, où l'on apprendrait les bandages, les règlements militaires dans leurs rapports avec le service de santé, la composition du nouveau caisson d'ambulance (1), où l'on étudierait le régime alimentaire du soldat et tous les moyens qui permettent de secourir rapidement les blessés sur le champ de bataille.

Une semblable organisation s'étendant à tous les chefs-lieux de division militaire, aurait assurément les meilleurs résultats au point de vue de l'instruction de tous les médecins, appelés par leur âge, à faire partie de notre armée. B.

(1) Husson. — *Etude sur les hôpitaux*, p. 347. Le legs de Mme de Lariboisière était de 2,600,000 fr. ; la dépense totale s'éleva à 10,445,000 fr. Chaque lit revient à 17,236 fr.

(2) Voir le *Progrès médical* : 1875, p. 560, 575, 591 et 1876, p. 570.

(3) L'administration de l'assistance publique a fait passer dans les salles de garde des internes une circulaire invitant les internes, réservistes, à se rendre au chef-lieu de l'administration, pour fournir des renseignements relativement à leur situation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 août 1876. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. J. GUÉRIN lit une note sur deux cas d'albugo double traité par l'abrasion ammoniacale. — L'albugo *curable* étant le résultat d'une altération des couches les plus superficielles de la cornée, on peut enlever ces couches superficielles en faisant sur elles des attouchements avec l'ammoniaque pure. L'ammoniaque corrode les tissus en les saponifiant ; on peut très-bien limiter son action sans craindre d'altérer les couches profondes.

Suite de la discussion sur le spirophore. — M. DEPAUL défend la pratique ordinairement employée contre l'asphyxie des nouveau-nés. Le spirophore n'a pas encore fait ses preuves expérimentales ; il faut attendre. Jusqu'ici, la respiration artificielle de bouche à bouche ne peut être détrônée.

Après une courte réponse de M. VOILLEZ, M. OLLIER fait une communication sur la décortication des nez éléphantiasiques au point de vue de la forme de ces organes. Le cautère actuel est le meilleur procédé d'exérèse à employer pour pratiquer l'opération.

M. A. GUÉRIN préfère le cautère potentiel. — L'altération principale porte sur les glandes sébacées. — La séance est levée à 5 h. 1/4. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances de mars 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

25. Fongus de la vessie; par M. LANGLEBERT, interne des hôpitaux.

J..., est entré à la Maison de santé dans le courant du mois d'octobre 1875. Cet homme, âgé de 68 ans, a commencé à souffrir de la vessie depuis un an environ. Ce fut d'abord une sensation de pesanteur, de gêne dans le bas-ventre ; les envies d'uriner devinrent plus fréquentes et commencèrent à être douloureuses, le sang se montra dans les urines quelques jours avant son entrée dans le service. En interrogeant le malade sur ses antécédents nous avons appris qu'il avait eu

(1) Il paraît que la composition et l'agencement des pièces qui constituent ce nouveau caisson sont encore inconnus d'un grand nombre de médecins militaires. Il a figuré pour la première fois dans la Revue du 15 juin.

plusieurs fois des douleurs rhumatismales et que pendant sa jeunesse il avait contracté plusieurs blennorrhagies; jamais il n'avait souffert de la gravelle.

Quand nous vîmes ce malade au mois de janvier 1876, il présentait les symptômes suivants :

Les envies d'uriner sont très-fréquentes, elles sont impérieuses et le malade ne peut y résister, le jet d'urine est projeté dans le vase avec force et se fait par saccades.

Les douleurs dans le bas-ventre sont vives et persistent dans l'intervalle des mictions, la région lombaire est également douloureuse surtout du côté gauche, et un mois après cette douleur rénale s'irradie sous forme de sciatique dans tout le membre inférieur gauche.

L'urine rendue en quantité normale pendant vingt-quatre heures offre des caractères très-importants; elle contient une notable quantité de sang, et cette hématurie a été persistante depuis le premier jour où elle s'est montrée jusqu'à la mort du malade; le sang rendu se présente sous deux formes, tantôt, c'est un liquide très-noir qui sort mélangé à l'urine et ne se montre guère que dans la deuxième moitié de la miction; tantôt, au contraire, ce sont des caillots noirâtres, allongés et qui séjournent souvent pendant plusieurs heures au niveau du col de la vessie, ainsi que le prouvent les épreintes douloureuses ressenties par le malade. Il y a aussi du catarrhe vésical, et quand l'urine sort chargée de muco-pus et de sang, elle ressemble à un liquide sanieux répandant autour de lui une odeur ammoniacale très-intense.

Le cathétérisme était assez facile, mais s'accompagnait d'un saignement abondant quand il était pratiqué avec un instrument métallique, en parcourant avec la sonde de Mercier les parois de la vessie M. le Dr Nicaise, alors chargé du service, perçut dans la région droite, et en arrière des uretères dans le bas-fond la sensation du frottement de la sonde contre une masse molle et dépressible et il en conclut à l'existence d'une tumeur fongueuse dans cette région.

La vessie ne se laissait pas beaucoup distendre et le contenu d'une seringue à hydrocèle donnait au malade un besoin irrésistible d'uriner.

Les syptômes allèrent toujours en s'aggravant, le malade épuisé par ces pertes de sang incessantes finit par tomber dans un état de faiblesse extrême et succomba le 29 mars 76.

AUTOPSIE *le 30 mars* 1876. — En ouvrant la vessie on constate l'existence d'une tumeur fongueuse occupant toute la portion droite la vessie et s'avançant jusque sur la région antérieure; en haut, cette tumeur n'atteint pas tout à fait le sommet de la vessie, en bas elle est séparée par un intervalle de 1 centimètre environ de l'embouchure de l'uretère droit.

Dans ces régions, la muqueuse est friable, hypertrophiée et sa surface irrégulière et très-mamelonnée : c'est à ce niveau que la muqueuse est hérissée d'un nombre considérable de villosités très-longues qui couchées les unes sur les autres forment par leur amas une tumeur saillante et assez bien limitée. Quand on examine la muqueuse vésicale sous l'eau, ces villosités se séparent et deviennent alors très-visibles, dans leur ensemble elles ressemblent au chevelu des racines d'un arbre, les unes sont simples, d'autres bifurqués ou trifurquées enfin elles présentent presque toutes une longueur considérable et quelques-unes ont près de trois centimètres de longueur.

Entre cette tumeur et la ligne qui réunit les orifices des uretères existe un espace d'un centimètre environ de largeur et sur lequel la muqueuse dépourvue de villosités est tuméfiée et fortement congestionnée ; on y constate un piqueté hémorrhagique assez abondante.

En arrière du col de la vessie près du bas-fond existe une houppe de villosités très-longues pour la plupart.

La muqueuse de la face postérieure est congestionnée et tomenteuse. La prostate peu volumineuse n'offre aucune lésion appréciable. La muqueuse uréthrale est saine, mais dans les régions prostatique et membraneuse, on voit un piqueté hémorragique intense.

Les reins sont volumineux et ramollis, les calices sont dilatés; il n'y a pas de pyélite.

On n'a trouvé aucun calcul dans la vessie ni dans les reins.

26. Fibro-myomes du rein et corps fibreux de l'utérus, chez une femme morte de gangrène sénile; par A. LAURENT, externe des hôpitaux.

Ces deux pièces ont été recueillies sur une femme de 75 ans, morte de gangrène sénile dans le service de M. CHARCOT. A l'autopsie, l'un et l'autre rein furent trouvés parsemés de petits corps ovoïdes, durs, du volume d'une lentille, situés entre le parenchyme rénal et la capsule; en effet, la décortication fit voir que ces petits corps lenticulaires étaient inséparables de la capsule et nullement adhérents à la substance du rein, qui du reste était parfaitement saine.

La malade n'avait pas présenté d'accidents urémiques. Une coupe colorée au picro-carminate mit parfaitement en évidence l'élément musculaire et fit voir que l'on avait affaire à des fibro-myômes.

En examinant l'utérus, nous le trouvâmes très-volumineux bosselé, induré dans toutes ses parties, sauf le col qui était resté intact. Des coupes pratiquées dans tous les sens firent voir une vingtaine de corps fibreux interstitiels dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'une noisette. Une de ces tumeurs plus grosse que les autres et présentant un diamètre de 4 à 5 centimètres, occupe la paroi postérieure; enfin, la cavité utérine est presque réduite à néant.

27. Déformation particulière de l'utérus dans un cas de carcinome de l'ovaire droit. — Atrophie de l'ovaire gauche. — Absence des règles; par Er. GOLAY, interne des hôpitaux.

La nommée Hennberger, âgée de 30 ans, blanchisseuse, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Monique, dans le service de M. MATICE, suppléé par M. LÉPINE, le 21 mars 1876. Cette jeune femme a été soignée pour le carreau dans son enfance et depuis cette époque, son ventre sans être douloureux, a toujours été un peu volumineux,

Elle a de tout temps, dit-elle, toussé un peu; mais on ne trouve dans ses antécédents aucun autre signe rationnel de tuberculose pulmonaire. Elle a joui jusqu'à l'année dernière d'une bonne santé habituelle.

Elle n'a jamais été réglée et à aucune époque n'a eu d'hémorrhagies supplémentaires des règles; jamais elle n'a ressenti de douleurs de reins ou autre indisposition quelconque revenant à des époques périodiques; elle n'a jamais été affectée de leucorrhée.

La malade a commencé à s'apercevoir que son ventre augmentait de volume au mois de janvier 1875, mais elle ne peut pas nous indiquer de quel côté la tuméfaction a débuté. Celle-ci s'est faite graduellement sans déterminer aucun trouble du côté des organes abdominaux. La malade ne souffrant pas, ne s'en préoccupa que fort peu. Il y a 6 mois que le ventre a acquis le volume énorme que nous constatons aujourd'hui et depuis cette époque la malade a eu de temps en temps des accès d'oppression se montrant surtout quand elle marchait ou se fatiguait un peu. Les garde-robes sont toujours restées régulières; elle n'y a jamais aperçu de sang. Les fonctions urinaires sont toujours restées normales. Elle n'a jamais ressenti de douleurs dans l'abdomen, ou les membres inférieurs; sa tumeur n'a fait que la gêner dans la marche et la station debout. Parfois ses jambes ont enflé d'une manière passagère, mais depuis deux ou trois semaines, l'infiltration des membres inférieurs est devenue permanente. Ses digestions sont toujours restées bonnes et elle jouit encore aujourd'hui d'un appétit excellent. Il y a huit à neuf mois que la malade a commencé à maigrir et à perdre ses forces; aussi a-t-elle depuis cette époque cessé complétement de travailler. Elle n'a jamais consulté aucun médecin et encore aujourd'hui c'est à grand'peine que, malgré l'énorme distension de son abdomen et l'état de cachexie avancé dans lequel elle est tombée, ses parents et amis ont pu la décider à entrer à l'hôpital.

A son entrée nous constatons : un amaigrissement considérable de la moitié supérieure du corps, réduite presque à l'état squelettique, contrastant avec l'énorme volume de l'abdomen et une infiltration considérable des membres inférieurs. La face est très-pâle, mais ne présente pas la colora-

tion jaune paille des cancéreux. La respiration est très-accélérée (52 mouvements respiratoires par minute), et la malade se plaint de battements de cœur.

L'abdomen est très-volumineux, proéminent en avant, régulièrement arrondi, nullement étalé sur les côtés ; la peau est très-tendue, luisante et les veines sous-cutanées s'y dessinent sous forme de nombreux cordons bleuâtres. Il est un peu plus développé à droite qu'à gauche. Au niveau de l'ombilic existe une tumeur mollasse, rougeâtre, non douloureuse, dépressible, de la grosseur d'une noix.

Par la palpation on perçoit une résistance générale et considérable de l'abdomen. Il est très-dur dans presque toute son étendue; seuls quelques points paraissent légèrement dépressibles. D'une manière générale, on éprouve la sensation d'une énorme tumeur solide occupant toute la cavité abdominale jusqu'au creux épigastrique et à laquelle on ne peut imprimer aucun mouvement de latéralité.

La percussion brusque en choc ne donne pas la sensation de flot, on ne perçoit de la fluctuation qu'en plaçant la main gauche à plat sur le ventre et en donnant de la main droite de légères chiquenaudes superficielles sur les parois abdominales. Et encore n'obtient-on pas cette sensation partout d'une manière manifeste et faut-il que les deux mains soient très-rapprochées l'une de l'autre. L'abdomen est mat dans toute son étendue et ce n'est que dans les flancs que l'on trouve un peu de sonorité. Ces résultats ne sont pas changés par les différentes positions imprimées à la malade.

Le toucher vaginal est rendu difficile par la présence de la membrane hymen parfaitement intacte, et par l'indocilité de la malade à qui ce mode d'investigation répugne énormément. Le toucher est douloureux, mais permet cependant de reconnaître que le vagin est normal, que le col est arrondi, élevé et légèrement dévié du côté gauche. Le doigt ne rencontre rien d'anormal dans le cul de sac ; le corps de l'utérus parait petit et très-mobile.

Par le palper abdominal uni au toucher vaginal, on s'assure encore mieux de l'indépendance de la tumeur et de l'utérus. De l'absence des règles et de l'ensemble des signes que nous avons coustatés, nous concluons qu'il existe dans la cavité abdominale une grosse tumeur. Moitié liquide, moitié solide ou peut-être plus solide que liquide, un kyste multiloculaire développé aux dépens des deux ovaires et s'accompagnant d'un peu d'ascite. Nous montrerons en relatant l'autopsie, en quoi notre diagnostic était fautif.

Cœur. Rien à signaler, si ce n'est la fréquence des battements. — ***Pouls*** : 140, petit, presque insensible.

Poumons. Respiration très-accélérée (52 mouvements respiratoires par minute). L'auscultation pratiquée en avant ne révèle rien d'anormal. Nous ne pouvons pas examiner le thorax en arrière, vu l'état de faiblesse extrême de la malade. —L'état de la langue qui est satisfaisant, la conservation de l'appétit, le peu de chaleur de la peau nous indiquent une absence presque complète de fièvre.

22 *mars*. Même état. Pouls 136 ; respiration 60.

L'oppression considérable, qui menace de tuer rapidement la malade par asphyxie, nous décide à pratiquer une ponction dans la tumeur abdominale. Nous choisissons un des points les plus manifestement fluctuants et plongeons un trocart de grosseur moyenne au sein de la tumeur. Il ne sort d'abord que quelques gouttes de sang, mais en retirant un peu l'instrument, nous donnons issue à environ 500 grammes de sérosité fortemente sanguinolent et vraisemblablement ascitique ; puis l'écoulement s'arrête. Vu l'état alarmant de la malade, nous nous croyons autorisé à tenter une seconde ponction dans un autre point fluctuant, mais nous ne donnons issue cette fois qu'à du sang noir. En face d'une tumeur aussi vasculaire, nous cessons toute tentative d'évacuation du liquide. Du reste, la malade respire un peu moins difficilement, et par la palpation nous constatons que la peau est un peu moins tendue par places et qu'il est plus facile de distinguer les bosselures de la tumeur.

Soir. La malade respire plus facilement ; elle ne souffre pas de l'abdomen. Pouls 124. Respiration 40.

23. La malade est morte la nuit dernière.

Autopsie. — Epanchement pleurétique séreux, jaune citrin du côté droit. Pas de granulations tuberculeuses dans les poumons.

Cœur. Aucune altération de tissu ; les valvules sont saines ; des caillots rouges occupent les deux ventricules.

L'aorte est saine dans toute son étendue.

Abdomen. Dès qu'on incise les parois abdominales, il s'écoule par la plaie environ 500 grammes de sérosité ascitique fortement sanguinolente. La tumeur fait immédiatement saillie à travers l'ouverture et se trouve recouverte par l'épiploon fortement congestionné, rougeâtre, très-vasculaire. Il adhère par sa face profonde avec la face antérieure de la tumeur.

De nombreux plexus veineux existent à ce niveau et de riches anastomoses relient les vaisseaux de la tumeur à ceux de l'épiploon. Nous détachons cet organe et contournant la tumeur avec la main, nous constatons qu'elle remplit presque complétement la cavité abdominale en refoulant en haut et sur les côtés les anses intestinales. Quelques adhérences faciles à rompre réunissent la tumeur à l'intestin grèle. Cette masse pathologique énorme n'envoie aucun prolongement dans le petit bassin. Elle n'est reliée à l'utérus que par un pédicule gros comme un doigt, assez régulièrement arrondi, constitué par le ligament propre de l'ovaire droit, considérablement hypertrophié. Ce pédicule, une fois sectionné, la tumeur est extraite de l'abdomen. On voit alors qu'elle est régulièrement arrondie, très-volumineuse et mesure en moyenne 40 centim. dans ses différents diamètres. Elle est mamelonnée à sa surface et parcourue par des arborisations vasculaires nombreuses qui se dessinent en rouge sur un fond blanchâtre ou un peu jaunâtre suivant les points. Elle est dure, élastique dans presque toute son étendue; seuls, quelques points limités ont une consistance un peu mollasse.

Son tissu, crie sous le scalpel et donne du suc par le grattage. Les coupes sont également mamelonnées et présentent un aspect blanc, jaunâtre ou rosé, suivant les points. Elle est très-vasculaire. Elle présente tous les caractères macroscopiques des sarcômes ; elle est solide dans toute son étendue et nous ne pouvons y découvrir aucune loge kystique ; en aucun point nous ne lui trouvons de consistance gélatineuse malgré des coupes nombreuses pratiquées dans divers sens.

L'ensemble de la masse pathologique pèse 8,900 grammes. (Le résultat de l'examen histologique est donné à la fin de cette observation).

L'*uterus* comme nous l'avions constaté pendant la vie est très-mobile dans le bassin; il est déformé; il est plus long que d'habitude ; (75 millimètres au lieu de 60 à 70 millim , longueur normale). Sa largenr, prise à sa partie moyenne, par contre, est diminuée (25 millimètres au lieu de 35 millimètres, largeur normale). Son fond s'incline du côté de son bord droit et l'angle supérieur droit parait beaucoup plus développé que l'angle supérieur gauche, comme si la tumeur pathologique en augmentant de volume avait entrainé la matrice de son côté en l'étirant et l'allongeant; le col vu à l'extérieur parait à peu près normal ; cependant, il est plus cylindrique qu'il n'est d'usage de le rencontrer chez les vierges ; son orifice externe est un peu dilaté et laisse facilement pénétrer une sonde jusque dans la cavité utérine. La mensuration de cette cavité par l'hystéromètre donne les résultats suivants :

60 millim. de l'orifice externe au fond, au lieu de :
52 millim. (Courty),
45 — (Richet).

En inclinant le bec de la sonde vers la trompe droite on trouve : 70 millim.

En inclinant le bec de la sonde vers la trompe gauche on trouve : 60 millim.

L'utérus étant incisé suivant sa face postérieure, il est facile de voir que la cavité utérine a subi une déformation correspondante à la déformation extérieure de la matrice. La cavité du col l'emporte d'un centimètre sur la longueur de la cavité du corps. Celle-ci est irrégulière ; elle s'incurve du côté de la trompe droite sous forme d'un canal conique à sommet

supérieur, tandis que l'angle qui correspond à l'insertion de la trompe gauche paraît diminué de capacité.

La trompe droite, indépendante, libre d'adhérences avec la tumeur, a ses parois rouges, épaisses, très-hypertrophiées, surtout au niveau de son pavillon.

Le ligament ovarien droit qui constituait le pédicule de la tumeur est rouge, épais, de la grosseur de l'index, considérablement hypertrophié et présente au niveau de sa section de nombreux vaisseaux béants, visibles à l'œil nu.

La trompe gauche ne paraît pas altérée ; les franges de son pavillon sont normales.

L'ovaire gauche n'existe pour ainsi dire pas ; il n'est représenté à l'extrémité du ligament ovarien gauche (normal) que par un kyste de la grosseur d'un gros pois, à aspect grisâtre, opalin, et renfermant un liquide un peu louche. Cette atrophie de l'ovaire gauche jointe à la tumeur développée dans l'ovaire droit, rend compte de l'absence des règles observée pendant toute la vie de la malade et de plusieurs des attributs du sexe mâle qu'elle présentait. L'absence presque complète de saillie des seins et la présence de poils nombreux autour de l'aréole, sur les joues, le menton et la lèvre supérieure. Quant aux organes génitaux externes, ils étaient bien conformés et la voix avait le caractère féminin. Les autres organes abdominaux : foie, rate, reins, sont normaux.

L'examen histologique de la tumeur ovarique, dû à l'obligeance de notre excellent collègue et ami, Raymond, a donné les résultats suivants :

Sur des coupes minces traitées par le picrocarminate d'ammoniaque et montées dans la glycérine, on note l'existence : 1° D'un stroma fibreux. ; 2° De cellules nombreuses de formes très-variées.

Le stroma conjonctif limite des alvéoles très-nets dans lesquels se trouvent des cellules d'étendue variable, mais presque toutes de grandes dimensions et de formes très-variées. — Ces cellules renferment des noyaux en nombre variable.

De nombreux vaisseaux se montrent sur les coupes dans le stroma conjonctif.

La tumeur est donc de nature carcinomateuse.

Remarque. — Nous avons cru intéressant de signaler dans ses détails la mensuration de la cavité utérine. que nous avons pratiquée au moyen de l'hystéromètre, parce que les auteurs ont indiqué que, dans les cas difficiles où l'on hésite entre une tumeur de l'ovaire et une tumeur de l'utérus, la déformation, l'allongement de la cavité de la matrice, est un signe de corps fibreux utérin. Nous ne doutons pas qu'il en soit ainsi dans la grande majorité des cas, mais l'exemple que nous avons sous les yeux, nous prouve aussi que dans certaines tumeurs de l'ovaire, qui tiraillent et allongent l'utérus, ce signe peut également exister.

28. Pneumonie du sommet droit avec coagula fibrineux dans les petites branches des veines pulmonaires. — Péricardite purulente. — Ictère; par Golay, interne des hôpitaux.

R. B..., 27 ans, journalier, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Matice, suppléé par M. Lépine, le 28 mars 1876. Ce malade, italien, ne peut nous donner de renseignements sur le début de sa maladie et sur ses antécédents. La personne qui l'a amené a déclaré qu'il était malade depuis huit jours et que le mal avait débuté par des frissons et un point de côté. A son entrée, nous constatons l'état suivant :

Le malade qui paraît par son aspect extérieur, devoir jouir habituellement d'une bonne santé, est dans un état de prostration considérable. Il a l'air étranger à tout ce qui se passe autour de lui. Sa figure est rouge, un peu cyanosée ; ses yeux expriment la stupeur ; ses lèvres et sa langue sont sèches et recouvertes d'un enduit noirâtre très-épais ; ses narines sont fuligineuses: il se présente en un mot avec un facies typhoïde très-accentué. Son pouls est absolument insensible ; sa respiration est très-accélérée et bruyante ; ses téguments présentent une teinte ictérique prononcée et sont couverts de sueur. La pression détermine de la douleur au-dessous du mamelon droit et l'on peut reconnaître en ce point les traces d'un vésicatoire appliqué ces jours derniers.

Poumons. — Submatité dans la moitié supérieure droite du thorax en arrière et sous la clavicule droite.

Augmentation des vibrations thoraciques dans les mêmes points : au même niveau, en avant comme en arrière, souffle intense tubaire et même un peu caverneux, mêlé à quelques râles sous-crépitants assez gros.

Ces derniers s'entendent dans toute l'étendue du poumon : Bronchophonie limitée au tiers supérieur du poumon.

Dans le poumon gauche, on n'entend que quelques râles sous-crépitants disséminés.

Le malade ne paraît pas tousser beaucoup ; les crachats sont peu abondants, visqueux, adhérents au fond du vase et fortement jaunâtres.

Cœur. — La pointe bat à sa place habituelle. L'étendue de la matité précordiale ne paraît pas augmentée. On n'obtient par la palpation aucune sensation de frémissement ni de frottement. A l'auscultation, on entend un double frottement péricardique intense.

Abdomen. — Pas de taches rosées lenticulaires ; pas de météorisme ; un peu de douleur à la pression dans la fosse iliaque droite ; pas de gargouillement.

Le foie est volumineux, il déborde de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes ; il n'est pas douloureux à la pression. La rate paraît présenter un volume normal.

L'urine traitée par la teinture d'iode prend une belle coloration verte : traitée par l'acide nitrique et la chaleur, elle ne donne pas de précipité d'albumine.

29. Le malade geint continuellement ; sa respiration est très-accélérée, sa figure violacée; la pulsation insensible.

Matin :	Temp. rect.	39°,2.—	Resp.	54.—	Battements du cœur	140.
Soir :	id.	39°,8.—	id.	40.—	id.	146.
Soir :	id.	39°,6.—	id.	48.—	id.	132.

30. — Le malade est dans un collapsus complet et fait entendre à distance un râle trachéal très-intense. — Mort.

Autopsie 24 heures après la mort :

Cœur. — Le péricarde étant incisé, il s'écoule une centaine de grammes de liquide légèrement opaque, de couleur blanchâtre, manifestement séropurulent. La séreuse est, dans ses deux feuillets viscéral et pariétal, considérablement hypertrophiée par le dépôt d'une fausse membrane épaisse de deux millimètres au moins, dont la surface interne libre est hérissée dans toute son étendue de prolongements coniques filiformes qui lui donnent un aspect tomenteux. Le péricarde, revêtu de cette coque, justifie la comparaison classique qui en a été faite avec une langue de chat. La fausse membrane se laisse facilement détacher et ne paraît adhérente à la séreuse sous-jacente qu'en des points très-limités où il semble qu'un vaisseau (?) se détache de la séreuse pour penétrer dans la fausse membrane.

Les cavités du cœur sont saines ; nous n'avons à y signaler que la présence d'un caillot rouge récent manifestement agonique, déposé dans le ventricule droit et envoyant un prolongement dans l'artère pulmonaire.

Poumon. — Le poumon droit, dans sa moitié supérieure, est augmenté de volume ; ses deux lobes supérieurs sont atteints de pneumonie passée à l'état d'hépatisation grise. Ils présentent à la coupe une teinte grisâtre uniforme sans aspect granuleux. Le tissu pulmonaire y est friable ; ce caractère est surtout prononcé dans le lobe supérieur où une légère pression produit des déchirures. Si l'on comprime latéralement le tissu hépatisé, il s'écoule de la surface de coupe un pus épais de couleur jaunâtre. On trouve, en outre, disséminés dans tout le tissu hépatisé, mais surtout dans le lobe supérieur, des dépôts jaunâtres assez nombreux que, par un examen minutieux, M. Lépine a reconnus être déposés dans le calibre des ramifications des veines pulmonaires et être constitués par des coagula sanguins fibrineux. Ces coagula peuvent être poursuivis avec des ciseaux pointus dans l'épaisseur du tissu hépatisé et se montrent après dissection sous forme de petits cylindres fibrineux canaliculés à leur centre. C'est bien dans les petites veines pulmonaires qu'ils sont déposés, car ils sont limités par des parois minces et lisses et d'une colorations plus foncée que celle des parois des petites artères qui leur sont contiguës.

Le *poumon gauche* est sain ; on n'y trouve pas de granulations tuberculeuses.

Le *foie* est un peu mou, facile à déchirer, graisseux, jaunâtre ; il est volumineux et pèse 2,250 grammes. On ne trouve aucune lésion capable d'expliquer l'ictère observé pendant la vie du malade. La vésicule et les canaux biliaires s'ouvrent librement dans le duodénum.

L'*intestin* grêle est assez fortement injecté ; il présente une teinte rosée ; les plaques de Peyer sont un peu congestionnées, mais nullement ulcérées.

Les *reins* sont un peu volumineux, un peu congestionnés, mais sains. La *rate* est normale. Le *cerveau* ne présente rien de particulier à signaler.

29. Tumeur cancéreuse rétro-péritonéale; par le Dr. A. Sevestre chef de clinique de la Faculté.

J. Annette, âgée de 35 ans, couturière, est entrée le 29 octobre 1875 à la Charité, salle Sainte-Anne n° 3 (service de M. le professeur G. Sée), pour des troubles dyspeptiques et surtout des douleurs extrêmement vives à l'épigastre. Une de ses sœurs est morte à 20 ans d'un « rhume négligé »; mais en dehors de ce fait, on ne trouve à noter dans les antécédents héréditaires rien qui se rapporte à sa maladie actuelle. Elle-même n'a jamais ou de maladie grave, et jusqu'à son mariage, à l'âge de 28 ans, elle avait toujours été assez bien portante. Depuis cette époque au contraire, elle a constamment été plus ou moins indisposée, ressentant tantôt des maux d'estomac qui surviennent irrégulièrement, tantôt des battements de cœur, de l'oppression, des essoufflements après des courses un peu longues ou un exercice un peu fort; mais les phénomènes les plus fréquents et ceux qui la tourmentaient le plus sans que cependant elle eût jamais été obligée de garder le lit, étaient des troubles digestifs, consistant dans une douleur plus ou moins vive à la suite du repas et une lenteur des digestions ; tous ces accidents datent de 6 ans environ, et ont été en augmentant progressivement d'intensité.

Au moment de l'entrée, la malade se plaint à peu près exclusivement de ces *douleurs* qui occupent la région lombaire, et l'abdomen plus particulièrement au niveau de l'ombilic et de la région épigastrique. Ces douleurs sont comparées à des sensations de brûlure, de déchirure, de rongement; des lombes et de l'épigastre, elles irradient vers le bassin et les flancs, et d'autre part vers le thorax et la base du cou. Ces douleurs sont continues, mais présentent à certains moments des exacerbations très violentes qui ne coïncident d'ailleurs ni avec les repas ni avec une autre circonstance appréciable ; elles existent la nuit, et troublent le sommeil. La pression ne les exagère pas notablement, et l'on ne constate rien d'analogue à des points névralgiques.

L'appétit est diminué mais non aboli ; les digestions se font bien moins lentement et l'ingestion des aliments est suivie d'une sensation de pesanteur que la malade distingue parfaitement des autres manifestations douloureuses. Cette sensation de plénitude persiste généralement pendant plusieurs heures. Il n'y a jamais eu de vomissements ni même de nausées.

La langue offre une teinte rouge écarlate, est dépouillée de son épithelium, fendillée et recouverte de papilles très saillantes ; le passage des aliments un peu chauds ou excitants détermine sur elle une sensation de cuisson très-vive.

Les selles sont rares, et depuis longtemps la malade a une constipation difficile à vaincre. Le ventre est un peu ballonné, et par la palpation on trouve au niveau de l'épigastre, disposée suivant une ligne horizontale et séparée par un intervalle de deux ou trois travers de doigt, trois tumeurs ayant la forme et le volume d'un gros marron ; ces tumeurs sont indolentes.

Les autres fonctions ne présentent aucun trouble morbide. La malade est amaigrie, mais a conservé des couleurs et n'offre point l'aspect cachectique que l'on trouve habituellement dans les affections organiques. Néanmoins, en raison de la persistance et de l'intensité des douleurs, dont le siège correspond nettement à l'estomac, on penche vers le diagnostic de cancer de l'estomac; l'absence de vomissements et de troubles dyspeptiques bien marqués fait pourtant admettre quelques réserves; les tumeurs paraissent être des scybales contenues dans le colon beaucoup plutôt qu'une lésion de l'estomac. *Prescription.* — Injections de morphine ; purgatifs.

8 *novembre*. Les masses indurées que l'on percevait par la palpation de l'abdomen ont disparu à la suite de deux purgatifs; on en trouve aujourd'hui d'analogues dans la fosse iliaque gauche; il ne paraît donc pas douteux qu'il s'agit ici de masses stercorales.

Les symptômes sont du reste à peu près analogues. La douleur est calmée à peine quelques heures par les injections de morphine, mais reparaît ensuite avec une intensité égale; elle a son maximum vers l'ombilic et le flanc droit, et de ces points, irradié dans tout l'abdomen et en arrière du côté de la région lombaire. Le ventre est un peu ballonné.

Pendant les *mois qui suivent*, on ne note rien autre chose que la persistance ou l'aggravation des mêmes phénomènes. La douleur devient de plus en plus intense et n'est que très peu soulagée par les injections de morphine dont la dose est cependant augmentée de jour en jour.

La constipation persiste et ne cède que difficilement à des purgatifs répétés. On trouve toujours, par la palpation, de temps en temps, et dans des points variables de l'abdomen, des tumeurs dures, analogues à celles qui ont été constatées au moment de l'entrée, tumeurs qui, généralement, disparaissent ou se déplacent à la suite des purgatifs.

Le ballonnement du ventre est plus marqué.

La malade ne présente, du reste, aucun trouble gastrique sauf l'anorexie, mais l'appétit est complètement perdu; elle se soutient seulement par l'usage de viande crue et d'un peu de lait. La langue est absolument dépouillée de son épithélium; aussi la plupart des liquides causent-ils de vives cuissons. Le dépérissement augmente de jour en jour et la malade est arrivée pour ainsi dire à un état squelettique.

Cet état s'accentue de jour en jour, à mesure aussi que les douleurs prennent une intensité horrible, et c'est ainsi que la malade succombe le 18 *février* 1876. Il n'y a jamais eu d'œdème.

Autopsie. Amaigrissement considérable.

Le *cœur* est peu volumineux ; le ventricule gauche est revenu sur lui-même, les valvules sont saines. La trachée et les *bronches* contiennent des mucosités assez abondantes ; la muqueuse est congestionnée. Le calibre des bronches paraît un peu supérieur à l'état normal sans qu'on trouve d'ailleurs de dilatation localisée. Au sommet du poumon, des deux côtés, on trouve quelques adhérences.

A l'ouverture de l'abdomen, on constate que l'estomac et les intestins sont distendus par des gaz; le colon transverse, vers sa partie moyenne, est étranglé par une bride fibreuse. En écartant ces organes, on arrive sur une tumeur située au-devant de la colonne vertébrale, et s'avançant entre l'estomac, le colon transverse et la rate. De la partie antérieure de cette tumeur, se détachent des bandelettes fibreuses qui vont aux différents organes de l'abdomen. En un point, ces adhérences offrent la forme d'une bride résistante qui contourne de haut en bas puis d'avant en arrière la face antérieure du *colon* et détermine à ce niveau un retrécissement considérable, admettant à peine le doigt. La bride une fois coupée, la paroi de l'intestin se laisse étaler et l'on constate qu'elle ne présente aucune altération en dehors de son adhérence à la tumeur située en arrière d'elle. Il en est de même des autres parties de l'intestin, qui, en certains points, offrent des adhérences d'ailleurs peu solides. L'*estomac* au contraire est intimement soudé à la tumeur dans l'étendue de la paume de la main, vers la partie moyenne de sa face postérieure; il ne peut être isolé de la tumeur. — La muqueuse paraît, à l'œil nu, saine dans tous ses points.

Le *pancréas* est absolument confondu avec la tumeur et ne peut être isolé ; on reconnaît ou plutôt on devine seulement son siège par quelques points jaunâtres disséminés au milieu d'un tissu fibroïde, et dans lesquels le microscope ne montre que des granulations sans cellules reconnaissables.

La *rate*, par sa face interne, adhère intimement à la production morbide qui se propage, même dans le tissu splénique sous forme de traînées irrégulières d'un blanc jaunâtre pénétrant à une profondeur de 2 ou 3 centimètres. A la face

externe, on trouve seulement un épaisissement de la capsule.

Le *rein* gauche, au niveau du hile est aussi confondu avec la tumeur, qui s'enfonce au milieu de l'organe. Le rein droit est sain.

Le *foie*, de volume normal, présente sur sa face antérieure, près de son bord, trois noyaux du volume d'une noix ou d'un petit œuf, noyaux qui, à l'œil nu, offrent tous les caractères des nodules cancéreux. Les conduits biliaires et le canal cholédoque sont un peu dilatés et remplis de bile, mais ils ne sont obstrués sur aucun point de leur trajet.

L'*utérus* et les organes génitaux sont sains.

Les corps des *vertèbres* ne présentent aucun noyau cancéreux, ni aucune altération appréciable à l'œil nu.

La *tumeur* qui nous reste maintenant à décrire est située, ainsi qu'il a été dit, entre l'estomac et le colon transverse, entre le duodénum, la colonne vertébrale, la rate et le rein gauche. Elle comble tout l'espace compris entre ces organes, qu'elle réunit pour ainsi dire les uns aux autres, à la manière d'une substance qui aurait été coulée entre eux et se serait ensuite solidifiée; non seulement elle envoie des prolongements entre les différents organes mais elle pénètre encore dans certains d'entre eux; ainsi, au niveau du hile du rein, se trouve un prolongement de la tumeur ; de même au niveau du hile de la rate.

En outre, sur la rate comme sur le rein, la capsule fibreuse qui enveloppe ces organes, presente un epaississement qui va en diminuant à mesure qu'on s'éloigne du hile. En somme, la tumeur rappelle absolument la distribution du tissu conjonctif. A la coupe, la tumeur présente une apparence fibreuse extrêmement nette sur laquelle on distingue çà et là des points jaunâtres; le tissu qui la constitue est extrêmement dur, crie sous le scalpel, et ne présente en aucun point de ramollissement; par le raclage, on obtient un suc peu abondant; le microscope y fait reconnaître des éléments cellulaires de forme et de volume variables, mais généralement arrondis et ovalaires, ayant des dimensions un peu supérieures à celles des globules blancs et contenant de gros noyaux pourvus, pour la plupart, d'un nucléole brillant.

Les *artères* qui traversent la tumeur ne présentent pas d'altération appréciable; elles sont, tout au plus, un peu affaissées; il en est de même de l'aorte qui est appliquée à sa partie postérieure et la sépare de la colonne vertébrale. Au contraire, les *veines* correspondantes et particulièrement la veine splénique, sont obstruées. La veine cave ne touchait à la tumeur que par un point très limité. Quant aux *lymphatiques* (vaisseaux ou ganglions), ils sont perdus dans la tumeur, de telle sorte qu'il est impossible d'en retrouver des traces.

L'*examen histologique*, après durcissement, montre que la tumeur est constituée par un carcinome fibreux. Les alvéoles sont remplis des éléments cellulaires décrits plus haut, et les travées, qui sont très-épaisses, sont formées par un tissu fibreux très-dense, au milieu duquel on retrouve çà et là des traces de tissu graisseux. Bien que les coupes aient porté sur un certain nombre de points de la tumeur, on ne trouve nul part rien qui rappelle le tissu des ganglions. Le tissu morbide parait avoir son origine dans le tissu conjonctif sous-péritonéal.

L'aorte, au niveau de la tumeur, et malgré une adhérence intime, ne présente aucune altération. La muqueuse de l'estomac, celle de l'intestin sont saines également, mais la tunique musculeuse est légèrement hypertrophiée à ce niveau. Les tumeurs du foie et de la rate sont constituées par du carcinome à larges alvéoles séparés par des cloisons très-minces.

RÉFLEXIONS. L'observation qui précède me parait être un exemple d'une lésion assez rare, et surtout mal connue, décrite par Lobstein sous le nom de *tumeurs cancéreuses rétro-péritonéales* (1) et par Bayle et Cayol sous celui de *masses cancéreuses abdominales* (2). Developpées dans le tissu cellulaire sous péritonéal, au-devant de la colonne vertébrale, ces tumeurs s'avancent ensuite vers la région antérieure de l'abdomen;

Elles peuvent être situées en différents points de la cavité ; le plus souvent, elles occupent la partie supérieure, et peuvent alors simuler un cancer de l'estomac : ou bien elles ont pris naissance dans le bassin et troublent plus ou moins les fonctions des organes qui le traversent.

Au point de vue histologique, elles offrent une constitution assez variable. Les différentes variétés de carcinome ou de sarcome peuvent être observées : on y trouve aussi des kystes, et, de plus, le tissu peut subir des altérations telles que les ramollissements ou être le siége d'hémorrhagies ; aussi les apparences que présentent ces tumeurs à l'œil sont-elles extrêmement variables non-seulement suivant les cas, mais d'un point à un autre de la même masse.

Le point de départ de l'altération parait également variable suivant les cas. Dans un certain nombre d'observations, il était évidemment dans les ganglions ; mais ailleurs, ainsi que dans le fait actuel, il semble qu'on doit le chercher plutôt dans le tissu conjonctif lui-même.

Du reste Virchow (1) admet expressément cette opinion pour les sarcomes et il discute seulement la question de savoir s'ils se développent dans le tissu graisseux ou dans les aponévroses.

J'ai présenté en 1872 à la Société (p. 529) un cas de tumeur retro-péritonéale qui paraissait être un lymphadénome et pour lequel M. Cornil agita aussi l'hypothèse d'un cancer ; malheureusement l'examen histologique de cette pièce, confiée à la commission des ganglions, n'a pas été publié.

Quoiqu'il en soit, il semble que l'on puisse établir deux classes de tumeurs cancéreuses rétro-péritonéales, les unes se développant primitivement dans les ganglions, les autres ayant leur point de départ dans le tissu cellulaire.

En outre, on peut observer dans la même région des tumeurs absolument analogues développées secondairement à des tumeurs d'autres organes plus ou moins éloignées (estomac, testicule, etc.)

Les *Bulletins de la Société anatomique* contiennent un certain nombre de faits de cancer rétro-péritonéal. Voici l'indication des observations les plus intéressantes :

1830, p. 127. — 1838, p. 7 ; p. 293. — 1850, p. 137. — 1855, p. 501. — 1857, p. 390. — 1858, p. 459. — 1863, p. 226. — 1864, p. 172. — 1868, p. 606, — 1869, p. 118. — 1872, p. 529. — 1874, p. 25 ; p. 628.

Les *Archives de médecine* en renferment aussi deux faits : 1874, p. 106. — 1876, p. 213.

Dans le *Traité des maladies des enfants* de Rilliet et Barthez, on trouve un fait observé chez une fille de 13 ans 1/2. Enfin on trouvera dans le *Traité des tumeurs* de Virchow quelques indications que nous n'avons pu contrôler.

39. Otite moyenne suppurée. — Phlébite du sinus latéral. — Méningite cérébelleuse purulente. — Abcès du cervelet ; par M. GAUDERON, interne des hôpitaux.

M. K..., 35 ans, blanchisseuse, est entrée le 23 mars 1876, à Lariboisière dans le service de M. Guyot. L'état très-grave de cette malade, sa surdité complète au moment de l'examen, ne permettent de recueillir que les quelques renseignements suivants.

Pendant son enfance, cette malade a eu la rougeole, à la suite de laquelle elle est restée complétement privée de l'ouïe de l'oreille gauche.

Elle a toujours joui d'une assez bonne santé et ne présente pas de trace de scrofule.

Elle n'avait eu, avant sa maladie actuelle, aucune maladie grave et n'avait jamais souffert de l'oreille droite, quand vers le 14 mars, elle fut prise de violentes douleurs, d'élancements répétés dans cette oreille.

Le 18 *mars*, il se fit par le conduit auditif externe droit un écoulement de pus sanguinolent ; ce jour même les douleurs cessèrent complétement.

Le 19 *mars*, la malade se sentant très-soulagée voulut se lever, mais ne put rester debout à cause de la sensation de vertige qu'elle éprouvait.

Pendant les journées du 20 et 21 mars, la malade ressen-

(1) Lobstein. — Traité d'anat. path., t. I p. 465.
(2) Dict. en 60 vol. t. III, p. 639.

(1) Virchow. — Traité des tumeurs. Trad. française, t. II, p. 265.

de violentes douleurs de tête et eut plusieurs vomissements bilieux; en même temps elle avait de la fièvre, mais sans avoir eu de frisson.

Les vomissements cessèrent et la malade entra à l'hôpital, ne se plaignant plus que de céphalalgie diffuse et violente, d'un écoulement de l'oreille droite et d'une surdité absolue.

Le 23 *mars*, à la visite du soir, la malade avait le facies congestionné exprimant l'abattement.

L'intelligence de la malade est saine, ses pupilles sont égales, et il n'y a pas de paralysie ni de contracture des muscles de la face ou des membres. Elle accuse une céphalalgie diffuse très-intense.

La langue est assez nette, rien de particulier à noter dans l'état du tube digestif ou de ses annexes; la malade n'a ni diarrhée, ni vomissement.

Quand on approche de la malade, on est frappé de l'odeur infecte répandue autour d'elle, par un liquide sanieux qui remplit le conduit auditif externe droit et se répand dans la conque de l'oreille.

La malade n'éprouve plus aucune douleur dans cette oreille. De ce côté, comme du côté gauche, la surdité est absolue, la montre approchée à 1/2 centimètre de l'oreille n'est pas entendue de la malade; la surdité est si complète que l'interrogatoire de la malade doit être fait par demandes écrites.

Il est impossible de constater, par les moyens habituellement employés, l'existence d'une perforation du tympan dont il est difficile de douter.

La respiration de la malade est calme, la percussion et l'auscultation de la poitrine ne dénotent aucune lésion pulmonaire, mais on est frappé de l'odeur fétide de l'haleine de la malade, odeur qui rappelle celle de la sanie qui s'écoule de l'oreille droite.

Il n'y a cependant ni carie, ni nécrose des os du nez; les amygdales et le pharynx sont très-injectés, et la face antérieure du pharynx est tapissée d'une couche grisâtre de pus.

La peau de la malade est chaude, sa température est de 39, 5, le pouls est fréquent fort et régulier. P. 120.

Traitement. — Injections détersives dans l'oreille.
Potion avec extrait de quinquina et rhum.

A 6 heures du soir, la malade est prise d'un violent frisson qui dure une demi heure; la malade n'en avait jamais eu auparavant.

Le 24 au matin, la malade est couchée dans le décubitus dorsal, la tête tournée à gauche, et fixée dans cette situation; la malade pousse des cris quand on veut faire tourner sa tête du côté droit.

Elle ne présente ni paralysie, ni contracture des muscles de la face ou des membres; elle accuse toujours une céphalalgie très-intense. L'écoulement sanieux de l'oreille droite a diminué considérablement peut-être à cause de la rotation de la tête à gauche.

Il s'écoule de la bouche de la malade, un liquide purulent jaunâtre et d'odeur très-fétide: on peut se demander si ce liquide ne provient pas de la caisse du tympan par la trompe de Fallope.

La respiration est ce matin, fréquente et pénible; on entend du râle tracheal et l'auscultation de la poitrine apprend que dans toute la hauteur des deux poumons, il y a des râles muqueux très-abondants.

La langue est assez nette, le ventre souple, indolent: pas de diarrhée. La fièvre est moins intense qu'hier; le pouls est à 100 et la température à 38. Même traitement. La malade meurt à 3 heures du soir, sans avoir eu aucune convulsion.

Autopsie. Le cerveau est tout à fait sain, même dans la partie qui est en rapport avec la face antéro-supérieure du rocher.

La dure-mère, sur la face antéro-supérieure du rocher, et dans un point correspondant à une perforation de la paroi supérieure de la caisse, a pris une teinte gris-noirâtre dans l'étendue d'une pièce de 20 centimes.

Sur la face postérieure du rocher, au niveau du sinus latéral la dure mère a pris une teinte vert-noirâtre, mais ne présente aucun résultat à sa surface; au niveau du sinus latéral, la dure-mère est décollée des os du crâne et on trouve entre le sinus veineux latéral et le crâne une matière noire, putrilagineuse et d'odeur fétide.

Le sinus veineux latéral, dans l'espace compris entre le golfe de la veine jugulaire et l'origine de la veine mastoïdienne, est rempli de cette même matière demi liquide et putrilagineuse; sur la face antérieure du sinus latéral, on peut constater une perforation qui le fait communiquer avec la caisse du tympan.

La veine jugulaire, à partir de son golfe, jusqu'à 3 centimètres au-dessus est oblitérée par un cailot adhérent aux parois, rouge et qui a évidemment empêché le transport dans le courant circulatoire de la matière putrilagineuse contenue dans le sinus latéral.

La face inférieure de la tente du cervelet, la face supérieure du cervelet sont tapissées d'une couche épaisse de pus (concret (2 à 3 millimètres); cette couche de pus s'étend autant sur la moitié gauche que sur la moitié droite du cervelet et de sa tente.

Sur la circonférence du cervelet, à droite et dans le point le plus externe de cette circonférence, on constate l'existence d'une plaque gris-noirâtre à la surface du cervelet; cette plaque correspond à un abcès superficiel du cervelet, qui a les dimensions d'une grosse noisette; cet abcès contient un pus gris-noirâtre et d'odeur fétide.

Le rocher est enlevé par un double trait de scie et cette coupe découvre le pharynx à sa partie supérieure; les parois du pharynx sont tapissées de pus blanc crèmeux de bonne nature, qui paraît sourdre de l'orifice interne de la trompe d'Eustache.

Le rocher présente sur sa face antéro-supérieure, dans un point correspondant à la paroi supérieure de la caisse du tympan, un orifice qui fait communiquer la caisse avec la cavité crânienne; cette perforation du rocher laisse apercevoir le pus sanieux, noirâtre et fétide qui remplit la caisse.

A la surface postérieure du rocher, on peut constater une autre perforation du rocher qui fait communiquer la caisse du tympan et le sinus latéral.

Une coupe est pratiquée dans le rocher dans le sens de sa longueur; on aperçut alors la caisse remplie de la matière putrilagineuse décrite précédemment; un autre foyer rempli de cette même matière existe au dessus du conduit auditif interne; ce foyer est de la grosseur d'un pois.

La membrane du tympan a presque complétement disparu, il n'en reste que quelques lambeaux. Pas de suppuration des cellules mastoïdiennes. Il est impossible de reconnaître les osselets dans l'intérieur de la caisse remplie de pus sanieux.

Les poumons ne contiennent pas d'abcès métastatiques; aux deux sommets des poumons, on trouve 20 à 30 granulations tuberculeuses grises, d'origine récente et dispersées par groupes le long des petites bronches; les bases des poumons sont fortement congestionnées. Pas de tubercules de la plèvre.

Le foie, les reins, la rate sont le siége d'une congestion assez intense, mais ne renferment pas d'abcès métastatiques.

37. Troubles cérébraux analogues à ceux de la paralysie générale. — Atrophie des lobes frontaux; par Baraduc, interne provisoire.

M., 73 ans, entre aux Ménages à la suite de revers de fortune amenés par la bizarrerie de son caractère.

A passé six années dans la maison, où il était connu pour ne jamais parler et marcher toujours devant lui. Comme antécédents, n'a jamais eu d'attaques qui puissent faire penser à un ramollissement; du reste pas d'hémiplégie ni contracture.

Pendant les trois premières années, il a présenté quelques signes d'aliénation mentale. Caractère d'apparence joyeuse, volontaire dans ses désirs, vaniteux lorsqu'on le brave, comprend lorsqu'on se moque de lui, parle très-peu, oui ou non, mange seul, marche toujours. Puis, peu à peu, l'état psychique baisse, la parole disparaît complétement; lui qui était volontaire ne demande plus rien, ni par l'œil ni par le geste, n'a pas même la conscience de porter des aliments mis dans sa main jusqu'à sa bouche, passe à côté de ses compagnons sans jamais en rien requérir, ne les connaît pas, ignore le

lieu de son lit (on le couche comme un enfant). En hiver, n'a pas la conscience du froid, jamais il ne s'approchait du poële. Enfin a perdu tout sentiment de sptonanéité, de volonté, de discernement, vit parce qu'on ne le laisse pas mourir de faim, gâte complétement.

Et cependant il n'est pas paralysé; sa force musculaire est très-développée, il oppose souvent aux infirmiers qui le changent une résistance assez énergique. S'échappe de plus dès que la porte est ouverte; une fois se sauve tout nu pendant que l'infirmier prenait la chemise qu'il devait lui mettre. Il marchait également toute la journée, au hasard devant soi, ramassait ce qu'il rencontrait sur son passage.

Entré à l'infirmerie en mars 1867 pour une bronchite. Décubitus dorsal, face pâle, tête immobile, remuant rarement, yeux fixés en l'air, sans expression; cependant il voit, l'approche du doigt lui fait fermer la paupière. Questionné, pas de réponse, pas de signe d'avoir compris: il n'ouvre la bouche ni ne tire la langue, bien qu'on le lui dise. Entend-il?

La sensibilité générale est conservée; il se défend, mais maladroitement, quand on le pince, en revanche, déploie une grande force musculaire, ne parle jamais; depuis trois ans, on ne l'a entendu dire aucun même des mots qu'il prononçait. Il s'éteint après quelques jours, durant lesquels il a toujours conservé la sensibilité à la pinçure, la motilité dans les quatre membres, cet état de mutisme et de passivité absolue.

Autopsie. — Liquide intra-arachnoïdien, quelques cuillerées. Œdème sous la pie-mère; hydropisie ventriculaire *ex vacuo* comme chez beaucoup de vieillards. Ici l'abondance du liquide (3/4 de verre) est peut-être expliquée par l'atrophie du lobe antérieur, qui apparait de suite dès qu'on a enlevé le cerveau de la boite.

Méninges normales et facilement enlevables dans les lobes occipitaux, pariétaux, sphénoïdaux.

Dans les deux lobes antérieurs, l'ablation de la pie-mère est quelquefois accompagnée de celle d'une membrane blanche faisant partie évidemment des circonvolutions, mais cela ne ressemble pas aux adhérences de la paralysie générale; du reste, avec un peu de soin, on énuclée parfaitement la piemère sans rien enlever des circonvolutions. Alors on trouve celles-ci atrophiées, plus petites, recouvertes de cette membrane plissée sur elle-même. Qu'est-ce que cette enveloppe? En la soulevant, elle a la forme d'une circonvolution. Elle circonscrit entre elle et la circonvolution résorbée un espace que la substance corticale du cerveau avait dû remplir autrefois; sur ses bords elle se continue directement avec la couche la plus superficielle de la circonvolution. En somme, cette membrane friable, légèrement adhérente par sa face externe avec la pie-mère, en rapport par sa face interne et tomenteuse avec la cavité qui la sépare de la circonvolution atrophiée, continue sur ses bords avec la substance la plus superficielle des circonvolutions, n'est autre que cette même membrane composée de tissu conjonctif pauvre en cellules, qui se trouve plissée, vidée de la substance grise par le fait de l'atrophie de la circonvolution dont elle mesurait les dimensions à l'état sain.

Cette lésion, que je vois pour la première fois, occupe les deux lobes antérieurs, c'est-à-dire première, deuxième, troisième circonvolutions frontales, ainsi que la face interne des lobes antérieurs, respecte la circonvolution frontale ascendante, pariétale ascendante, le lobe paracentral; quant aux autres circonvolutions, elles sont saines, sauf la pariétale *inférieure* droite. Etat sain des circonvolutions marginales de la scissure de Rolando et des autres circonvolutions.

Les artères ne sont athéromateuses en aucun point.

Celles qui correspondent aux points malades sont atrophiées, diminuées de moitié, paraissent cependant perméables.

Ce sont les frontales externes et les rameaux de la cérébrale antérieure qui vont à la face interne du lobe antérieur (lobe paracentral indemne) et ceux qui se rendent à la première et deuxième frontales antérieures; les artérioles de l'espace perforé antérieur sont très-volumineuses.

Cette observation parait intéressante, car du rapport de certains symptômes à la présence de certaines lésions en des points déterminés, on peut conclure à leur localisation.

Ainsi atrophie du lobe antérieur correspondant à la perte de la parole (3e circonvolution gauche), l'absence d'idées volontaires, de spontanéité, de désirs traduits par un geste. En l'absence de langage, l'aphasique demande par signes; ce malade n'en faisait pas le moindre. Etat sain des circonvolutions marginales de la scissure de Rolando; faculté motrice conservée, le malade résistait, et marchait continuellement.

La sensibilité conservée est en rapport avec l'intégrité des lobes occipitaux.

Quant au genre de lésion, ce n'est pas un ramollissement; il semble plutôt qu'elle consiste en une diminution de volume une atrophie en rapport avec la petitesse des artères qui s'y rendent. La lésion toutefois est superficielle, corticale.

REVUE CHIRURGICALE

I. Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse; par le Dr P. Reclus, aide d'anatomie de la Faculté.

II. Etude sur le fongus bénin du testicule; par le Dr A. Moutier, ancien prosecteur de l'Ecole de Caen.

III. Etude sur les tumeurs cirsoïdes de la main; par le Dr Emmanuel Gozzoli.

IV. De la trépanation dans les abcès des os et dans l'ostéite à forme névralgique; par le Dr S. Perret. A. Delahaye, 1876.

V. De l'ablation du calcanéum; par le Dr E. Vincent. G. Masson 1876.

VI. De la nécrose centrale du calcanéum; par le Dr A. Guignard.

III. Le point de départ et le fondement de la thèse du Dr Gozzoli est dans un cas de *tumeur cirsoïde de la main*, qui, d'un diagnostic difficile, a été vue par plusieurs des maitres en chirurgie, MM. Broca, Verneuil, Gosselin et Tillaux, et que ce dernier a réussi à guérir complétement par des injections interstitielles de perchlorure de fer.

Le Dr Gozzoli était lui-même le porteur de cette affection. Racontée dans un style charmant et pittoresque, étudiée avec soin par lui-même, son observation est une des meilleures et des plus complètes sur ce sujet. Quiconque voudra désormais écrire sur les tumeurs cirsoïdes de la main consultera avec grand profit la relation de ce cas pathologique intéressant. D'ailleurs, toute cette thèse, bien qu'elle porte sur un point tout spécial de la pathologie, est admirable de bon sens scientifique.

IV. La réserve des chirurgiens au point de vue de l'emploi de la *trépanation dans le traitement des abcès des os* est parfaitement explicable; on conçoit qu'ils hésitent à mettre à nu le tissu osseux dans une affection où le diagnostic est le plus souvent fort douteux et où ils n'ont pour se guider qu'un certain nombre de signes fonctionnels, qui sont loin d'avoir une valeur pathognomonique. Mais, dans ces dernières années, les publications de MM. Broca et Bœckel ont contribué beaucoup à propager en France la trépanation dans le cas de suppuration des os, où elle s'est substituée à l'amputation et constitue une véritable ressource chirurgicale. Depuis l'excellente monographie de M. E. Cruveilhier, l'étude des abcès des os a fait des progrès assez considérables, et nous croyons que le travail de M. Perret, inspiré surtout par M. Ollier, dont la compétence sur ce sujet est si universellement reconnue, sera lu par tous les chirurgiens avec le plus grand intérêt. — Cette thèse est divisée en deux parties bien distinctes: la première comprend l'étude de l'abcès intra-osseux; la seconde traite plus longuement d'une variété spéciale d'ostéite à laquelle MM. Gosselin et Ollier ont donné le nom de *névralgique*. Cette affection est caractérisée par une tuméfaction des os et surtout par des douleurs violentes, à remissions parfois très-marquées et présentant des exacerbations nocturnes qui privent le malade de tout sommeil. Le but de M. Perret a été surtout d'appeler l'attention des chirurgiens sur les avantages qu'ils peuvent retirer de la trépanation dans ces deux affections et sur l'innocuité que présentent dans la grande majorité des cas les suites de cette opération, ainsi que le démontrent les dix huit observations de l'auteur. La cause

intime de la douleur dans l'ostéite névralgique paraît être l'étranglement de la moelle en développement dans des espaces préexistants qui ne subissent pas une résorbtion proportionnelle La trépanation dans ces cas, joue le rôle d'uu véritable débridement et fait disparaître la maladie, comme l'incision, dans le phlegmon diffus, en levant l'étranglement.

V. Encore une excellente thèse d'un des bons élèves de M. Ollier. Elle est relative à uu sujet qui intéresse beaucoup en ce moment la science chirurgicale, la *résection* partielle des os du pied et, en particulier, du *calcanéum*. On évite ainsi, en effet, des opérations beaucoup plus graves. L'auteur étudie la question à l'aide de l'expérimentation, d'observations cliniques prises dans le service de son maître, de l'histoire et de la statistique. Le manuel opératoire, l'analyse des succès et des revers, le parallèle avec les autres opérations qui pourraient être faites à sa place sont successivement exposés avec détails. — Parmi les conclusions nous relevons les suivantes : L'extirpation du calcanéum est une opération bonne surtout dans les premières périodes de la vie; la gravité augmente avec l'âge. Les extirpations, faites d'après la *méthode sous-périostée*, ont seules donné des reproductions du calcanéum et out procuré les plus beaux résultats au poiut de vue de la forme et du fonctionnement du pied. Les cas mortels sont plus nombreux dans l'emploi de cette méthode que dans celui de la méthode ancienne. Elle doit être rejetée au-dessus de 25 ans. Remarquons cependant, que, dans cette opération, la mortalité est moindre que dans les meilleures séries d'amputations de la jambe ou la désarticulation par le procédé de Syme. Les indications de l'extirpation du calcanéum sont surtout la carie et la nécrose, on ne doit la pratiquer que quand les moyens ordinaires les plus actifs ont échoué. En un mot, dit M. Ollier, c'est l'extension de l'ostéite à la totalité du calcanéum et son iucurabilité, par les moyens les plus simples, qui légitiment l'extirpation totale de cet os.

VI. Dès le début de son travail M. J. Guignard annonce qu'il limite son étude à la *nécrose centrale du calcanéum*, enkystée de quelques auteurs, à celle dans laquelle le sequestre se trouve limité de toutes parts par des parties osseuses saines, et, par suite, n'intéresse en aucune façon la lame du tissu compacte périphérique.

Il y a là, en effet, un processus morbide tout-à-fait particulier aux os courts et aux épiphyses des os longs, et très-fréquent dans le calcanéum. Les symptômes et le diagnostic en sont parfois très-difficilles, surtout au début. La maladie ne se révèle d'abord que par un empâtement limité de quelque partie de la région ; la marche essentiellement chronique de l'affection peut faire hésiter le chirurgien entre une carie et une nécrose. Mais, dès que les trajets fistuleux sont établis, l'exploration à l'aide du stylet lève tous les doutes. Cet instrument traverse facilement les parties cariées, et, dans la nécrose centrale, il reucontre le séquestre qui lui offre un obstacle. Celui-ci rend alors, quand on le percute, un son clair pathognomonique. La marche de la maladie est d'une lenteur désespérante et, le plus souvent, le chirurgien doit intervenir.

Des deux procédés mis en pratique, l'évidement et l'ablation totale du calcanéum, c'est le premier qui, d'après M. Guignard, mérite toutes les préférences, car il n'a aucun retentissement sur l'état général, permet de conserver le calcanéum en partie et d'utiliser ce qu'il en reste pour les besoins de la marche. L'ablation doit être réservée pour les cas où la totalité de l'os est envahie. (*A suivre.*) H. DURET.

FORMULES

Traitement de la diarrhée infantile.

L'existence d'un grand nombre d'accidents intestinaux amenant une mortalité de plus en plus grande chez les enfants, nous a engagé à rappeler aujourd'hui à nos lecteurs quelques formules qui pourront leur servir.

33. Poudre calcique (*Kuchenmeister*).

Carbonate de chaux	0 gr. 60.
Phosphate de chaux	0 30.
Sucre de lait	1 »

M. f. un paquet. — Dans la diarrhée on donne un ou deux paquets, à prendre en 2 ou 3 fois selon l'âge des enfants. (Jeannel. — *Formulaire officinal*, etc.)

34. Potion au Colombo (*Hauner*).

Colombo concassé	0 gr. 30 à 1 gr.
Eau	50 —

F. houillir un iustant ; passez, ajoutez :

Sirop d'écorce d'orange amère	15 gr.

Utile surtout dans les diarrhées atoniques des enfants. Se prend par cuillerées à bouche (*Ibid.*). — Un pharmacien distingué de Paris, M. Blottière, a préparé un élixir au colombo qui peut utilement remplacer cette potion et que les enfants prennent d'habitude sans peine.

35. Tisane de Cachou.

Cachou concassé	8 gr.
Eau bouillante	1000 —

Faites infuser pendant une heure. — Passez.

36. Emploi de l'ipéca.

Lorsque la diarrhée se complique d'un état bilieux de la langue, de nausées et de vomissements, on se servira avec avantage du sirop d'ipéca, seul ou augmenté d'une quantité plus ou moindre graude de poudre d'ipéca, suivant l'âge des enfants. Puis on administrera un ou plusieurs lavements d'ipéca. Voici la formule de M. Chouppe :

Raciue d'ipéca concassé	10 gr.

Faire bouillir dans :

Eau	100

jusqu'à réduction de 30 gr. — Filtrer cette première décoction, puis reprendre l'ipéca et lui faire suhir une seconde préparation analogue. Mêler alors le produit des deux décoctions et ajouter 5 à 10 gouttes de laudanum de Sydenham (1). » Nous rappellerons qu'il faut être très-prudent dans l'emploi du laudanum lorsqu'il s'agit de très-jeunes enfants. — Comme tisane on donnera de l'*eau albumineuse* que les enfants prennent assez facilement. Nous en rappelons la formule :

Blancs d'œufs	n° 4.
Eau	1000 gr.
Hydrolat de fleurs d'oranger	30 —

que l'on sucrera avec du sirop simple ou du sirop de coings.

37. Insolation.

La plupart des auteurs sont d'accord pour proscrire la saignée. Les premières précautions à prendre consistent à enlever les vêtements, à recourir aux affusions froides sur la figure et sur la poitriue, à pratiquer des frictions stimulantes. Puis, on administrera à l'intérieur des excitants diffusibles : thé, café, acétate d'ammoniaque, infusion aromatique.

Si les accidents sont plus graves, outre les moyens précédents, on prescrira des affusions froides générales, sur la tête des compresses d'eau froide, on fera respirer au malade de l'ammoniaque, de l'éther ; — on administrera des lavements avec 1, 2, 3 ou 4 grammes de bromure de camphre en lavements huileux. L'injection de la glace à l'intérieur, les frictions sur tout le corps avec de la glace pilée ont rendu des services.

Enfin, il faudra surveiller avec le plus grand soin la réaction afin d'éviter les accidents congestifs du côté de la tête. Alors, les purgatifs, les sinapismes, les hains de pieds, le sulfate de quinine en lavements devront être mis à contribution. Le docteur G. Yeates Hunter a vanté les injections sous-cutanées de sulfate de quinine. Voici la formule indiquée par M. Bouchardat : sulfate de quinine, 1 gr., acide sulfurique, 0 gr. 20, eau, 20 gr. Elle renferme 5 centigrammes de sel par centimètre cube.

MORTALITÉ A PARIS. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 10 août 1876, on a constaté 929 décès, savoir : variole, 2; rougeole, 17; scarlatine, 4; fièvre typhoïde, 38; érysipèle, 7; hronchite aiguë, 23; pneumonie, 42; dyssenterie, 1; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 65; *choléra nostras*, »; angine couenneuse, 9; croup, 8; affections puerpérales, 5; antres affections aiguës, 265; affections chroniques, 366, dont 157 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 57 ; causes accidentelles, 20.

LONDRES. — Population : 3,489,428 hab. — Décès du 30 juillet au 5 août : 1,979. — Variole, 1; rougeole, 21; scarlatine, 36; fièvre typhoïde, 11; érysipèle, 9; bronchite 64; pneumonie, 53; dysenterie, 2; diarrhée, 401; *choléra nostras*, 21; diphthérie, 9; croup, 9; coqueluche, 38.

LABORATOIRE. — A Naples a été fondée, comme on sait, depuis quelques années, une station zoologique dont nous avons eu occasion de parler. Le *Moniteur de l'empire allemand* vient de publier dans un de ses derniers numéros le compte-rendu des travaux de cet établissement scientifique d'un nouveau genre. Des laboratoires ou simplement des tables de travail y sont à la disposition des savants ; nous voyons, par le rapport, que plusieurs Etats ont pris à location à l'aunée plusieurs de ces laboratoires pour en faire profiter leurs nationaux.

(1) *Recherches thérapeutiques et physiologiques sur l'ipéca.*

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. S. DUPLAY.

Des épanchements traumatiques primitifs de sérosité.

Leçon recueillie par E. MAROT, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Un malade vient d'entrer dans nos salles qui nous fournit un exemple frappant de l'affection dont je me propose de vous entretenir aujourd'hui. Cet homme, âgé de 56 ans, exerce la profession de charretier : il y a 12 jours environ, conduisant un haquet chargé de futailles, il perdit l'équilibre et fut renversé sur le côté de sa voiture.

Il fut assez heureux pour éviter de tomber sous la roue, et, s'aidant des mains, il put faire un saut pour aller retomber en dehors de la roue sur le pavé. Dans cette chute oblique, il se fit une contusion de toute la région lombaire et de la région fessière du côté droit. Quelques jours après son admission dans nos salles, toutes ces parties étaient teintées par une forte ecchymose ; le malade accusait peu de douleurs, mais un examen plus attentif nous fit reconnaître une tuméfaction considérable dont les limites étaient celles de l'ecchymose. Dans toute cette large étendue, la peau était décollée, soulevée sans rénitence par une nappe liquide qui, se déplaçant au moindre mouvement du malade, au plus léger attouchement, fournissait un mouvement d'ondulation caractéristique. La fluctuation était des plus nettes dans cette vaste poche, étendue depuis les fausses côtes en haut jusqu'au grand trochanter inférieurement, recouvrant en travers toute la largeur comprise entre la crête épineuse lombaire et la verticale passant par la partie moyenne de la crête iliaque.

Cette collection s'est développée sans réaction fébrile et le malade a très-peu souffert : on ne devait donc pas songer à une collection purulente, et d'ailleurs la suppuration ne pouvait avoir eu le temps de se développer. En revanche, nous devions soupçonner tout d'abord l'existence d'un *épanchement traumatique de sang*, car, on sait que la contusion violente a pour effet de déchirer des vaisseaux sanguins dont le contenu s'infiltre ou s'épanche dans le tissu cellulaire. L'infiltration de sang constitue l'ecchymose ou le premier degré de la contusion ; l'épanchement sanguin, ou comme on l'appelle encore, la boue sanguine, répond à un degré de contusion plus violente, à la rupture de vaisseaux plus volumineux, et constitue une poche plus ou moins vaste remplie de sang liquide. Ces épanchements se produisent immédiatement après l'accident ou dans les premières heures qui le suivent ; plus tard, on peut suivre une série de modifications dues à ce fait que le sang épanché se comporte sous la peau comme il ferait dans un vase quelconque. La séparation du sérum et du caillot ne tarde pas à devenir manifeste. Dès lors, bien que la fluctuation persiste au centre de la poche, il se manifeste bientôt sur les bords une induration particulière due à la présence du caillot. En pressant avec une certaine force sur les limites de l'épanchement, on peut alors écraser ce caillot et percevoir la crépitation sanguine, bien facile à distinguer, comme vous savez, de la crépitation d'une fracture, et de celle de l'emphysème sous-cutané. Tel est l'*épanchement sanguin*. Vous pouvez constater cette évolution et la présence de ces signes physiques sur un autre de nos malades. C'est un homme qui a été renversé il y a 4 jours par la chute d'un arbre qu'il abattait : il a reçu le coup sur la région lombaire. A cet endroit, il a senti se développer, dès les premiers instants qui ont suivi l'accident, une tuméfaction dont le volume a rapidement augmenté. Il s'est présenté à nous, ce matin même, portant sur la ligne médiane, derrière les vertèbres lombaires, une collection à parois rénitentes, formée d'un verre de liquide environ. Ce liquide est du sang. En effet, nous percevons bien de la fluctuation en déprimant le centre de la poche qui est cependant rénitente, mais les bords sont rigides, occupés évidemment par la portion coagulable du sang séparée du sérum sous forme de caillot. La première, exercée à ce niveau, ne fournit pas la crépitation amidonnée ; mais il faut remarquer que le caillot est encore mou ; l'épanchement n'ayant encore que 4 jours de date. S'il existe un liquide séreux dans cette poche, c'est par suite d'une *modification secondaire* du sang primitivement épanché. Bien différentes sont les conditions dans lesquelles se développe l'épanchement que nous allons étudier maintenant sur le premier de nos malades.

Pendant les premiers jours, l'attention n'a été attirée que par l'ecchymose ; il a fallu quelque temps pour que la région fut notablement déformée. La peau, chez cet homme, a été graduellement soulevée par l'accumulation lente d'un liquide, dont il nous reste à déterminer la nature.

La variété d'épanchement que nous observons ici, n'a pas été de tout temps distinguée du véritable épanchement sanguin ; sa description remonte seulement à 1810. Pelletan en fit le premier, alors, une mention spéciale. Peut-être Lamotte (1655) en avait-il avant lui publié une observation. Après la description de Pelletan, Velpeau et Cloquet en ont publié plusieurs observations ; et cependant, le sujet avait été négligé par tous les auteurs classiques depuis cette époque. Un ouvrage plus récent, le *Compendium de chirurgie pratique* (1845-1861), n'en donne lui-même aucune description spéciale. Partout ces épanchements étaient confondus avec les autres, sous le titre d'épanchements sanguins, lorsque parut le *Mémoire* de Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Beaujon (*Arch. gén. méd.*, 1853), bientôt complété par de nouvelles observations du même auteur.

Par le terme d'épanchements traumatiques primitifs de sérosité, qu'il appliquait à ces épanchements, Morel-Lavallée indique nettement qu'il s'agissait de collections séreuses d'emblée, bien différentes des collections sanguines coagulées et partagées en sérum libre et en caillot plus ou moins condensé. Cet auteur a bien saisi, d'autre part, les conditions requises pour le développement de pareils épanchements : ils ne sont possibles que dans les régions où la peau glisse sur une aponévrose résistante, comme sont l'aponévrose de la région sacro-lombaire, l'aponévrose de la cuisse et celle du bras.

Lorsque ces régions subissent une violente contusion, pour peu que le coup frappe obliquement, la peau glisse sur le plan aponévrotique, au-delà des limites de son élasticité et s'en détache : une cavité plus ou moins vaste résulte du véritable arrachement de la peau. Certes, il est souvent difficile d'apprendre des malades si la contusion qu'ils ont subie, était oblique ou directe ; mais dans le cas particulier, le doute ne peut exister à cet égard : notre homme s'est élancé obliquement à terre. L'autre malade explique en revanche, par une contusion directe, le développement de la bosse sanguine que nous avons reconnue sur lui. De tous les modes de contusion oblique, celui qui produit le plus ordinairement le décollement de la peau et l'épanchement de sérosité est le passage d'une roue de voiture, qui presse obliquement les parties molles, sans traverser les membres ou le tronc.

Comme vous en pouvez juger, Messieurs, l'*épanchement traumatique primitif de sérosité* se distingue de l'épanchement sanguin par la nature du traumatisme auquel il

succède et par son mode d'apparition : la nature du liquide n'est pas moins caractéristique. Ce liquide, à la vérité, est rarement, au début. de la sérosité pure : le plus ordinairement il est moins fluide et plus foncé, semblable à un sirop brunâtre ; quelquefois à une émulsion de graisse. Dans certains cas, on l'a vu même prendre les caractères d'un liquide huileux, constituant ce que l'on a nommé les *épanchements traumatiques huileux*. Ce sont les *épanchements mixtes* de Morel Lavallée. Cette distinction entre les deux variétés d'épanchement, sanguin et séreux, n'est pas simplement théorique; l'importance en est grande au point de vue clinique. En effet, l'épanchement sanguin tend à disparaître graduellement par résorption du sérum, et du caillot lui-même. Au contraire l'épanchement de sérosité et l'épanchement huileux ou mixte n'ont aucune tendance à disparaître, ils augmentent plutôt.

Les raisons de cette persistance sont faciles à saisir. La poche qui renferme et fournit l'épanchement séreux, constituée au début par l'aponévrose et la face profonde de la peau, ne tarde pas à subir des modifications dont la nature, il est vrai, n'est pas encore parfaitement déterminée. On constate l'organisation de ces parois en une sorte de fausse membrane grisâtre qui peut se comporter comme la paroi d'un véritable kyste et fournir des matériaux au renouvellement de l'épanchement séreux après une ou plusieurs évacuations.

On peut expliquer dans une certaine mesure le mode de sécrétion de cette cavité kystique. Vous vous rappelez, Messieurs, qu'il faut, pour la produire, une contusion oblique déchirant les adhérences profondes de la peau et du plan aponévrotique sous-jacent : les vaisseaux qui se rendent à la peau sont nécessairement allongés avant d'être déchirés, tandis qu'ils sont écrasés par la contusion directe. L'écoulement sanguin dans le premier cas est presque nul parce que les vaisseaux étirés sont par cela même oblitérés. Toutefois cette oblitération des artérioles n'est pas si complète qu'elle ne permette, dans les jours qui suivent l'accident, un suintement continu de la portion liquide du sang: tel serait le mode de production de l'épanchement séreux, qui ne contient en général qu'une petite quantité de globules sanguins. Plus tard intervient un nouvel élément qui est l'organisation kystique de la poche et la formation de cette fausse membrane grisâtre, sécrétante, dont nous avons parlé.

Dans beaucoup de cas, l'épanchement séreux, mêlé à une quantité variable de sang, contient en outre de la graisse liquide. La proportion de cette graisse peut même être assez forte pour légitimer l'expression d'*épanchement huileux traumatique*, employée par certains auteurs, en particulier par M. Gosselin dans ses cliniques. La présence de cette graisse liquide n'a rien de surprenant tant qu'il n'en existe que des traces : la déchirure du tissu cellulaire et l'écrasement des vésicules adipeuses en rendent alors un compte suffisant. Il est plus difficile de justifier par une théorie la composition des épanchements huileux purs ou presque purs. M. Gosselin suppose que cette matière grasse n'est autre que celle du sang qui passe seule par les orifices rétrécis des vaisseaux arrachés. Mais s'il en était ainsi, tous les épanchements séreux devraient contenir de la graisse liquide. Il semble plus naturel de penser que celle-ci provient des parois modifiées de la poche.

La façon dont se comporte cette poche était importante à connaître : déjà nous avons pu constater sur notre malade que la collection, loin de diminuer ou de rester stationnaire, grossit d'une façon continue. Les parois de la poche pourraient s'enflammer et fournir du pus. Vous concevez, Messieurs, quel est le danger d'une suppuration qui s'effectue sur d'aussi larges surfaces, puisque nous pouvons évaluer, dans le cas particulier, l'étendue de la poche au dixième environ de la surface cutanée. Ce danger, c'est l'imminence d'un véritable phlegmon diffus, avec ses conséquences, qui peuvent être mortelles. Il existe dans la science plusieurs cas d'épanchements séreux, terminés de cette façon par la mort. Tous les efforts du chirurgien doivent donc tendre à prévenir l'inflammation suppurative.

L'épanchement est-il de petit volume, on peut sans doute le laisser d'abord à lui-même, en recommandant le repos et certaines applications résolutives aidées par la compression. Les vésicatoires peuvent rendre des services et activer la résorption, sur laquelle il ne faut toutefois pas compter d'une façon absolue. A plus forte raison n'y faut-il pas songer en présence des grands épanchements. Le liquide augmente au contraire d'abondance, et l'obligation s'impose toujours de lui donner une issue par les moyens dont le chirurgien dispose. L'incision de la poche doit donc être avant tout formellement rejetée, car elle rend inévitable la suppuration. Un moyen plus simple, exempt de dangers, est la ponction aspiratrice, qui est préférable à la ponction simple au trocart, autrefois employée. Quelle que soit la méthode de ponction, il faut avoir soin de ne pas vider entièrement la poche et de ne pas provoquer son affaissement complet, en exerçant des pressions à la surface. Dans le plus grand nombre des cas, on n'a pas plus tôt enlevé le liquide, qu'il s'en reproduit une nouvelle quantité, moins forte en général que la première. On devra dans ce cas, renouveler l'opération, chaque fois que la poche se remplit. Les bords se rapprochent un peu à la suite de chaque ponction, et l'oblitération complète est obtenue à la longue.

Malgré ce traitement, la collection séreuse peut se maintenir, comme dans l'hydrocèle, quand on se borne à la ponctionner : le traitement sera le même dans les deux cas. Il est indiqué alors de modifier l'état de vitalité des parois kystiques au moyen d'injections irritantes (teinture d'iode, etc.); Si, à la suite de ce traitement, la suppuration survenait, on devrait lui donner une issue facile, par de larges incisions ou par le drainage.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. CHARCOT.

XXe LEÇON. — **Du cancer primitif des voies biliaires. — Considérations générales sur l'anatomie pathologique des cirrhoses** (1).

(Résumé de la leçon du 1er juin).

II. Nous en avons fini, Messieurs, avec l'anatomie pathologique des voies d'excrétion biliaire. Actuellement, nous allons procéder à l'étude des altérations qui affectent la glande elle-même; nous commencerons par les *inflammations* ou *hépatites* et parmi celles-ci, j'envisagerai en premier lieu celles qui, se produisant selon le mode chronique, s'attachent originairement à la gangue conjonctive, ou autrement dit à la capsule de Glisson. Les lésions du parenchyme ne sont, en semblable occurence, que secondaires, consécutives.

Vous avez reconnu que c'est la *cirrhose* que j'ai en vue. Cette altération du foie appartient à un groupe d'inflammations chroniques dont l'homogénéité ne laisse pas grand chose à désirer ; toutes les individualités de ce groupe sont, en effet, formées sur le même modèle ou à peu près. Je crois utile, avant d'exposer le cas spécial qui doit nous occuper particulièrement, de résumer devant vous les traits généraux qui distinguent ce genre d'inflammation.

1° Tout d'abord, ce qui caractérise anatomiquement ces inflammations chroniques c'est la production exagérée du tissu conjonctif ou lamineux s'opérant au sein même de la trame conjonctive, propre à la région, au tissu de l'organe.

2° Cette production s'effectue en quelque sorte d'emblée, sans être accompagnée ou précédée d'une hypérémie très accentuée. L'exsudation interstitielle ne paraît pas jouer, dans ces conditions, un rôle très-important.

3° Le processus qui préside, ici, à la formation nouvelle du tissu conjonctif, rappelle, dans ses caractères essentiels, celui qui, dans les inflammations aiguës, aboutit à la formation des cicatrices.

a) Ainsi, dans les premières phases de son évolution, la trame conjonctive naturelle semble infiltrée d'éléments embryonnaires qui, par leurs propriétés morphologiques, ne peuvent pas être séparés des leucocytes et sont probablement

(1) Voir les numéros 13 à 34.

d'ailleurs, en partie au moins, des leucocytes. Il y a là quelque chose d'analogue au tissu de granulation des plaies.

b) L'évolution ultérieure est celle du tissu conjonctif en voie de formation. Il se produit, en effet, au sein des parties affectées : 1° des cellules d'apparence fusiformes qui deviennent des cellules plates ; — 2° des faisceaux de fibrilles plus ou moins denses. Consécutivement, les cloisons conjonctives, même celles qui, à l'état normal, sont délicates, se trouvent transformées en une cloison fibroïde épaisse et qui tend sans cesse à s'épaissir.

4° Le tissu conjonctif de formation nouvelle jouit souvent de la propriété de rétraction. En tout cas, il se substitue nécessairement aux éléments spécifiques de la région. Aussi en résulte-t-il que ceux-ci, à savoir les éléments nerveux et musculaires, les cellules glandulaires, etc., sont étouffés, aplatis et semblent en train de disparaître. En définitive, de quelque organe qu'il s'agisse, nerf, muscle, glande. etc., cet organe, au dernier terme du processus, peut être littéralement converti en une masse fibroïde privée nécessairement de ses fonctions naturelles.

5° Les considérations qui précèdent font saisir suffisamment l'opportunité des dénominations appliquées à ce groupe particulier d'inflammations chroniques. Cruveilhier les désigne sous le nom de *métamorphoses fibreuses*. D'autres les appellent *productives*, *néoplasiques*, en spécifiant que c'est d'une formation nouvelle de tissu conjonctif qu'il s'agit. Dans les parenchymes, dans les muscles, elles portent le nom d'*inflammations interstitielles*, quelquefois de *scléroses*, ou encore de *cirrhoses*, par allusion à l'affection hépatique, dite cirrhose, qui est considérée comme un type du genre.

6° Un caractère clinique de ces inflammations qui mérite d'être relevé c'est qu'elles sont à peu près toujours chroniques *primitives* ou *primitives chroniques* : C'est ainsi que, dans la nomenclature employée par Laennec, Landré Beauvais, Poilroux, on qualifie les inflammations qui, d'emblée, sans passer par une période aiguë, se constituent telles qu'elles, à l'état subaigu ou chronique.

Il ne faut pas oublier, toutefois, que dans certains cas, l'inflammation scléreuse procède directement de l'inflammation aiguë. Je vais vous citer, à l'appui, quelques exemples : *a*) Le *rhumatisme noueux* peut prendre origine dans un accès de rhumatisme articulaire aigu; — *b*) La *pneumonie chronique* ou *interstitielle* ou *fibroïde* peut se développer à la suite de la pneumonie aiguë lobaire, douée de tous les attributs caractéristiques. — *c*) Enfin, nous verrons que certaines formes de cirrhoses se constituent quelquefois comme maladie chronique à la suite d'un état aigu. Sans doute, ces cas sont rares, exceptionnels, mais ils suffisent pour établir le lien entre l'état chronique et l'état aigu.

J'ajouterai que les processus inflammatoires que nous étudions sont sujets, si l'on peut ainsi dire, à des exagérations momentanées ou *poussées aiguës*, rappelant ce que M. Paget a désigné sous le nom d'*inflammations récurrentes*. Nous rencontrerons plusieurs fois ces phases marquées anatomiquement et cliniquement par une tendance à l'acuité dans l'histoire de la cirrhose.

7° Le groupe anatomo-pathologique sur lequel j'appelle votre attention est représenté dans la clinique d'une manière assez imposante. Il comprend, en effet, et je ne fais qu'une énumération incomplète, la pneumonie interstitielle, les lésions dites myo-sclérosiques de la paralysie pseudo-hypertrophique, les diverses formes de sclérose des centres nerveux, la néphrite interstitielle (une des formes de la maladie de Bright); enfin, au premier rang, l'hépatite interstitielle. Ces deux termes — *hépatite interstitielle* — répondent à peu près à l'ancienne dénomination de cirrhose, mais ils sont plus larges et plus compréhensifs : c'est de la maladie qu'ils désignent dont nous allons maintenant tracer la description.

Il convient de diviser les hépatites interstitielles scléreuses en deux catégories : 1° Celles qui n'affectent qu'une partie de l'organe — *hépatites interstitielles partielles* et qui se produisent, en général, d'une façon consécutive, au voisinage des tumeurs ou des corps étrangers (tubercules, kystes hydatiques, syphilome, etc., etc.) ; 2° les *hépatites scléreuses totales*. Celles-ci envahissent, d'une manière diffuse, à peu près toute l'étendue de la glande ; c'est à elles qu'on a l'habitude de réserver la dénomination de cirrhoses.

Messieurs, ce mot de *cirrhose* était naguère considéré comme désignant une maladie unitaire, ou n'offrant tout au moins que des variétés de second ordre. Aujourd'hui, en France, une révolution tend à s'opérer à cet égard. Plusieurs auteurs s'efforcent de dégager de l'ancienne unité : *cirrhose de Laennec* — un certain nombre d'espèces qui diffèrent, assurent-ils du type vulgaire autant par les caractères anatomiques que par les caractères cliniques. Un changement analogue, dont je vous ai entretenu (1), s'est accompli il y a quelques années à propos de la maladie de Bright. Je dois vous déclarer que je suis grand partisan de ces vues nouvelles aussi bien pour ce qui a trait à la *maladie de Bright* qu'en ce qui concerne l'*hépatite interstitielle diffuse*.

Je vais chercher immédiatement à justifier mon opinion relativement à ce dernier point en vous exposant succinctement le tableau de l'une de ces formes récemment décrites de l'hépatite interstitielle diffuse.

L'affection est désignée quant à présent sous le nom de *cirrhose hypertrophique avec ictère*. J'emprunte cette dénomination à M. Hanot, auquel on doit la première monographie à ce sujet (2). Je me réserve de traiter un peu plus tard la partie historique qui, d'ailleurs, n'est point étendue.

Anatomiquement, cette forme d'hépatite diffère de la cirrhose vulgaire : 1° par l'existence permanente d'une augmentation de volume du foie, en général très-accusée ; 2° par l'existence de certaines lésions des canalicules biliaires qui ne se rencontrent pas dans la cirrhose de Laennec.

Cliniquement, elle s'en distingue : 1° par la présence habituelle, constante peut-être, de l'ictère, lequel est rare dans la cirrhose commune ; 2° par l'absence de l'ascite qui, au contraire, accompagne généralement et de très-bonne heure cette dernière ; 3° enfin par la longue durée de la maladie.

La monographie de M. Hanot est fondée à peine sur une quinzaine de cas, mais j'espère vous montrer que le nombre des faits pourrait être facilement multiplié.

Ceci dit, entrons dans le détail des lésions anatomiques et voyons de suite ce que nous apprend l'examen macroscopique.

Le foie présente dans la règle une hypertrophie considérable. Le poids normal, cadavérique, étant, d'après M. Sappey, de 1,451 grammes, les poids relevés dans la cirrhose hypertrophique avec ictère ont été de 2,850 gr., 2,920 gr. Il paraît probable que jamais le volume du foie, dans cette forme, ne subit de réduction sensible, car les poids indiqués plus haut sont relatifs à des cas où la maladie avait duré 4 ans, 7 ans même. Il y a cependant, nous le verrons, des réserves à faire à cet égard.

La forme générale de l'organe n'est pas d'ailleurs sensiblement modifiée. Le bord reste tranchant, et parfois la surface est lisse comme dans l'état normal ; cependant, on y voit souvent se dessiner des proéminences, d'ordinaire peu volumineuses, égalant tout au plus les dimensions d'un très-petit pois. Les coupes montrent que cette disposition répond à l'existence, dans la profondeur de l'organe, de granulations qui ont les dimensions et l'aspect d'un grain de chènevis, d'une graine de pavot. Ces granulations sont séparées par des trabécules de tissu fibroïde blanchâtre qui, fréquemment, dépassent de quatre ou cinq fois le diamètre de chaque granulation. Celles-ci ne font qu'une légère saillie, le tissu fibreux qui les entoure ne se rétractant guère ; le foie paraît donc transformé « en un bloc de tissu fibreux, farci de granulations assez espacées. » (Hanot.) — La couleur des surfaces de section est très-variable, tantôt jaune orangé ou jaune chamois, tantôt verdâtre, vert foncé ou vert olive.

Les grandes voies biliaires n'ont pas encore été l'objet d'un examen très-attentif. On les indique comme ne subissant pas de modifications notables. Dans un cas publié par M. Gee (Samuel) (3). les conduits biliaires et la vésicule étaient vides de bile et remplis par des masses de cellules épithéliales et de globules pyoïdes. En tout cas, il est certain que, contrairement à ce qui a lieu dans le foie ictérique (olive) par rétention biliaire (oblitération calculeuse ou autre), il n'existe aucune trace de dilatation des grandes voies biliaires.

Dans le plus grand nombre des cas, il existe une *péritonite péri-hépatique*, tantôt de date ancienne et marquée par la présence de néo-membranes constituant des adhérences avec les parties voisines, tantôt de date récente, et alors il s'agit de fausses membranes fibrineuses.

Quelques détails histologiques suffiront pour compléter cet exposé anatomique. Voici ce qu'on observe sur les coupes convenablement préparées. Les lobules sont séparés les uns des autres par des travées conjonctives plus ou moins épaisses ; dans la partie qui répond au premier degré de l'altération, la sclérose n'entame pas visiblement la substance du

(1) *Leçons sur les maladies du rein*, in *Progrès médical*, 1874, nos 32 à 38, 42, 44, 46, 47, 48, 49 et 51.

(2) Thèse de Paris, 1876.

(3) *St-Bartholomew's Hosp. Rep.*, 1868.

lobule. Cette particularité de structure a été surtout constatée dans les cas où, en opposition à la règle, la mort était survenue au bout de quelques mois (*sclérose périlobulaire*). Mais, en général, la zone la plus externe du lobule est en quelque sorte dissociée. Le tissu conjonctif, de formation nouvelle, y pénètre sous forme de traînées rayonnantes, dans l'intervalle desquelles les cellules hépatiques paraissent aplaties. Ces traînées sont d'ordinaire caractérisées par la présence d'un grand nombre de cellules embryonnaires qui se voient encore sur la partie de la travée conjonctive interlobulaire la plus voisine du lobule. Au centre de la travée, au contraire, les petites cellules n'existent plus. Là, le tissu conjonctif est plus développé, mieux formé, composé de cellules plates et de faisceaux fibrillaires bien dessinés; il s'ensuit que le lobule est envahi et comme dissocié de la périphérie vers le centre.

Dans les points où la lésion est pour ainsi dire parvenue à son dernier terme, la substance parenchymateuse n'est plus représentée que par quelques cellules hépatiques, souvent déjà profondément altérées, groupées autour de la veine centrale.

Mais, la lésion la plus intéressante, la plus caractéristique dans l'espèce, est celle qui a pour siége les canalicules biliaires. Dans tous les cas, on trouve les espaces interlobulaires sillonnés par un réseau de canalicules biliaires, bien développés, ayant une paroi très-accentuée et remplie de cellules épithéliales cubiques. Les uns ont une disposition régulière de l'épithélium avec lumière centrale; sur les autres, le calibre est comblé en quelque sorte par des cellules irrégulièrement disposées.

D'une façon générale, le réseau des canalicules est beaucoup plus riche que dans les conditions normales. Les conduits sont volumineux, tortueux. Cette disposition se voit dans les parties centrales des espaces interlobulaires. Au voisinage des cellules hépatiques, les canaux qui forment le réseau, deviennent progressivement moins volumineux. Tandis que les troncs d'origine, répondant aux canalicules interlobulaires ont de 20 à 40 μ, les plus petits se rapprochent, par leurs dimensions, des capillaires biliaires (1). Ces derniers, d'après M. Cornil, auquel tous ces détails sont empruntés, ne contiennent que des cellules disposées bout à bout sur une seule rangée. On perd de vue ces petits conduits au moment où ils s'enfoncent dans l'intervalle des cellules hépatiques.

Si, après avoir reconnu ces dispositions des conduits biliaires, on examine de nouveau la gangue conjonctive qui les entoure, on remarque que c'est autour d'eux surtout (2) que sont accumulées les cellules embryonnaires quand il s'agit de la zone la plus voisine du lobule; au lieu de ces cellules, ce sont des faisceaux de tissu conjonctif, de formation nouvelle, qu'on trouve quand il s'agit des canalicules occupant les parties centrales de la travée.

Ces dispositions font déjà pressentir le rôle important que jouent les canalicules biliaires dans la production des lésions de la forme de cirrhose hypertrophique que nous étudions.

Par contre, les vaisseaux sanguins ne sont pas affectés au même degré. Ils ne sont pas entourés par les cellules embryonnaires; ils n'ont pas, comme les canalicules biliaires, de gaîne fibreuse spéciale. Seulement, à un degré avancé, les *vaisseaux portes* ont perdu leur paroi et paraissent comme sculptés dans le tissu conjonctif de formation nouvelle.

Dans le cas de M. Gee, bien que les tractus blancs parussent très-accusés à la périphérie des lobules, il n'y avait pas de développement sensible du tissu conjonctif dans les canaux portes. Il semble, d'après cela, que la lésion concentre son action sur les canalicules biliaires de petit calibre, interlobulaires et n'affecte pas les canaux biliaires gros ou moyens, — ce qui établit une nouvelle délimitation entre la cirrhose hypertrophique biliaire et l'altération du foie consécutive à l'occlusion du canal cholédoque.

J'aurai terminé, Messieurs, l'exposé des lésions anatomiques en vous faisant remarquer que dans la grande majorité des cas, la rate est volumineuse. Dans un cas, elle pesait 950 gr., ce qui dépasse considérablement le poids normal qui est de 195 gr. (Sappey).

Je chercherai à vous donner, dans la prochaine leçon, l'interprétation des lésions que je viens de décrire; puis, je vous ferai connaître l'ensemble des symptômes qui les révèlent pendant la vie. Cette tâche accomplie, j'opposerai à l'histoire de la *cirrhose hypertrophique avec ictère* celle de la *cirrhose vulgaire*.

(*A suivre.*)

(1) Les premiers ont 10 μ — 5 μ, les dimensions normales des capillaires étant de 1 à 2.

(2) Cornil et Ranvier. — *Manuel d'histologie pathologique*, p. 922.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Enseignement populaire de l'histoire naturelle. Muséum.

Il n'est pas besoin d'un long examen pour s'apercevoir des lacunes considérables que présentent les programmes universitaires au point de vue de l'enseignement des diverses branches de l'histoire naturelle. Très-insuffisant dans les lycées et les colléges, il est à peu près absolument nul dans les écoles primaires où, cependant, il devrait figurer en première ligne à côté de l'enseignement de la langue et de l'histoire du pays. Ce sont, en effet, les sujets qui font l'objet des sciences naturelles qui frappent à chaque instant et le plus vivement l'esprit des enfants. Aussi, dès qu'ils sont doués de la parole, est-ce à propos d'eux que leurs questions sont les plus pressantes et les plus répétées. Il s'en suit que si les parents avaient eux-mêmes quelques notions exactes de géologie, de botanique, de zoologie, ils pourraient les transmettre sans cesse à leurs enfants et la tâche des maîtres serait rendue d'autant plus facile. Afin de combler, dans une certaine mesure, le *desideratum* que nous venons de signaler, nous avons déposé au Conseil municipal le projet de vœu suivant :

Messieurs,

Parmi les institutions scientifiques de Paris, aucune n'est plus assidûment fréquentée que le *Muséum d'histoire naturelle* plus connu sous le nom de *Jardin des Plantes*.

Le Jardin des Plantes, fondé par Guy de la Brosse en 1635, ne fut pendant quelque temps qu'une simple école de botanique. Un siècle plus tard, Buffon y ajouta des collections d'anatomie, de minéralogie et de zoologie, y fit créer trois chaires et, par l'achat de terrains voisins, agrandit la superficie du jardin.

Telle était la situation, lorsqu'éclata la révolution. En juillet 1792, Bernardin de Saint-Pierre fut chargé de la direction du jardin. Il s'empressa d'étudier les besoins de l'établissement dont il était chargé, il signala les améliorations à réaliser, et, en particulier, l'utilité d'une ménagerie. Dans son rapport, il s'exprime ainsi : « Ce n'est pas à ma voix, dit-il, que vous devez vous rendre, c'est à celle du peuple. De tous les établissements nationaux, celui du Jardin des Plantes est le seul qu'il ait respecté, parce qu'il est seul à son usage.... »

Lakanal, qui se préoccupait avec tant d'ardeur et de compétence de toutes les questions relatives à l'enseignement, fut chargé de faire un rapport à la suite duquel la Convention décréta la réorganisation ou plutôt la création du Muséum d'histoire naturelle. On installa douze chaires au lieu de trois; on éleva des locaux pour des collections nouvelles ; on fonda une bibliothèque, une ménagerie ; on acheta de nouveaux terrains. Le Muséum, en un mot, se trouva organisé de manière que toutes les sciences naturelles pouvaient y être également enseignées, et que chacune d'elles était susceptible d'agrandissements successifs. Il n'était pas de mode, à cette époque, de mesurer parcimonieusement l'espace aux établissements scientifiques. En obéissant aux nécessités du présent, on songeait aux besoins de l'avenir.

Grâce à l'impulsion donnée par la Convention, le Muséum, pendant la première moitié de notre siècle, fut, en son genre, le plus bel établissement du monde entier ; mais, depuis une vingtaine d'années, il s'est laissé dépasser par la plupart des établissements similaires de l'Europe. En 1858, l'empire nomma une Commission pour s'occuper des améliorations à introduire au Muséum. Cette commission, de même que toutes les commissions analogues instituées par ce gouvernement, ne fit absolument rien. Aussi les collections sont-elles aujourd'hui mal installées, les plantes insuffisamment étiquetées (1), et la

(1) Dans un jardin comme le *Jardin des Plantes*, il ne devrait pas y avoir de plantes ou de groupes de plantes qui n'eût son étiquette.

ménagerie inférieure à celles de Londres, d'Amsterdam, d'Anvers, etc.

Sous un seul rapport, le Muséum a conservé sa supériorité. Tandis que, dans les autres pays, il faut payer pour être admis à visiter les ménageries, les collections, etc., le Muséum est resté ouvert gratuitement à tous. Il en résulte qu'il est demeuré un foyer précieux d'enseignement populaire. En effet, les dimanches et à certains jours de fête, le nombre des visiteurs est évalué à plus de trente mille. Toutefois, on ne tire pas de cette institution tout ce qu'elle est susceptible de donner. Rien ne serait pourtant plus facile que d'arriver à de meilleurs résultats.

Tout récemment, sur la proposition de M. le Préfet, le Conseil a voté un crédit pour permettre aux élèves les plus méritants de nos écoles primaires d'aller faire des excursions à Dieppe. Les soussignés estiment que l'on pourrait fructueusement compléter ces excursions, en conduisant, à certains jours, les élèves les plus avancés de nos écoles, visiter les ménageries, les collections de toutes sortes qui sont accumulées au Muséum et dans le Jardin des plantes. La vue des objets est plus utile que leur description et les enfants pourraient, sous la direction de leurs maîtres, recevoir, en parcourant les galeries, des notions qui se graveraient dans leur mémoire. L'étude de l'histoire naturelle, trop négligée non-seulement dans le programme de l'instruction primaire mais encore dans celui de l'enseignement secondaire, est certainement celle qui développe le plus l'esprit d'observation et nous pouvons ajouter qu'elle est toujours bien comprise des enfants et des jeunes gens.

Se fondant sur ces considérations, qui montrent combien sont considérables les avantages que le Muséum peut fournir à l'*enseignement populaire* de toutes les branches de l'histoire naturelle;

Considérant que cet établissement n'a pas de ressources suffisantes pour compléter la nomenclature de toutes ses plantes;

Considérant que sa ménagerie ne reçoit de l'Etat qu'une subvention annuelle de 4,000 fr., alors que le *Zoological Garden* de Londres a un crédit de 75,000 fr.; l'établissement similaire d'Anvers, un crédit de 200,000 fr.;

Les soussignés émettent le vœu qu'une subvention de 60,000 fr. soit accordée au Muséum à la condition, pour les administrateurs de cet établissement, de preudre toutes les mesures nécessaires dans le but de rendre les collections, les ménageries, le jardin botanique et les serres accessibles, daus les meilleures conditions possibles, aux enfants des écoles municipales et des écoles primaires libres.

La réalisation de ce vœu, qu'une vingtaine de nos collègues nous ont fait l'honneur de bien vouloir appuyer, introduirait parmi les générations futures, des connaissances dont nous, médecins, nous ne tarderions pas à sentir les heureuses conséquences. Que de préjugés absurdes qui contrarient à chaque pas notre action, s'opposent à l'exécution rigoureuse de nos prescriptions, disparaîtraient! Se rendant mieux compte de la composition et du fonctionnement de ses organes, chacun saisirait mieux les avantages qu'il y a pour lui à réclamer dès l'origine du mal les soins, non plus du premier charlatan venu, mais d'un médecin instruit. Il comprendrait mieux l'importance de l'hygiène et chercherait, par une observation plus éclairée, à aider le médecin dans sa tâche si difficile. La science et les malades ne pourraient donc que gagner à cette réforme, surtout si partout où celà est réalisable, on instituait des promenades scientifiques, semblables à celles que nous demandons pour les enfants et les jeunes gens de Paris. BOURNEVILLE.

(1) Collin, Germer-Baillière, Asseline, Léveillé, P. Dubois, Lauth, Réty, Martin, Braleret, Clamageran, Heredia, Cadet, Desouches, Jacques, Hérisson, Mallet, Combes, Vauthier, Marais, Marsoulan, etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Association française pour l'avancement des sciences.

(CORRESPONDANCE SPÉCIALE DU *PROGRÈS MÉDICAL*).

Cinquième session. (Clermont-Ferrand).

Séance du 18 août.

Après la grande séance d'ouverture qui a eu lieu vendredi, 18, les sections se sont réunies dans leurs locaux respectifs. La section de médecine, qui siége à l'Hôtel-Dieu, a immédiatement constitué son bureau : MM. Claude Bernard et Heynsius ont été nommés par acclamation présidents honoraires; M. Chauveau, de Lyon, est président effectif; M. Fleury, de Clermont, le docteur Laussedat, député, Bergeron, de Paris, et Teissier, de Lyon, ont été désignés comme vices-présidents et MM. Blatin, Bourgade, Gagnon, Teissier fils et P. Reclus, comme secrétaires.

Séances du 19 août 1876.

Séance du matin. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. LEUDET (de Rouen) désire appeler l'attention de ses confrères sur « *Certains accidents d'anémie cérébrale, consécutifs à l'irritation de la plèvre, dans les opérations d'empyème.* » Récemment, MM. Maurice Raynaud, médecin des hôpitaux de Paris et M. Gayet (de Lyon), ont montré que les lavages de la plèvre s'accompagnaient parfois d'accidents nerveux; MM. Brouardel, Lépine et Desnos ont cité de semblables observations. Or M. Leudet a, lui aussi, constaté des accidents de ce genre. Il nous cite le cas fort intéressant d'un jeuue étudiant eu droit qui avait subi l'opération de l'empyème et, qui, trois fois, et à la suite des lavages pratiqués, fut pris de douleurs violentes, d'engourdissements localisés dans le côté opposé aux altérations pleurales; il survint même, dans le dernier accès, une aphasie passagère. La plèvre fut drainée et les accidents n'ont pas reparu.

M. Leudet rappelle à ce propos les observations de Blachez qui, en 1869, publia quelques faits singuliers. — Il nous dit que plusieurs des malades dont il avait ponctionné les épanchements pleurétiques éprouvèrent de l'engourdissement dans le membre inférieur correspondant à la plèvre enflammée. Pour M. Leudet, ces troubles nerveux sont de causes réflexes. Sous l'influence de la pleurésie, de l'épanchement de pus, il se développe sur la séreuse enflammée une sorte de point excitable, comparable à la zone épileptogène. Une cause quelconque, le lavage de la plèvre, par exemple, venant agir sur cette zone, devient le point de départ d'un réflexe qui aura comme effet une anémie cérébrale et tous les troubles qui en découlent. Il se passerait là un fait qui rappelle l'expérience d'Hitzig. Lorsque ce physiologiste excitait certains points du nerf crural enflammé, aussitôt apparaissaient des convulsions souvent très-violentes.

M. COURTY (de Montpellier), lit une note sur le « *Traitement de la métrite chronique parenchymateuse par l'ignipuncture.* » Scauzoni prétendait que la métrite chronique est iucurable; telle n'est pas l'opinion de M. Courty; et l'emploi de cautères effilés qu'il plonge à des profondeurs variables dans le tissu utérin lui a donné des guérisons certaines là où tous les autres traitements avaient échoué. Mais à la cautérisation ne se borue pas le traitement qui doit être entouré de nombreuses précautions : bains tièdes, injections, cataplasmes, repos absolu pendant longtemps; puis Vichy, Plombières, les toniques et les reconstituants seront ordonnés. M. Courty termine sa communication en montrant aux membres du Congrès le petit cautère à boule et à pointe très-effilée dont il se sert pour pratiquer son ignipuncture.

M. MANOUVRIEZ (de Valenciennes) décrit ensuite un nouvel *Esthésiomètre à pointes isolantes.* D'après M. Manouvriez les nombreux esthésiomètres dont on sert habituellement ont un grave défaut : leurs pointes métalliques empruntent à l'organisme une quantité de chaleur assez appréciable pour modifier la pureté des sensations; aussi leur a-t-il substitué des pointes en ivoire et les résultats qu'il a obtenus, notamment dans ses études sur l'intoxication saturnine, viennent témoigner en faveur de cette modification.

M. Ollier (de Lyon), fait une communication très écoutée sur quelques points du « *Traitement de la coxalgie.* » Chaque orateur ne peut guère parler plus de quinze minutes, vu le nombre considérable des médecins inscrits. Aussi a-t-il dû beaucoup se restreindre et nous le regrettons. Il s'occupe d'abord de l'extension continue comme traitement habituel de la coxalgie. Il ne saurait l'admettre, car ce procédé est pénible pour le patient et ne réussit que là où le redressement brusque avec l'immobilisation réussissent bien aussi. Or, entre la lente méthode par l'extension continue et notre méthode lyonnaise, on ne saurait hésiter, du moment que le problème est posé dans ces termes. Aussi, pour M. Ollier l'extension continue n'est-elle pas une méthode générale; elle peut seulement être parfois employée dans la seconde période de la coxalgie et lorsque le chirurgien tente de rétablir les mouvements. L'opinion de Bonnet sur le rétablissement des mouvements n'est pas, en effet, fort exacte : il pensait que la rupture des adhérences, et des mouvements rhythmiques fréquemmeut imprimées à l'articulation, rétablissaient les mouvements ; il n'en est souvent rien : les adhérences rompues se reproduisent d'ailleurs avec la plus grande facilité. Aussi la rupture ne doit-elle être pratiquée que dans certaines coxalgies consécutives aux maladies aiguës : variole, scarlatine, rhumatisme. — Dans les autres cas et lorsque les adhérences existeut, au lieu de recourir à la rupture, il est alors bon parfois de tenter l'extension continue : elle s'oppose aux rétractions musculaires et empêche la tête du fémur de venir, dans son ascension progressive, s'appliquer sur le rebord cotyloïdien. Mais le traitement est fort long et dure plusieurs années.

La *résection* de la tête du fémur doit-elle être pratiquée? C'est une méthode bien radicale et qui offre beaucoup de dangers pour bien peu d'avantages malgré les statistiques si favorables que l'on a publiées à ce sujet. Cette résection prive l'os de son cartilage de conjugaison ; et, par conséquent, lui enlève un de ses éléments d'accroissement. La résection de la tête du fémur ne doit être pratiquée que dans les cas heureusement fort rares où la tête du fémur, séparée du trochanter, forme dans la cavité cotyloïde un véritable sequestre.

M. Pravaz admet et pratique les opinions de M. Ollier. — Il s'est parfois servi de l'extension continue dans la période secondaire de la coxalgie: il lui a associé la section du fascia lata et n'a eu qu'à se louer de ce traitement

M. Verneuil résume en 3 propositions, l'exposé de M. Ollier: 1° L'extension continue n'est possible et efficace que dans la période où le redressement et l'immobilisation sont utilement employés. 2° Quand les altérations sont invétérées l'extension est sans résultat; les résistances sont trop opiniâtres pour que le point d'appui offert par le bassin soit suffisant. 3° Enfin on guérit la coxalgie par la méthode lyonnaise dans des cas où ailleurs la résection est parfois pratiquée.

M. Philipeaux (de Lyon) lit un mémoire sur « *L'otoscopie* appliquée au diagnostic des surdités.» Les auteurs prétendent que lorsque la montre est mise sur l'apophyse mastoïde ou le temporal tout individu qui n'en entend pas le tic-tac est sourd et sa surdité provient d'une paralysie du nerf auditif. Telle n'est pas l'opinion de M. Philipeaux et il a recueilli des observations dans lesquelles un bouchon de cérumen pressant contre le tympan, il se fait sans doute une pression sur la fenêtre ovale par la chaine des osselets, mais le tic-tac de la montre ne pouvait être perçu. Or, cette surdité n'était pas incurable, malgré le sombre pronostic des auteurs. Débarrassées de leur cérumen, les oreilles purent de nouveau remplir leur fonction.

M. Onimus lit une note fort remarquable sur « les *Déformations de la plante des pieds spécialement chez les enfants dans les affections atrophiques et paralytiques de la jambe.* »

Les chirurgiens se sont beaucoup plus occupés des déviations du pied dans le sens latéral ou antéro-postérieur, que des déformations de la région plantaire, consécutives aux différentes affections paralytiques de la jambe. Cependant, la configuration de la région plantaire joue un rôle considérable dans les phénomènes de la marche. Par des empreintes fort exactes, prises sur du papier enduit de noir de fumée, M. Onimus montre qu'à l'état normal, le pied n'est en contact avec le sol que par le talon et la racine des orteils; ces deux points d'appui sont distincts, sur l'empreinte, de 4 à 7 centimètres pour la région interne et de 2 à 4 pour l'externe. Dans les différentes variétés des pieds-bots, tous ces rapports n'existent plus et le pied appuie sur le sol avec lequel il est en contact dans toute son étendue. Or, le roulement qui se produit pendant la marche et qui, en définitive, constitue la progression, ne se fait que très-difficilement; aussi est-il nécessaire d'y remédier. On le peut facilement par l'emploi d'une semelle que Collin a fabriquée ; elle porte à la partie moyenne de la face supérieure un morceau de liége en relief et destiné à refouler les parties du pied qui ne doivent pas être naturellement en contact avec le sol. M. Onimus montre ensuite, grâce à une série de dessins fort intéressants, qu'à chaque cause de déformation de la région plantaire, correspond une empreinte presque caractéristique. Aussi pourrait-on tirer de l'examen de ces empreintes des conclusions importantes, au point de vue du diagnostic.

Séance du samedi soir.

M. Mignot fait une courte lecture sur le « *Choléra dans le centre de la France.* » Il a observé plus de 75 cas de choléra nostras; — or, dans certains cas, de même que le choléra asiatique, il a revêtu un caractère épidémique.

M. Dagrève lit une observation de *Paralysie des muscles du bras guérie par les courants continus.* — Cette paralysie était consécutive à une arthrite du coude et durait depuis deux ans ; elle a disparu après trois séances d'électrisation. M. Dagrève suppose que, dans ce cas, la paralysie tenait à une congestion du nerf musculo-cutané, qui a cédé sous l'influence de la circulation modifiée par le passage du courant. Un point important à signaler est la disparition de l'arthrite. Le léger épanchement contenu dans l'articulation, disparut avec la paralysie.

M. Colrat, en son nom et au nom de M. Rebatel, présente un *Pneumographe* nouveau et qui diffère des anciens pneumographes en ce qu'il peut indiquer, d'une façon indépendante, les mouvements de la moitié droite et de la moitié gauche du thorax. Les applications qu'il a faites de son pneumographe pour l'étude des maladies unilatérales de la poitrine, ne lui ont donné encore que de médiocres résultats.

M. Verneuil, au nom de M. H. Petit (de Paris), parle des « *Rapports de la pleurésie et des kystes hydatiques du foie.* » On sait, en pathologie générale, que lorsque deux orgaues sont contigus, les affections de l'un retentissent souvent sur les lésions de l'autre ; mais ces échauges pathologiques se font souvent en proportion inégale; ainsi, tandis que les affections du foie ont une si grande influence sur la plèvre et le poumon, les altérations du poumon et de la plèvre n'influent que peu sur le foie. Il ne faudrait pas aller trop loin cependant et M. Henri Petit rapporte trois observations remarquables, recueillies dans le service de M. Verneuil, et dans lesquelles on voit qu'une pleurésie intercurrente a eu l'effet le plus manifeste sur le développement de kystes hydatiques préexistants. M. Verneuil fait remarquer d'ailleurs que le siége de la pleurésie n'a pas d'importance et que son action peut se produire, qu'elle siége à droite ou à gauche.

M. Verneuil présente au nom de M. Terrillon, chirurgien du bureau central, une observation sur une *Amputation* faite chez un *albuminurique*, amputation pratiquée avec succès. M. Verneuil, à la suite, insiste vivement sur le danger qu'il y a d'opérer un malade en proie à une diathèse grave : albuminurie, glycosurie, par exemple, car le malade est le plus souvent rapidement emporté ; mais il ne faudrait pas trop assombrir le tableau ; c'est pourquoi M. Verneuil insiste sur cette observation qui, sans altérer en rien la doctrine, prouve que dans certains cas, l'albuminurique peut survivre à une grave opération. Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, qui fit une chute, étant ivre, et se cassa l'avant-bras ; il y avait une petite plaie extérieure communiquant avec le foyer de la fracture ; elle fut occluse, collodionnée, et les plus grandes précautions furent prises; néanmoins, un phlegmon diffus survint. En même temps, on note un délire alcoolique furieux. Enfin, la face s'œdématie et les urines, examinées alors, contiennent une grande quantité d'albumine. Le phlegmon faisait

de tels progrès que M. Terrillon, sans tenir compte de l'albumine, ampute le bras; immédiatement les accidents diminuent; la fièvre s'apaise, la cicatrisation commence et, point important, l'albuminurie disparaît si vite et à tel point qu'on se demande si l'albuminurie était sous l'influence du phlegmon et si elle ne s'était pas développée avec lui.

M. Leudet a noté dans l'observation lue par M. Verneuil, ce fait, d'après lui important, que l'albumine était très-considérable. Ces albuminuries *massives* semblent être d'un pronostic moins grave que les albuminuries plus légères. Il ajoute que la suppression de l'albuminurie à la suite de l'amputation prouve du moins combien était fausse l'opinion de Rosenstein d'après lequel l'amputation d'un membre entraînait fatalement l'albuminurie.

M. Houzé de l'Aulnoit lit une note intéressante « *Sur la déglutition en médecine légale, chez les enfants nouveau-nés.* » La légèreté des poumons et leur pénétration par l'air est encore considérée comme le signe le plus important, pour ne pas dire le signe unique sur lequel on s'appuie pour déclarer que l'enfant a vécu. M. Houzé de l'Aulnoit, par de nombreuses observations, établit qu'à ce signe on peut en joindre un autre. Un enfant peut ne pas avoir respiré; plongé par exemple dans un liquide, jeté dans une fosse d'aisance, l'air n'a pas pénétré dans ses poumons, mais si il a dégluti, si l'on retrouve dans l'estomac les liquides au milieu desquels il était plongé, doit-on dire et peut-on dire qu'il n'a pas vécu ?

Séances du 21 août 1876.

Séance du matin. Présidence de M. Chauveau.

M. le Dr Fabreguettes (de Saint Etienne) présente aux membres de la société un nouvel *Appareil pour les fractures des membres inférieurs.* Cet appareil, du reste simple modification de la gouttière de Bonnet, n'est applicable qu'aux fractures du corps des os du membre inférieur, à l'exception toutefois de celles du péroné. D'après l'auteur qui en donne une longue description, l'appareil jouirait des avantages suivants: Pratiquer une contre-extension sûre et efficace; permettre la réduction graduelle, sans secousses et sans aides; assurer la coaptation et la maintenir malgré les pansements qui peuvent se faire sans difficulté; enfin, permettre au malade de s'asseoir.

M. le Dr Tripier (de Lyon) fait une communication sur l'*Ethérisation chez les jeunes enfants*; jusqu'à ce jour elle passait pour être absolument inoffensive. Il n'en est pas ainsi, et M. Tripier rapporte trois observations dans lesquelles, bien qu'on n'ait eu à déplorer la mort d'aucun des malades, de graves accidents sont survenus. Dans ces trois cas, concernant des enfants de 5 à 8 ans, le fait saillant a été l'arrêt brusque de la respiration, mais toujours avec persistance des mouvements du cœur. Dans l'un de ces faits, l'arrêt brusque de la respiration, à trois reprises différentes, s'est montré à l'auteur et toujours de la même façon.

Dans aucun des, cas il n'y a eu asphyxie; la cyanose faisait absolument défaut; il ne s'agissait pas non plus de syncope puisque les contractions du cœur sont restées perceptibles. Mais, dans les trois cas, on a observé une abondante sécrétion des mucosités bronchiques plus ou moins filantes; aussi M. Tripier s'est-il demandé si l'éther ne provoquait pas cette sécrétion et si tel n'était pas le mécanisme de l'arrêt respiratoire. Il a pratiqué dans ce sens un certain nombre d'expériences sur des chats de 3 à 4 semaines; or, dans tous les cas, il a remarqué que, dès le début de l'éthérisation, la respiration s'arrêtait tout à coup, le thorax étant en inspiration, accident qu'il n'a jamais noté lorsqu'à l'éther il substituait le chloroforme. Mais les autopsies de tous les petits chats éthérisés a été faite et, dans aucun cas, il n'a trouvé d'écume bronchique dans l'arbre respiratoire; c'est donc une autre hypothèse qu'il faut faire.

M. Tripier continuera ses expériences, mais pour l'heure, il croit à une action du pneumogastrique. Il termine en disant que désormais il renonce à l'éther et se servira dorénavant du chloroforme.

M. Verneuil trouve qu'il est temps de rechercher activement les causes de la mort dans l'anesthésie. On n'admet que deux processus : la syncope et l'asphyxie. Or, les observations de M. Tripier, auxquelles d'ailleurs on pourrait joindre de nombreux faits épars çà et là, prouvent qu'il faut ajouter un troisième mode, encore obscur et qui pourrait être rapproché des actions d'arrêt.

M. le Dr Laennec (de Nantes) lit un travail fort intéressant sur la *docimasie pulmonaire* dans le cas où la putréfaction très-avancée du poumon semblerait rendre toute recherche impossible. Lorsqu'on triture une parcelle de poumon qui n'a pas respiré, on chasse, par cette trituration, le gaz qu'elle contenait. Que l'on jette alors cette parcelle dans l'eau et elle ira au fond. Mais, si le poumon a respiré, la trituration aura eu beau être longue et énergique, la mince tranche pulmonaire surnagera. M. Laënnec termine en rappelant un signe trop oublié et indiqué pour la première fois par M. Bouchut : c'est la configuration si différente d'un poumon qui a ou qui n'a pas respiré.

M. le docteur Gallard fait une communication très-écoutée sur *Quelques altérations de la muqueuse de l'estomac.* Il donne entr'autres deux observations d'hématémèses accompagnées de mœléna et qui survinrent sans qu'il y eut un autre symptôme qui permît de les rattacher à une maladie quelconque de l'estomac : le diagnostic restait incertain. Mais la mort survint, et l'on pût examiner les pièces; or, on découvrit sur la muqueuse une ulcération fort petite, située au niveau de la petite courbure et appendue à un artériole; il s'agissait d'un anévrysme miliaire; dans la deuxième observation, la même ulcération, la même dilatation fut retrouvée et dans d'autres points, on reconnut l'existence de deux de ces anévrysmes miliaires. M. Gallard rappelle alors que ces anévrysmes de l'estomac avaient été vus par M Liouville, mais nul, à sa connaissance, n'en a indiqué la rupture comme cause d'hématémèse. M. Gallard montre, en outre, un cas très-intéressant d'*Ulcère diabétique* de la muqueuse stomacale, chez un homme adonné à l'ivrognerie. M. Gallard se demande si l'on n'a pas rangé sous le titre « d'ulcères de l'estomac » un grand nombre d'affections diverses, dont il faudrait désormais faire une classification rigoureuse.

M. Liouville fait remarquer que les anévrysmes dont parle M. Gallard ont été retrouvés dans un très-grand nombre d'organes; au cerveau et à l'estomac, il faut ajouter la vessie, les intestins, les poumons, la rétine. Mais leur recherche est très-pénible et offre de grandes difficultés en raison même de leur petit volume et souvent de leur situation.

M. de Valcourt raconte à ce propos qu'un jour il sentit, après un effort, une vive douleur dans la partie supérieure de la poitrine; puis il survint une hémoptysie, la seule qu'il ait jamais eue; il se demande si elle n'a pas eu pour cause la rupture d'un de ces anévrysmes.

M. Laussedat ajoute que les hématémèses ne sont pas toujours aussi graves qu'on semble le croire généralement et il cite l'observation d'un de ses malades qui fut pris à Spa d'une hématémèse abondandante qui persista pendant huit jours. Depuis lors, aucun accident n'est survenu et sa santé ne laisse rien à désirer.

M. Delore cite le cas d'un enfant mort de la suite d'une entérorrhagie : il trouva à l'autopsie des ulcérations profondes qui allèrent jusqu'à la perforation. Il a attribué cette lésion à l'action irritante du suc gastrique, et depuis, dans tous les cas d'entérorrhagie chez les enfants, il a administré avec succès l'eau de Vichy afin de neutraliser l'action de ce suc. Ne pourrait-il pas se faire, chez les adultes, de semblables altérations provoquées par une cause semblable ?

M. Galezowski dit avoir observé avec son ami, M. Liouville, quelques cas d'anévrysme miliaire des artérioles de la rétine. — On peut très-facilement les reconnaître à l'ophthalmoscope.

M. le Dr Delore lit un long mémoire sur l'*Évidement des tumeurs bénignes.* Il fait d'abord un ample historique de la question où il rend justice à tous ceux qui l'ont précédé dans la voie de l'évidement; puis, il décrit son manuel opératoire et montre les instruments qui lui permettent de pratiquer plus facilement cette opération. Le point capital, celui qui permet de séparer nettement la méthode de M. Delore de toutes les autres méthodes, c'est qu'il fait un évidement sous-cutané avec le ténotome. Puis, par la petite plaie, il introduit la curette et vide ainsi la tumeur; il aplique ensuite une serre-fine sur l'ouverture pour en pratiquer l'occlusion. M. Delore nous énumère ensuite les nombreuses et minutieuses observations qu'il a recueillies.

M. Fleury rappelle que Dupuytren opérait toujours ainsi les tumeurs du cuir chevelu. — A quoi M. Delore répond que sa méthode diffère essentiellement de celle qu'employait Dupuytren, qui ne se préoccupait pas de l'entrée de l'air dans la plaie.

Séance du soir. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. LÉTIÉVANT prend le premier la parole sur la *Résection du maxillaire supérieur.* Il a apporté à cette opération une modification intéressante qui lui a été suggérée par les anciennes expériences de Longet. On sait que ce physiologiste avait reconnu qu'à la suite des sections des nerfs sensitifs les muscles de la région se décolorent et s'atrophient; la fibre perd sa contractilité et ses fonctions sont abolies; la section des nerfs moteurs au contraire n'entraîne que la paralysie des muscles; mais leur nutrition continue à se faire. Que l'on coupe par exemple la 5e paire et non-seulement la sensibilité de la face disparaîtra, mais peu à peu surviendra l'atrophie de ses muscles peauciers; la même opération pratiquée sur le facial amènera bien leur paralysie, mais non pas leur destruction progressive.

M. le Dr Létiévant applique ces notions physiologiques à la résection du maxillaire supérieur. Lorsqu'on enlève cet os par les procédés opératoires ordinaires, on sectionne le nerf sous-orbitaire. Si on le conservait, en adoptant un autre manuel, les résultats en seraient-ils meilleurs? M. Létiévant nous donne le résumé de deux observations qui permettent de répondre : dans le premier cas, le nerf sous-orbitaire fut réséqué; l'opération fut faite pour un épithélioma du maxillaire; elle fut d'ailleurs très-simple et sans suites fâcheuses; le malade quittait l'hôpital le 21e jour. Au bout de huit mois il fut observé à nouveau. Or, à ce moment, la sensibilité de la joue était fort douteuse, les muscles flasques; ils avaient perdu les mouvements volontaires et ne réagissaient même plus sous l'influence de l'électricité. L'élévateur propre, l'élévateur commun, le canin, le grand zygomatique étaient paralysés.

Dans le deuxième cas, le nerf fut conservé. Une modification légère indiquée par M. Létiévant permit de le respecter sans compliquer l'opération : il s'agissait d'une institutrice de 45 ans, atteinte de sarcôme du maxillaire supérieur; son nerf sous-orbitaire ne fut point coupé; la guérison survint très-rapidement et lorsque, treize mois après l'opération, M. Letiévant revit sa malade, il fut surpris de l'excellence du résultat : le masque facial était mobile, les contractions les plus délicates se fesaient rapidement, le canin, le myrtiforme, les élévateurs, le pyramidal lui-même, obéissaient aux excitations volontaires ou provoquées par la pile; d'ailleurs l'énorme brèche creusée par la résection s'était comblée par du tissu fibreux. Ne peut-on pas conclure de la comparaison de ces deux faits que, dans la résection du maxillaire supérieur, le mieux est de conserver intact le nerf sous-orbitraire?

M. le docteur LASSALAS lit une note sur l'*hémoptysie dans la phthisie pulmonaire.* Les praticiens sont, en grande majorité, opposés à l'administration des eaux thermales tant que dure les hémoptysies dans le cours de la tuberculose. L'auteur ne partage pas cette opinion que des observations répétées infirment et, d'après lui, le traitement minéral du Mont-Dore ne provoque pas l'hémoptysie; il empêche au contraire cet accident de se produire. C'est ainsi qu'il cite l'observation d'une jeune fille de 18 ans, ayant eu déjà un grand nombre d'hémoptysies lorsqu'elle se rendit au Mont-Dore. Le soir de son arrivée, il y eut deux crachements de sang très-abondants; le lendemain il y en eut trois; en moins de 48 heures elle perdit ainsi plus de deux litres de sang; la malade fut menée dans les salles d'aspiration et les hémoptysies cessèrent immédiatement pour ne plus se reproduire. Il existe encore une autre observation non moins remarquable dans laquelle les crachements de sang furent encore arrêtés par les inhalations qui demeurent, pour M. Lassalas, la cause véritable de la suppression des hémoptysies qu'il a si fréquemment observées au Mont-Dore. L'atmosphère que l'on respire dans les salles d'aspiration est chargée d'eau minérale à l'état vésiculeux et de gaz acide carbonique. De cet acide carbonique, de la vapeur d'eau, ou bien encore des sels contenus dans les vésicules quelle est la substance qui agit spécialement pour arrêter les hémoptysies?... Il est difficile de le dire; cependant il est probable que la simple vapeur d'eau n'a par elle-même que bien peu d'influence. M. Lassalas ne voudrait pas dire d'ailleurs que toutes les hémoptysies cèdent aux inhalations, mais cependant il n'en a pas encore rencontré de rebelles.

La disparition de l'hémoptysie ne saurait avoir pour cause l'altitude (1050 mètres) car cette hémoptysie a souvent débuté au Mont-Dore chez des malades qui n'en avaient encore pas eu, puisqu'elles ont cédé à la suite des séances d'aspiration. M. Lassalas se demande par quel mécanisme se produit l'hémostase; il croit à une action sédative exercée par les salles d'aspiration sur la circulation : le pouls devient moins rapide sans perdre cependant de sa force; les inspirations sont plus amples et les hémoptysies s'arrêtent; l'action est immédiate.

M. TEISSIER demande à M. Lassalas s'il croit les aspirations efficaces dans toutes les variétés d'hémoptysies, ou si l'on pourrait en distinguer des formes dans lesquelles les aspirations seraient nuisibles. Je me rappelle, ajoute M. Teissier, que votre prédécesseur au Mont-Dore, M. Bertrand redoutait l'emploi des eaux dans les hémoptysies à ce point qu'il considérait le crachement de sang comme une contre-indication formelle du traitement par les eaux minérales.

M. LASSALAS répond que dans tous les cas d'hémoptysies qu'il a eu à soigner, — et il en possède maintenant plus de 120 observations — il s'est toujours bien trouvé du traitement par les aspirations.

M. LAUSSEDAT fait remarquer que cette question de l'efficacité des eaux minérales et de leur mode d'action est bien complexe et que l'on devrait tenir compte d'un élément toujours négligé : la question d'altitude. Or, elle est évidente et l'on sait qu'au-dessus de 1,300 mètres la phthisie devient absolument exceptionnelle. Il est vrai qu'elle est souvent remplacée par l'asthme très fréquent à ces hauteurs.

M. DOURIF aurait désiré que M. Lassalas traitât de la question des complications cardiaques qui, d'après lui, sont une contre indication très-nette de l'emploi des eaux minérales : il a vu des hémoptysies graves survenir chez des malades atteints de lésions organiques du cœur et qui s'étaient soumis à un traitement par les eaux thermales.

M. BOURGADE est d'avis que les altitudes et le milieu sont, comme le disait M. Laussedat, d'une importance capitale et ne sauraient être négligés dans le problème. Il a du reste commencé avec le spiromètre des expériences qu'il espère mener à bonne fin et qui ont pour but de déterminer les changements que l'altitude imprime à la respiration. Il ne peut encore en donner les résultats, mais ses premières expériences lui ont démontré que ces différences étaient grandes.

M. TEISSIER, père (de Lyon), fait une communication sur « les *névralgies et les névroses viscérales dans les maladies cérébro-spinales.* » Après avoir rappelé les travaux de MM. Charcot, Maurice Raynaud, Mollière, de Lyon, sur les troubles viscéraux qui marquent souvent les débuts de l'ataxie locomotrice, M. Teissier s'attache à montrer que cet ordre de symptômes se rencontre également dans la première période de la paralysie générale et de la sclérose des cordons antérieurs. Il cite à l'appui de cette assertion : 1° un fait d'angine de poitrine qui, chez un homme de 40 ans, a marqué, pendant plusieurs mois le début de l'encéphalite diffuse; 2° une observation de crises gastriques avec hématémèse également à la période initiale de la paralysie générale, chez un homme jeune, arthritique et un peu alcoolique; 3° une d'entéralgie violente et paroystique chez une dame devenue plus tard paraplégique; 4° deux cas de bronchite convulsive simulant tout a fait la coqueluche et durant plusieurs mois, chez des ataxiques; 5° plusieurs faits de fréquence extrême du pouls avec irrégularité sans lésion appréciable du cœur. Enfin, il insiste particulièrement sur un cas insolite de névrose du cœur revenant par accès et caractérisée par les mouvements les plus tumultueux, un pouls insaisissable et battant plus de 160 à la minute, les accès ont été plus tard remplacés par des crises épileptiformes symptomatiques probablement d'une lésion encéphalique.

M. Teissier explique l'existence de ces névroses viscérales par des rapports intimes qui existent entre les origines du grand sympathique et l'axe céphalo-rachidien et par la nature de la maladie qui, constitutionnelle au début, se traduit par des troubles fonctionnels les plus variés avant de réaliser les altérations organiques caractéristiques.

M. VERNEUIL apporte, à l'appui des faits cités par M. Teissier, deux cas tirés de sa propre pratique et concernant, l'un un médecin qui présenta pendant 4 ans des névralgies atroces de la langue, l'autre un malade qui eût, pendant deux ans de la cystalgie, avant l'apparition des premiers symptômes de la paralysie générale.

M. ONIMUS reconnaît l'exactitude des faits cités par MM. Teissier et Verneuil, mais il leur donne une autre interprétation. Pour lui, il n'y a là que des phénomènes de contractures qui sont le résultat du retentissement à la périphérie des lésions de l'appareil cérébro-spinal. Les retentissements sur la fibre musculaire striée étaient connus depuis longtemps; les nouveaux

faits que l'on vient de produire prouvent que la fibre musculaire lisse n'y reste pas étrangère ; il y a bien là des phénomènes de contracture, car les médicaments qui réussissent le mieux dans ces cas, ce sont ceux qui diminuent précisément la contracture.

M. Leudet trouve l'explication de M. Onimus fort séduisante, et produit une observation à laquelle elle peut rigoureusement s'appliquer ; il s'agit d'un malade qui présentait des phénomènes d'étranglement interne sans accumulation de matières fécales ; des coliques intermittentes de miserere qui ne cédaient qu'à des doses massives d'opium ; des engourdissements de la main droite, et tous ces accidents étaient le prélude l'une paralysie générale.

M. Manouvriez a observé, de son côté, au début de certaines affections nerveuses, certaines contractures des muscles de l'œil et le nystagmus.

M. Galezowski fait une première communication sur l'*opération de la cataracte* et décrit un procédé qui lui est personnel. A cette heure, chaque chirurgien tend à modifier la méthode de Græfe, maintenant presque abandonnée. M. Galezowski vient exposer les changements que, pour sa part, il a fait subir à cette méthode. Il ne pratique plus la ponction et la contre-ponction scléroticale et localise la plaie tout entière dans les limites de la cornée; aussi laisse-t-il de côté la plaie linéaire pour la remplacer par un lambeau inférieur à la place du lambeau supérieur. Il est vrai que l'excision de l'iris doit aussi se faire en bas et que la pupille s'en trouve plus ostensiblement déformée, mais ce n'est au demeurant qu'un inconvénient bien médiocre pour des gens qui ne demandent qu'une chose : le rétablissement de la vue, et M. Galezowski attribue à cette incision inférieure, une grande part dans les succès qu'il a obtenus. Or, à ce moment, les succès sont de 100 pour 100; car sur 67 opérations faites en ville, il ne note pas un seul échec. En effet, grâce à l'incision inférieure, tous les instruments sont retirés de l'œil après le 1er temps de l'opération; l'œil est libre dans ses mouvements, surtout lors de la sortie du cristallin et c'est à cela que M. Galezowski attribue la rareté de l'issue du corps vitré. Une autre modification non moins importante consiste dans la suppression du kystitome avec lequel la discision de la capsule est fort difficile ; aussi la fait-il avec le couteau de Græfe : à peine la ponction est-elle pratiquée qu'il dirige la pointe du couteau vers le cristallin ; le champ de la pupille est net et l'on peut opérer à son aise ; puis la contre-ponction est faite et le lambeau taillé. Dans un dernier temps, il cherche à remplacer l'excision du l'iris par une simple incision du sphincter pupillaire et il a obtenu des résultats très-satisfaisants ; mais il ne sait s'il pourra adopter cette modification d'une manière définitive. Mieux que toutes les descriptions, d'ailleurs, le tableau statistique annexé au travail de M. Galezowski, montre la valeur de ses nouveaux procédés. Sur 389 opérés, 67 malades ont été opérés en ville, et 322 à la clinique. Voici les résultats définitifs. Pour les malades de la ville 67 succès sur 67 ; pour les malades de la clinique, 288 succès sur 322 opérations.

M. Galezowski communique un second mémoire ; il a trait au *décollement de la rétine et à son mode de traitement.* De Græfe avait pensé un instant que toute rétine décollée était fatalement perdue, mais il existe maintenant des faits qui prouvent que la guérison peut être obtenue. Les décollements ont des causes diverses : les uns sont le résultat d'inflammations choroïdiennes ; d'autres sont consécutifs à la distension des vaisseaux et à une transsudation séreuse sous-rétinienne. Dans les décollements rétiniens purement inflammatoires, le traitement antiphlogistique amène des résultats favorables. M. Galezowski en cite un exemple remarquable. Il n'en est pas de même des décollements qui succèdent à la myopie progressive ; il faut alors retirer le plus promptement possible une certaine quantité de liquide, et dans ce but, l'auteur a fait construire une petite seringue avec laquelle il peut enlever le liquide séreux épanché dans l'œil, et cela, sans issue du corps vitré.

M. Reclus décrit, d'après deux observations recueillies dans le service de M. Verneuil, une variété spéciale d'épithélioma du maxillaire supérieur. (Cette note sera insérée *in extenso* dans l'un des prochains numéros du *Progrès.*)

M. Pernot lit un mémoire sur l'*Emploi et l'action du phénate de soude brut dans les affections nerveuses des voies respiratoires*. L'auteur en a retiré de bons effets dans la coqueluche et la grippe.

P. Reclus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 août 1876. — Présidence de M. Chatin.

MM. A. Guérin et Hardy ne pensent pas qu'il soit aussi facile que le prétend M. Ollier d'opérer les gros nez, tant à cause de l'opération elle-même, qu'en raison des accidents auxquels on expose les malades. Ils reconnaissent, en outre, le follicule sébacé comme lieu d'origine de l'affection et s'élèvent contre le terme éléphantiasis employé par M. Ollier.

MM Gosselin et Larrey ne partagent pas complétement l'opinion de MM. A. Guérin et Hardy : sans nier que le follicule sébacé puisse être le point de départ de l'infirmité, ils sont d'avis qu'on a réellement affaire à un éléphantiasis, au moment où on agit chirurgicalement.

M. Richet croit que la lésion que produit les nez hypertrophiques peut être une cause de généralisation de la matière sébacée dans les ganglions, opinion vivement combattue par M. Blot.

M. Larrey fait l'analyse d'un mémoire de M. Bœck, de Christiana, ayant pour titre : *Recherches sur la syphilis*. — La séance est levée à 4 heures 20 minutes.

Albert Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances de mars 1876. — Présidence de M. Charcot.

31. Rupture d'une artère coronaire ; par M. Robin, interne des hôpitaux.

M. Robin présente les pièces d'un sujet chez qui des troubles cardiaques forts graves avaient fait porter le diagnostic d'insuffisance mitrale et tricuspide avec rupture du cœur ; on reconnut à l'autopsie une rupture d'une des artères coronaires.

32. Urine pathologique; par le même.

Cette urine provient d'un enfant de 3 ans, atteint de pneumonie ; elle contient 45 gr. d'urée par litre au lieu de 4 à 10 gr. qui est le chiffre normal à cet âge ; elle donne lieu, lorsqu'on la traite par l'acide nitrique, à un abondant précipité cristallin qui est constitué par du nitrate d'urée.

M. Rendu dit avoir observé deux fois le même fait, en 1870, à Saint-Antoine, chez deux malades atteints, l'un de pneumonie, l'autre de fièvre catarrhale ; l'examen des urines fut fait par M. Patrouillard, pharmacien en chef de l'hôpital.

M. Charcot. C'est, je crois, un fait vulgaire chez les chiens fébricitants, dans les laboratoires par exemple, de voir ainsi l'acide azotique provoquer dans l'urine la formation de dépôts de nitrate d'urée.

33. Dothiénentérie anomale ; colotyphus; par le même.

L'affection à laquelle a succombé le malade de qui proviennent les pièces, ne différait d'une fièvre tiphoïde régulière que par l'absence bien constatée des taches rosées lenticulaires et des épistaxis. Les lésions ulcéreuses de l'intestin n'existaient pas dans l'iléum, mais dans le côlon ; c'était donc un exemple de colo-typhus.

M. Charcot. Ces faits ont été étudiés par M. Leudet, dans un mémoire publié en 1854 dans la *Gazette hebdomadaire.*

34. Anévrysme de l'aorte abdominale ; par M. Regnard, interne des hôpitaux.

M. Regnard présente un anévrysme de l'aorte abdominale rompu dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

M. Charcot fait observer que, chez ce sujet, la rupture du gros anévrysme en question a coïncidé avec celle d'un anévrysme miliaire qui donna lieu à une hémorrhagie cérébrale. Le diagnostic de la lésion abdominale avait pu être porté avec exactitude, parce que la tumeur était facilement accessible à la palpation et était le siége de battements expansifs très-nets.

38. Enchondrôme de la parotide; par M. le Dr Reverdin, de Genève.

B. Al..., 23 ans, commis. Ce jeune homme présente une tumeur de la région parotidienne dont le début remonte à 18 mois environ.

Rien dans les antécédents ne se rapporte à la maladie actuelle; il n'a reçu aucun coup sur la région, et ne se souvient pas d'avoir eu les oreillons; sujet aux maux de dents, il s'en est fait arracher 3 ou 4; cependant la mâchoire supérieure et l'inférieure sont au complet du côté droit (côté affecté) sauf les dents de sagesse non encore poussées. Il est depuis assez longtemps dur d'oreilles, de l'une comme de l'autre. Pas de maladies vénériennes, sauf une blennorrhagie contractée il y a deux ans et non suivie d'orchite. A sa connaissance, personne dans sa famille n'a eu de tumeurs, ni dans cette région, ni dans d'autres.

Début de la maladie il y a 18 mois environ, sans cause apparente, par la formation d'une grosseur très-dure, du volume d'une grosse noisette, située immédiatement en arrière et au-dessus de l'angle de la mâchoire à droite, au-dessous de l'oreille.

Cette tumeur a augmenté de volume sans occasionner ni gêne, ni douleurs, et sans amener ni amaigrissement, ni altération quelconque de la santé; l'appétit s'est bien conservé La tumeur à peu près stationnaire pendant 10 mois environ, a pris depuis lors une marche plus rapide. Depuis quelque temps le malade sent qu'il s'y produit une sorte de gros craquement quand il tourne la tête; le craquement ne se produit pas dans les mouvements de mastication.

En examinant le malade, je constate l'existence d'une tumeur de la région parotidienne droite; elle fait saillie surtout au-dessous et en arrière du lobule de l'oreille et s'étend également un peu en avant sur la branche montante du maxillaire inférieur; cette tumeur forme des lobules gros comme de fortes billes à la surface; l'un d'eux soulève un peu le lobule de l'oreille; un autre est situé en arrière, il est plus volumineux; un troisième plus étalé, plus large, moins arrondi, recouvre la branche montante. Ces lobules forment la partie extérieure et saillante d'une tumeur qui paraît assez volumineuse et qui s'enfonce derrière le bord postérieur de la mâchoire inférieure. Cette tumeur paraît cependant mobile sur les parties profondes; la peau parfaitement intacte est mobile sur la tumeur.

La consistance des différentes parties de la masse est d'une dureté égale; cette consistance à la fois très-dure et élastique est celle du cartilage. De plus et ceci me paraît un signe important, on produit artificiellement ce craquement dont parle le malade; pour cela il suffit de faire basculer la tumeur en dehors par une pression sur son lobe postérieur, puis de rabattre la tumeur sur le maxillaire en reportant la pression sur le lobe sous-auriculaire; le craquement qui se produit alors rappelle en petit celui d'une luxation qu'on réduit. Ce phénomène ne pourrait, je pense, se produire que dans le cas de tumeur osseuse ou crétacée, ou dans celui de tumeur cartilagineuse; il me paraît donc important à noter; car il serait pathognomonique dans les cas où on le rencontrerait, si ma supposition se vérifie. Ce craquement se produit-il par le jeu de deux des lobules l'un sur l'autre ou par le choc de la tumeur sur la branche montante? L'examen de la pièce a montré que la seconde hypothèse était la bonne.

Disons pour compléter qu'on ne rencontre dans le voisinage aucun ganglion engorgé, qu'il n'y a aucune douleur ni spontanée, ni à la pression.

Le diagnostic porté fut: Enchondrôme de la parotide, variété sous-auriculaire; cette variété n'est pas la plus commune d'après les auteurs; dans ce cas, la tumeur empiétait bien aussi en avant, mais sa masse principale soulevait le lobule de l'oreille; un gros lobule se trouvait un peu en arrière de l'oreille. Vu la consistance égale, la dureté de la tumeur, je pensais avoir à faire à un enchondrôme pur et non à l'une de ces tumeurs mixtes si communes dans la parotide et dans le testicule.

Je pratique l'extirpation de la tumeur le 24 novembre 1875; je passe sur les détails, mais je note la difficulté assez grande de l'énucléation; le tissu cellulaire qui enveloppe la tumeur est très-solide, très-résistant; quelques fibres du sterno-mastoïdien sont enlevées avec la tumeur. Je n'ai aperçu ni nerfs, ni vaisseaux importants. Immédiatement après l'opération, la moité droite de la lèvre supérieure est paralysée; le soir la mobilité est revenue; il n'y avait probablement que contusion d'un filet du facial; le lobule de l'oreille et la partie inférieure de l'hélix ne sont plus sensibles, et la perte de sensibilité persistait encore le 22 janvier 1876. Ces parties ont été longtemps le siége de gonflement et d'une éruption pustuleuse peut-être due aux pansements (glycérine phéniquée). La réunion par première intention échoua. Néanmoins, le 21 décembre 1875, la cicatrisation était complète.

Examen de la tumeur.

La tumeur a le volume d'un œuf de poule; elle est lobulée à sa surface; les bosselures ont le volume de billes de collégiens: une petite partie du muscle sternomastoïdien a été réséquée avec la tumeur à laquelle il adhérait assez fortement.

La tumeur est du reste parfaitement entière; elle est dure et élastique. Sur la coupe elle est formée d'un tissu blanc, homogène, criant sous le scalpel, présentant toutes les apparences du cartilage; ce tissu est cependant moins dur et plus humide que celui des cartilages articulaires, sa cassure qui est possible est grenue, anfractueuse; on distingue des parties plus blanches, d'autres plus jaunâtres sous forme d'ilots.

A l'intérieur de la masse aucune ligne de séparation correspondant aux lobules extérieurs, on ne voit pas de vaisseaux sanguins apparents sur la coupe.

A l'état frais, l'examen microscopique fait reconnaître une substance fondamentale hyaline assez souvent striée, les stries parallèles forment des sortes de faisceaux courbes; dans cette substance hyaline sont contenues des corpuscules de forme irrégulière, que l'iode teint en jaune brun: quelques-uns sont arroudis ou ovalaires; la plupart sont ramifiés à deux ou trois prolongements; quelques-uns paraissent s'anastomoser. L'examen microscopique confirme le diagnostic: enchondrôme, ajoutons, à cellules ramifiées, ce qui classe cette tumeur dans une des variétés les moins communes.

39. Pneumonie caséeuse double. Anomalie du poumon droit; par M. Golay, interne des hôpitaux.

L. D., 20 ans, journalière, est entrée à l'hôpital Beaujon, service de M. Matice, suppléé par M. Lépine, le 22 février 1876.

Cette jeune fille jouissait habituellement d'une bonne santé. On ne trouve pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille et elle ne présente elle-même aucun des signes rationnels ou physiques de la tuberculose pulmonaire.

Depuis quelque temps, elle était employée à des travaux au-dessus de ses forces; elle était surmenée et se sentait continuellement fatiguée.

Il y a trois semaines que cette jeune fille a contracté une légère bronchite, puis depuis 8 jours il s'y est ajouté une angine et de l'enrouement. Malgré cela, elle continue son travail. Il y a quatre jours, c'est-à-dire le 18 février, elle a ressenti un frisson assez intense, bientôt suivi de malaise général, de céphalalgie, d'étourdissements, de courbature générale, de faiblesse extrême dans les membres. La respiration est devenue-très gênée, la toux a augmenté et l'appétit a disparu. Ces phénomènes se sont en outre accompagnés de diarrhée, d'une épistaxis, de vomissements alimentaires et d'agitation la nuit.

Le lendemain, 19 février, nouvelle épistaxis; les vomissements sont devenus bilieux et se sont répétés tous ces jours derniers.

Le 20 février elle a ressenti une douleur sous le sein droit.

22 *février*. La malade à son entrée à l'hôpital, se plaint d'anorexie, de diarrhée, de céphalalgie, d'étourdissements et d'une douleur du côté droit de la poitrine au-dessous du sein. La malade est abattue. Le visage est pâle. La langue est recouverte d'un enduit jaunâtre épais.

L'abdomen un peu météorisé est légèrement douloureux à la pression dans toute son étendue: on sent un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite.

La toux est fréquente; la malade rend des crachats aérés, non visqueux, non adhérents au fond du vase et mélangés depuis la veille seulement de sang rouge et liquide.

En examinant la poitrine, nous constatons :

En arrière, de la submatité à la partie moyenne du poumon droit avec conservation normale des vibrations thoraciques; des râles crépitants fins et du souffle à la partie moyenne du même poumon; pas de bronchophonie manifeste.

Nous ne constatons rien d'anormal dans le poumon gauche, En avant; quelques râles sonores de bronchite sous les clavicules. Urines chargées, non albumineuses. Temp. vaginale 40°. 8; P. 120; Resp. 35.

23. Même état.—Potion avec 100 gr. de rhum; infusion d'ipéca.

Matin T. V. 41°. — P. 114. *Soir*. T. 41° 5; P. 120; Resp. 36.

24. La malade a été très agitée la nuit dernière.

Ce matin, son visage paraît normal, un peu coloré et l'on observe quelques soubresauts des tendons dans les membres supérieurs. On ne constate pas de modification bien sensible des signes fournis par l'auscultation. Potion avec 100 gr. de rhum et sulfate de quinine, 1 gr. 50. On supprime l'ipéca.

Matin, T. v. 41°6; P. 125; R. 32. — *Soir* T. 41°; P. 116; R. 34.

25. Gêne considérable de la respiration. Les crachats sont peu abondants, toujours spumeux et non adhérents; on n'y rencontre plus de sang.

La langue est blanche et un peu sèche. La malade est si faible qu'on ne peut la faire asseoir pour l'ausculter. On porte à 2 gr. la dose de sulfate de quinine. *Matin*, T. 41°, 8. *Soir*, 41°, 5.

On trouve ce matin la malade les yeux fermés et plongée dans un état de prostration considérable. Elle a déliré toute la nuit, son visage est blanc et bleuâtre par places; sa respiration est très-accélérée; des râles trachéaux sont entendus à distance.

Au niveau de la région sacrée s'est produite depuis hier une plaque bleuâtre large comme une pièce de 1 franc.

26. T. 42°; P. 140 très-mou; Resp. 32.

Grand vésicatoire à droite, potion au rhum, sulfate de quinine 2 gr.

La malade meurt dans l'après midi.

28. Autopsie. — *Cœur* : Gros caillots fibrineux dans le cœur droit s'enlevant facilement par de légères tractions; d'autres caillots plus petits occupent le cœur gauche. Rate un peu volumineuse. Foie, cerveau, intestin normaux. *Poumon droit*. Il n'a que deux lobes. Nous signalons en passant cette anomalie qui est très-rare, puisqu'elle n'est signalée dans aucun ouvrage d'anatomie. La scissure interlobaire unique y présente la même disposition que dans le poumon gauche. Ce poumon présente un foyer de pneumonie qui, par ses caractères extérieurs, paraît avoir pris naissance à sa partie moyenne et centrale, immédiatement au-dessus de la scissure interlobaire. De ce foyer central, le tissu hépatisé s'étend sous forme de deux prolongements cylindriques de 5 cent. de diam. environ, directement vers la surface du poumon. L'un d'eux se dirige en avant, l'autre en haut vers la partie externe du sommet. Le tissu pulmonaire au niveau du foyer est blanchâtre et même jaunâtre par places. Il paraît évident à M. Lépine que les exsudats ont passé à l'état caséeux, ce que du reste l'examen histologique a confirmé comme nous le verrons un peu plus loin. La limite du tissu enflammé, nettement découpée et rectiligne, contraste fortement avec la rougeur foncée des parties voisines. Cependant le prolongement supérieur est limité en dehors par une ligne un peu sinueuse. Les granulations sont peu marquées; le tissu est dur, consistant et va au fond de l'eau.

Dans le lobe inférieur du même poumon, on trouve çà et là quelques foyers isolés de pneumonie sous forme de petits noyaux arrondis et présentant le même aspect caséeux.

Poumon gauche. On y trouve un foyer de pneumonie plus petit que celui du poumon droit et présentant les mêmes caractères de caséification mais à un degré moins avancé. Ce foyer occupe la partie la plus postérieure et la plus inférieure de l'organe. Cette pneumonie gauche manifestement plus récente que celle du poumon droit, n'a sans doute passé inaperçue pendant la vie que grâce à l'état de prostration dans laquelle la malade était plongée les derniers jours de sa vie et l'impossibilité où nous étions de l'ausculter. On ne trouve pas trace de granulations tuberculeuses dans les sommets.

Examen histologique. — Notre collègue Raymond a eu l'obligeance d'examiner attentivement au microscope différentes parties du tissu pulmonaire malade. Voilà le résultat de cet examen fait sur des coupes. Après durcissement convenable, les préparations étant colorées par le picro-carminate, on note :

1° La présence de granulations graisseuses très abondantes qui remplissent en les distendant les alvéoles pulmonaires.

2° Outre ces granulations graisseuses, il existe çà et là des débris d'épithélium et de petits éléments nucléaires.

3° On peut avec le pinceau chasser des alvéoles toutes les granulations; on voit alors que les parois alvéolaires ne sont pas modifiées dans leur structure.

4° Nulle part on ne rencontre d'amas de granulations nucléaires comme dans les dépôts tuberculeux.

M. Charcot. Les masses supposées caséeuses ont une coloration jaune qu'il n'est pas très habituel d'observer et qui les fait ressembler aux figures dans lesquelles Lebert a fait représenter ce qu'il a décrit sous le nom d'hépatisation jaune; en outre elles sont, quoique multiples, plutôt lobaires que lobulaires ce qui constitue une anomalie.

40. Brûlure étendue. Stéatose du foie. Thrombose des veines du membre inférieur (*Rapport sur la candidature de M. Coustou au titre de membre correspondant*); par M. Planteau.

Dans le courant du mois d'octobre dernier, M. Coustou vous présentait des pièces provenant d'un malade mort dans le service de M. Verneuil à la suite d'une vaste brûlure du tronc, Ce malade, jeune et robuste, résista d'abord sans trop de peine à la suppuration, puis il s'épuisa peu à peu et finit par succomber au 43e jour de son accident, après avoir présenté depuis trois jours un œdème considérable du membre inférieur gauche; à l'autopsie, on trouva les poumons extrêmement congestionnés, un foie énorme (il pesait 2 kilog. 450 gr.), présentant à la periphérie du lobule un commencement de dégénérescence graisseuse; les veines profondes de la jambe, la fémorale et l'iliaque externe étaient oblitérées par un caillot fibrineux qui les remplissait complétement.

Deux choses dans cette présentation devaient éveiller l'attention : l'altération du foie, la coagulation sanguine; on devait, en effet, se demander devant ce foie énorme, si on n'avait pas affaire à une de ces lésions rapides, aiguës, qui surviennent si souvent et qu'on a décrites dans l'érysipèle, dans les suppurations prolongées, alors surtout que ces suppurations sont dues à une affection osseuse; quelques observations recueillies dans les auteurs, semblent démontrer qu'il en est de même dans la brûlure; au début, c'est une congestion intense du foie, puis, si le malade arrive à la période de suppuration, la dégénérescence graisseuse se montre. Dupuytren, bien que ne s'y arrêtant pas, en cite trois cas dans ses cliniques; Wilks (1), de son côté, en donne deux nouveaux cas; cetie lésion fut enfin rencontrée chez trois des brûlés qui succombèrent à la suite de l'incendie du bagne flottant le *Sante-Piètré* (2). Chez le malade qui faisait le sujet de cette communication, la brûlure semble avoir été la seule cause à laquelle on puisse rapporter cet état graisseux du foie; les antécédents font repousser l'alcoolisme, la scrofule; les organes du malade ne présentaient pas trace de tuberculose.

La coagulation sanguine à distance dans la brûlure, a déjà été signalée par quelques auteurs; Wilks, dans le travail déjà cité, dit avoir fréquemment trouvé des concrétions sanguines dans divers organes et principalement dans les veines; chez un autre brûlé, couché dans la même salle que celui qui fait le sujet de cette observation, et à quelques lits seulement de distance, le même phénomène se produisit; dans ce second cas, la thrombose veineuse s'accompagna d'une réaction fébrile intense, tandis que dans le premier cas, elle était survenue insidieusement, sans se traduire par aucun

(1) Wilks. *Guy's Hospital Reports*, et Archives de médecine, mai 1861.
(2) Dr Ollivier. Archives de médecine navale, III, 334.

phénomène d'excitation ; il est vrai que le malade était tellement épuisé et tellement abattu, que l'absence de réaction peut facilement être mise sur le compte de l'état général.

Dans le courant de l'année dernière, M. Duret (1) avait eu l'occasion d'observer un malade qui, à la suite d'une brûlure assez étendue du thorax et du bras, avait eu des phénomènes d'hémiplegie et d'hémianesthésie passagères, qu'il ne put rattacher qu'à une embolie de l'artère sylvienne à son origine. Pour expliquer ces phénomènes si bizarres, M. Duret se basait sur les travaux de Wilks, et sur un mémoire de M. Baraduc (2) dans lequel l'auteur recherche les causes de la mort dans les brûlures étendues. Comme Wilks, M. Baraduc est amené par deux observations rigoureusement analysées, à admettre une altération du sang, le rendant plus apte à se coaguler, et il en cherche l'explication : au moment de la brûlure, une grande quantité de sérum serait enlevée au sang qui deviendrait ainsi plus épais, et aurait par conséquent plus de tendance à se coaguler. Or, le malade de M. Duret était alcoolique et la fréquence des altérations des parois artérielles dans l'alcoolisme jointe à l'altération du sang, explique parfaitement la formation de cette thrombose. Chez les deux malades de M. Coustou, c'est dans les veines que se sont faites les thromboses, mais on sait combien il est rare de trouver absolument saines les veines profondes de cette région ; le contact d'un sang épaissi avec la paroi interne des veines variqueuses, aura suffi pour déterminer un accident auquel le malade aurait probablement échappé, sans la brûlure qui était venue enlever au sang une notable quantité de son sérum, et le rendre ainsi plus facilement coagulable.

42. Kyste multiloculaire de l'ovaire, sans adhérences ; suppuration après injections d'eau; par L. Saint-Ange, interne des hôpitaux.

V. A., 23 ans, entre à la Maison de Santé (service de M. Marc Sée) le 1er février 1876. Cette malade présente une tumeur abdominale considérable, fluctuante dans la plus grande partie de son étendue. Le début de son affection remonte au mois d'août 1874. A cette époque, à la suite d'une grossesse qui ne présenta rien d'anormal, elle s'aperçut de l'existence au côté droit de l'abdomen d'une petite tumeur. Cette tumeur acquit rapidement un volume assez considérable, sans s'accompagner d'ailleurs de symptômes subjectifs bien accusés. La menstruation était régulière : il existait à peine quelques douleurs à l'époque des règles. Les fonctions digestives n'étaient nullement troublées, et l'état général ne cessait pas d'être satisfaisant. Toutefois, le développement de plus en plus considérable du ventre finit par inquiéter la malade. Une ponction fut pratiquée à l'hôtel Dieu de Lyon, au mois d'octobre 1875, par M. Chavannes, qui retira dix-huit litres d'un liquide de couleur chocolat, de consistance visqueuse. Cette opération fut sans résultat durable. Le liquide se reproduisit rapidement et la tumeur reprit son volume primitif. La malade vint à Paris au mois de janvier 1876 et se livra aux soins d'un médecin qui pratiqua une seconde ponction : laquelle donna encore issue à un liquide visqueux. Afin de faciliter la sortie de ce liquide, une injection d'eau très-probablement, fut faite dans la tumeur. A partir de ce moment, on vit se développer des accidents très-graves : douleurs abdominales extrêmement vives rendant l'exploration presqu'impossible, vomissements répétés de matières bilieuses, abattement général, dyspnée très-pénible ; altération des traits, amaigrissement, pouls petit et très-fréquent, température élevée, surtout le soir (38°,5). Tous ces symptômes indiquaient que la tumeur s'était enflammée et que du pus se formait. Elle avait, d'ailleurs, très-rapidement repris son volume, et les effets de la ponction avaient été à ce point de vue des plus passagers.

Alarmée de son état, la malade entra à la Maison de Santé. Outre les symptômes généraux que nous venons d'énumérer, nous constatons à l'exploration directe, que la tumeur abdominale était fluctuante dans la plus grande partie de son étendue et que la sensation du flot se transmettait facilement dans les points les plus éloignés ; toutefois, à la partie supérieure à droite, immédiatement au-dessous du foie, il existait une tumeur de consistance solide, du volume d'une rate normale, nettement séparée de l'organe hépatique. Les intestins étaient refoulés à la partie supérieure et en arrière : la percussion produisait un son tympanique que dans un espace très-restreint. Au toucher vaginal, on constatait que l'utérus était porté en avant et en haut. Mentionnons en outre la forme acuminée du ventre, tout-à-fait caractéristique, et le développement des veines abdominales. Le diagnostic ne pouvait être douteux : on avait affaire à un kyste multiloculaire présentant une partie très-volumineuse en voie de suppuration, et au moins une seconde partie à parois très-consistantes. Toute intervention était contre indiquée en présence de l'état général si grave de la malade : on ne pouvait qu'attendre la rémission des accidents qui étaient venus compliquer l'affection. Toutefois, la dyspnée croissante força M. Sée à pratiquer, le 21 février, une ponction à l'aide d'un appareil spécial imaginé par M. Terrier, et qui est un appareil aspirateur de Potain sous de plus grandes dimensions. Cette ponction donna issue à quinze litres de liquide non visqueux, évidemment purulent. La dyspnée ne s'amenda qu'en partie. La température baissa considérablement et arriva à la normale (37°) ; mais l'abattement devint chaque jour plus grand, les vomissements ne perdirent rien de leur fréquence, du hoquet survint ; le pouls devint de plus en plus faible, et la malade, arrivée aux dernières limites de l'émaciation, mourut le 28 février, un mois après la ponction.

A l'autopsie nous avons constaté l'existence d'un kyste multiloculaire absolument libre d'adhérences sur toute son étendue, sauf en un point très-limité où on est obligé de sectionner l'épiploon. Pédicule assez mince aux dépens du ligament large du côté droit, poche principale très-volumineuse, à parois épaisses de cinq millimètres, traversée par des travées aplaties, vestiges de cloisons détruites. La paroi antérieure est épaissie par places, où elle contient de petits kystes du volume d'une amande renfermant un liquide visqueux. La paroi postérieure contient des poches beaucoup plus volumineuses et dont deux atteignent le volume d'une tête de fœtus : une de ces poches occupe le petit bassin. La tumeur solide du côté droit n'est effectivement qu'une poche à parois extrêmement épaisses et à contenu gélatiniforme. L'utérus et l'ovaire gauche sont sains.

Cette observation nous a paru intéressante : 1° au point de vue anatomo-pathologique : nous avions en effet un kyste multiloculaire exempt d'adhérences et dont l'extraction eut été relativement facile ; 2° Au point de vue thérapeutique : c'est à la suite d'injections d'eau dans le kyste que sont survenues l'inflammation et la suppuration de ce dernier, avec des phénomènes réactionnels tellement graves qu'ils ont pu rendre toute intervention impossible et entraîner la mort.

43. Gravelle phosphatique ; fongus de la vessie ; par Langlebert, interne des hôpitaux.

R.... d'origine italienne, âgé de 65 ans, voyageant pour son commerce, est entré à la Maison de santé au commencement du mois de décembre 1875 pour se faire soigner d'une gravelle dont il souffrait depuis plus d'une année.

Le malade se plaint d'envies très fréquentes d'uriner et de douleurs assez vives accompagnant la miction ; les urines pâles répandent une odeur ammoniacale et laissent déposer une couche épaisse de muco-pus ; enfin de petits graviers formés de phosphate de chaux du volume d'un grain de chènevis environ et d'une coloration grisâtre sont expulsés de temps en temps, mais quelques-uns de ces calculs plus volumineux que les autres, ayant à peu près la grosseur d'un pois, restent engagés pendant quelques jours dans le canal de l'urèthre et y provoquent de vives douleurs ; on peut sentir un de ces calculs au niveau du sommet de la courbure antérieure de l'urèthre en promenant le doigt le long de ce canal.

Le cathétérisme est très-douloureux surtout au niveau des

(1) H. Duret. *Gazette médicale de Paris*. 21 janvier 1876, et Société de biologie.

(2) H. Baraduc. —Des causes de la mort à la suite des brûlures superficielles et des moyens de l'éviter. — Paris, 1862.

peints où des calculs séjournent dans l'urèthre ; vers le col de la vessie on perçoit une sensation de frottement contre un corps dur qui est évidemment un calcul. Des injections d'eau sont poussées dans la vessie qui se contracte très rapidement et ne peut admettre qu'une faible quantité de liquide; enfin, bien que, assez souvent, le cathétérisme amène un léger écoulement de sang, il n'y a jamais eu d'hématurie.

L'état du malade ne tarda pas à s'aggraver : aux envies fréquentes d'uriner succéda une véritable incontinence et à la fin de janvier une vive douleur commença à se faire sentir dans la région lombaire et en particulier du côté gauche, d'où elle s'irradia dans tout le membre inférieur correspondant. L'amaigrissement se fit très rapidement et bientôt il y eut de la diarrhée, une perte complète des forces et de l'appétit.

Le 1er mars cet homme tomba dans un état de torpeur, de sommeil presque continuel, d'où il ne sortait que pendant quelques moments recouvrant alors toute son intelligence; les douleurs étaient toujours fort vives et le moindre mouvement imprimé à la jambe gauche lui arrachait des cris; enfin la mort arriva le 7 mars.

Autopsie *le 8 mars.* La vessie est occupée par des fongosités, les unes petites forment des mamelons sur les parois, les autres très volumineuses, arborescentes, la remplissent presque complétement, elles sont molles, très friables, d'une coloration grisâtre et le moindre effort suffit pour rompre leur pédicule qui est généralement assez étroit ; un courant d'eau qu'on fait passer dans la cavité vésicale qui est baignée de pus détache plusieurs de ces fongosités. Parmi ces tumeurs fongueuses on en remarque deux ayant chacune au moins le volume d'une noix ; elles sont implantées par un pédicule étroit sur la paroi postérieure, leur consistance est un peu plus ferme que celle des autres fongosités.

Les parois vésicales sont hypertrophiées; sur une coupe on peut constater que la muqueuse a environ une épaisseur double de celle qu'on observe à l'état normal ; elle est très friable et se laisse facilement arracher.

La tunique musculaire est aussi un peu hypertrophiée et forme au-dessous de la muqueuse des brides légèrement saillantes.

Au col de la vessie, on constate la présence d'un calcul de phosphate de chaux, ayant la forme et le volume d'une noisette coupée en deux; il est logé dans une dépression circulaire formée par une ulcération de la muqueuse ; cette loge communique avec un enfoncement dans lequel on peut facilement introduire le doigt et qui est creusé dans le lobe droit de la prostate qui, du reste, n'est pas hypertrophiée, si ce n'est légèrement du côté malade.

La muqueuse uréthrale est extrêmement friable et se laisse déchirer aux moindres tiraillements.

Le rein droit est sain.

Le rein gauche est au moins doublé de volume, en l'ouvrant il s'échappe un flot de pus du bassinet qui est dilaté ainsi que l'uretère correspondant.

On ne trouve aucun calcul dans les reins.

44. Cysto-sarcôme du périnée chez un nouveau-né; par MM. Déjerine et Hugonneau, internes des hôpitaux.

Cette tumeur du volume d'une tête d'adulte était implantée sur le périnée et la face interne des cuisses, elle présentait un aspect mamelonné. Plus dure par places, elle donnait au doigt la sensation d'une fausse fluctuation. Sa surface externe était formée par la peau avec sa coloration normale, parcourue cependant par des veines nombreuses et dilatées. En ouvrant la tumeur on vit qu'elle consistait, en partie, en une vaste poche, remplie d'un liquide séro-sanguinolent, riche en albumine. Les parois de cette poche formées par un tissu lardacé, présentaient, disséminées dans leur épaisseur, des vacuoles contenant un liquide d'apparence puriforme, qui au microscope donnait les caractères du tissu embryonnaire.

Ces parois étaient en même temps recouvertes de bourgeons assez volumineux, faisant saillie dans la cavité de la tumeur. Ils étaient formés par des cellules embryonnaires, exactement semblables à celles qui constituent le sarcôme à petite cellules.

La tumeur ne présentait aucune trace de communication avec le canal rachidien. A l'ouverture de ce canal on constate une hémorrhagie, dans toute son étendue siégeant entre la dure-mère et les parois osseuses.

Cet enfant est venu au monde mort, mais à terme. Il s'est présenté par le siége, la tumeur est sortie la première et l'accouchement s'est fait rapidement.

La mère jouit d'une santé parfaite ; c'est sa seconde couche, son premier enfant vit et est très-bien conformé.

M. Houel.— Dans une pièce analogue étudiée par M. Rayer la tumeur était un spina bifida et l'on trouva dans ses parois des éléments de la moelle.

M. Després. Certaines tumeurs analogues sont des monstruosités par accolement, des fœtus parasitaires atrophiés ; un exemple de ce genre a été présenté à la Société de chirurgie.

M. Longuet. Arndt a observé une tumeur tout-à-fait comparable à celle-ci à la région sous-maxillaire.

M. Rendu. M. Duplay a publié dans les *Archives* une revue sur les tumeurs fœtales ano-coccygiennes.

45. Tuberculose généralisée. — Tubercules des voies urinaires; par M. Poisson, interne des hôpitaux.

Cette femme entre dans le service avec les symptômes d'une cystite intense dont il est assez difficile de préciser la nature. Toutefois depuis un an, elle a ressenti, à différentes reprises, des douleurs très-vives dans la région lombaire droite et a rendu quelques graviers ; c'est à partir de cette époque que la miction est devenue plus fréquente, douloureuse et que l'urine s'est altérée.

La vessie est explorée, mais on n'y trouve aucun gravier ni rien d'anormal; on pratique des injections émollientes.

Peu de jours après son entrée à l'hopital, la malade est prise d'érysipèle à la face, érysipèle intense qui gagne le cuir chevelu et ne s'arrête qu'au bout de 10 ou 12 jours.

A la suite de cet érysipèle, la malade ne se rétablit pas franchement ; elle est prise d'oppression, de toux, expectore des crachats abondants. L'auscultation révèle dans la hauteur des deux poumons des râles sous-crépitants fins et abondants. En même temps le ventre se météorise considérablement et devient douloureux; il survient un peu de diarrhée, des sueurs nocturnes, un amaigrissement rapide, chaque soir, la malade est prise de fièvre qui ne cesse qu'au matin. L'ensemble de ces symptômes fait penser à une tuberculisation aiguë généralisée.

Les choses étaient dans cet état depuis environ trois semaines, quand le mercredi 9 mars, la malade meurt subitement. — La religieuse du service l'avait visitée dans le cabinet qu'elle occupait dix minutes auparavant; quand elle revint, la malade était morte.

Autopsie. Les poumons sont farcis de tubercules : les uns miliaires, les autres à l'état caséeux ; nulle part il n'existe de cavernes. Les poumons sont refoulés par le météorisme abdominal et la cavité thoracique se trouve singulièrement diminuée. — Dans le péricarde nous trouvons un verre environ de sérosité sans trace d'inflammation; enfin le cœur est graisseux. On s'explique dans ces conditions la mort subite par syncope.

Le péritoine est littéralement couvert de granulations miliaires, abondantes surtout au niveau du mésocôlon et des culs de sac recto et vésico-utérin. Mais les lésions les plus intéressantes sont celles des voies urinaires.

Le rein droit se présente avec un volume considérable ; ses dimensions dépassent certainement d'un tiers les dimensions normales. La capsule est considérablement épaissie et, quand on l'enlève, on trouve la surface de l'organe bosselée, irrégulière.

La coupe nous offre de vastes foyers tapissés par la matière caséeuse et contenant un liquide épais et grumeleux. Le tissu rénal a presque complétement disparu et là où il existe encore, il est pâle, anémié ; çà et là apparaissent quelques granulations miliaires, dures et transparentes.

L'uretère du même côté, gros comme le petit doigt, est remarquable par l'épaisseur de ses parois ; à la face interne

existent quelques rares granulations dont la nature tuberculeuse est beaucoup moins évidente que dans le rein.

La vessie, nous offre de nombreuses ulcérations, la plupart superficielles.

Dans les points où la muqueuse n'est pas dénudée, elle est d'un rouge vif et dans plusieurs points nous retrouvons les granulations miliaires dont les caractères sont très-nets.

Les autres organes ne nous offrent rien de particulier à noter.

46. Cirrhose atrophique du foie, avec ictère chronique; par M. Delaunay, interne des hôpitaux. (Examen histologique par M. Gombaut.)

L. E., 47 ans, gantier, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Rigal, le 22 janvier, avec les symptômes d'une cirrhose assez avancée. Il était malade depuis 8 mois environ et jusqu'à cette époque il n'avait jamais eu aucune autre maladie grave.

On ne retrouve pas de trace de syphilis dans ses antécédents et l'alcoolisme est très-douteux : le malade ayant mené une vie assez régulière et ne présentant aucun des signes qu'on trouve en pareil cas.

Ce qui frappa d'abord notre attention ce fut l'intensité de la coloration ictérique.

Au dire du malade, et ses renseignements sont précis, c'est par l'ictère qu'a débuté l'affection. Pendant quatre mois la jaunisse est allée se prononçant de plus en plus sans qu'il ressentit aucun malaise, aucun autre symptôme susceptible de l'inquiéter. A ce moment survinrent des douleurs dans l'hypochondre droit, de l'amaigrissement et la perte lente des forces ; Il ne fut pas pour cela obligé de suspendre son travail qu'il a continué jusqu'à son entrée à l'hôpital. Il n'y a eu pendant tout ce temps ni vomissements, ni diarrhée, ni perte d'appétit.

A son entrée, on trouve un épanchement péritonéal très-appréciable sans que le malade se soit aperçu de l'augmentation de son ventre.

Le foie et les organes sont difficiles à limiter ; cependant une percussion attentive nous fait constater une diminution du foie et une augmentation assez considérable de la rate. Les veines de la paroi antérieure de l'abdomen sont manifestement plus volumineuses qu'à l'état normal. On ne trouve rien au cœur ni dans les autres organes.

Mais ce qui frappe surtout, c'est l'intensité de l'ictère, et il dure depuis 8 mois. Depuis 4 mois sont survenues les douleurs mais elles ont toujours été légères.

A partir de l'entrée du malade à l'hôpital l'affection prit une marche plus aiguë ; l'épanchement augmenta rapidement et le 18 février en raison de la gène respiratoire et de la distension de la paroi abdominale on se vit dans la nécessité de faire une ponction. On retira 7 à 8 litres de liquide, et, on put alors se convaincre que le foie était bien en effet diminué de volume. La percussion pratiquée avec soin et plusieurs jours de suite par M. Rigal, donna pour la ligne axillaire une hauteur de 8 à 10 cent. de 6 à 8 pour la ligne mamelonnaire, et de 4 à 5 pour la ligne médiane.

La rate fut trouvée volumineuse et présentant à la percussion 15 à 18 cent. dans son grand diamètre, sur 8 à 10 dans le petit.

Le malade avait été pris de diarrhée dès les premiers jours de son entrée à l'hôpital et elle continua jusqu'à la mort qui arriva le 2 mars.

Dans les derniers jours de la vie, le malade tomba dans une somnolence continuelle dont il était assez difficile de le faire sortir. Il eut quelques épistaxis, d'ailleurs peu abondantes. Il n'y eut aucune autre hémorrhagie et pas le moindre symptôme du côté du système nerveux. A aucune époque il n'y a eu de fièvre ; la température a toujours été au-dessous de la normale.

Autopsie. — Le foie a diminué de volume ; son poids était de 1,215 grammes. Son diamètre transversal mesurait 22 cent., l'antéro-postérieur 14. L'épaisseur était de 6 à 7 cent. Le foie était manifestement rétracté, surtout vers sa partie médiane ; la surface était mamelonnée, chagrinée et présentait quelques brides cicatricielles, pénétrant peu profondément dans l'intérieur de l'organe. Il adhérait intimement aux organes environnants, surtout au diaphragme. Certains points du foie paraissent au moins superficiellement beaucoup moins altérés ; notamment cette partie de la face supérieure située à l'union des deux lobes et une certaine étendue située à la partie inférieure de l'extrémité droite de l'organe. A la coupe, le tissu est ferme et crie sous le couteau dans les points rétractés ; mais, à une profondeur de deux à trois centimètres la consistance change absolument. Le tissu est ramolli et forme une véritable bouillie dans laquelle le doigt s'enfonce très-facilement. Il en est de même dans toute l'étendue des parties qui ne sont pas rétractées à la surface. Dans les parties superficielles et résistantes, la coloration est d'un blanc-jaunâtre ; jaune-verdâtre dans les parties profondes et ramollies.

Les voies biliaires : vésicule, canal cholédoque, canal hépatique et ses grosses divisions sont saines et perméables. Il en est de même de la veine porte. Aucune tumeur dans le voisinage du hile du foie.

La *rate* est ramollie et congestionnée ; très-aplatie et plus volumineuse qu'à l'état normal. Son poids est de 670 grammes. Reins congestionnés. Rien de particulier dans les autres organes.

L'examen histologique du foie a été fait par M. Gombaut, dans le laboratoire de M. Charcot.

Les plaques qu'on remarquait à la surface du foie et qui lui donnaient l'aspect granuleux, sont constituées par un épaississement de la capsule fibreuse de l'organe.

On a vu que le foie, dans son ensemble, présentait deux portions bien différentes d'aspect, l'une corticale, formant une sorte d'enveloppe à la seconde et constituée par un tissu dense, résistant, de couleur blanc-jaunâtre ; l'autre centrale, fortement coloriée par la bile, ramollie et presque diffluente en certains points. Dans l'une et l'autre portion, on constate sur les coupes l'existence d'une sclérose de l'organe, mais cette sclérose est plus prononcée dans la première que dans la seconde.

L'hyperplasie conjonctive n'affecte pas, du reste, de distribution régulière, elle est à la fois extra et intra-lobulaire. Elle se présente la plupart du temps, sous la forme de larges bandes constituées par de gros faisceaux de tissu conjonctif et limitant des îlots irréguliers de cellules hépatiques. Sur d'autres points, les lobules sont pour ainsi dire dissociés, et leurs cellules sont disséminées çà et là dans les espaces conjonctifs. Toutefois, sur certaines préparations, principalement au niveau de la zône corticale, le tissu scléreux est infiltré de nombreux éléments lymphatiques.

Les canaux biliaires sont manifestement altérés. La lumière de beaucoup de gros canaux paraît, sur les coupes transversales, complétement obstruée par des amas de cellules épithéliales, tandis que dans l'épaisseur des tractus fibreux, on constate la présence de nombreux canalicules dilatés, remplis de petits éléments cubiques et formant, dans certains points, de véritables réseaux.

Les cellules hépatiques étudiées, soit par dissociation, soit à l'aide des coupes, sont, pour la plupart, fortement colorées en jaune par la bile. Elles ne se colorent plus par le carmin et ne possèdent plus de noyau reconnaissable. Un grand nombre d'entre elles sont considérablement atrophiées et ne sont plus représentées que par un petit amas de granulations jaunes. Cette atrophie de cellules, porte principalement sur la portion centrale du foie, celle qui était jaune et ramollie.

Dans la zône corticale, au contraire, où la sclérose et la dilatation des canalicules biliaires sont plus prononcées, les cellules qui ont persisté sont moins profondément altérées et se colorent, pour la plupart, encore par le carmin.

En résumé : sclérose diffuse du foie ; — catarrhe des gros canaux biliaires ; — développement considérable, mais partiel, du réseau des canalicules ; — atrophie et destruction d'uu grand nombre de cellules hépatiques, telles sont les principales lésions qu'a permis de constater l'examen microscopique.

Séance du 7 avril 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Fièvre typhoïde ; complication cérébrale, eschares, hyperesthésie, etc.; par le docteur COUTY, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

Ech..., 26 ans, entré le 7 mars, lit n° 11, salle 24, (service de M. VILLEMIN), malade depuis 8 jours, présente les signes caractérisés d'une fièvre typhoïde. Son affection suit une marche assez régulière, comme le prouve la courbe thermométrique; on remarquera seulement, la production d'une exacerbation fébrile de plus de un degré (au 17e et 24e jour), quand le malade, à la diète auparavant, reçoit du bouillon, et plus tard 120 grammes de vin de quina, c'est-à-dire des quantités très-faibles de nourriture.

L'*état général* resta relativement bon: pas de complication cardiaque ou pulmonaire, pas de symptômes cérébraux; seulement, on constate, vers le 25e jour, l'existence d'un eschare au sacrum, encore peu étendue, et deux autres points légèrement escharifiés, au niveau des trochanters. La défervescence n'en continue pas moins: il y a 37° de température. Le 27 et le 28 avril, il commence à manger, et on le croyait guéri, quand surviennent brusquement, le 27 avril, des symptômes cérébraux qui augmentent les jours suivants. Le malade pousse des cris aigus, méningitiques, soit spontanément, soit dès qu'il est exposé à un choc, à une excitation quelconque; sa face est de temps en temps le siège de soubresauts, de mouvements quasi convulsifs : les pupilles sont inégalement dilatées, la droite beaucoup plus large; l'évacuation des matières fécales et de l'urine devient involontaire.

Enfin, la peau, sur toute la surface du corps, est considérablement hyperesthésiée: la moindre pression, un pincement léger, ou même le simple contact, suffit pour provoquer des cris, et tous les symptômes d'une vive douleur, douleur que le malade accuse, du reste, subjectivement. Le contact d'un corps froid, ou la piqûre d'une épingle, est aussi très-douloureux en tous les points du corps. Il y a donc eu hypéresthésie considérable, surtout pendant les quatre ou cinq jours qui ont précédé la mort.

Or, en même temps, on constate la production d'*eschares multiples*, en différents points du corps; les eschares du sacrum et des trochanters sont devenues plus larges, sans cependant s'ulcérer, et il s'en est produit d'autres aux genoux, en différents points sur les pieds, et même au niveau du dos.

Malgré l'existence de troubles trophiques et sensitifs aussi marqués, l'intelligence reste relativement bonne, le malade, jusqu'à la veille de sa mort, a pu répondre assez facilement à différentes questions; de plus, la langue est assez humide, le malade prend avec appétit du lait, du bouillon: le facies n'est plus vraiment typhoïde.

La fièvre a reparu avec les symptômes cérébraux; elle atteint 40°,1 le 1er avril, descend à 38 le 3: ce jour-là l'hyperesthésie est à son maximum; la pupille droite est énorme, et cependant le pouls fréquent, mais assez fort; bruits du cœur très-nets; respiration peu génée.

4 avril. Cyanose, pouls très-faible; respiration peu ample, très-fréquente. Depuis trois jours, il remuait seulement la tête, et ne pouvait plus parler qu'à voix basse. Cette faiblesse musculaire a dû s'étendre des membres aux muscles respiratoires: d'où les troubles d'asphyxie brusque qui ont entraîné la mort.

AUTOPSIE. — 48 heures après la mort. — *Eschares multiples*; en tout 19: deux sont noires, sèches, dures, larges comme une pièce de 5 fr. au niveau et au-dessous du trochanter gauche; une autre plus large au niveau du trochanter droit; une autre très-étendue, irrégulière au niveau du sacrum: c'est la seule qui présente un commencement d'ulcération. Deux commencements d'eschares à la partie interne du genou, une à chaque malléole, d'autres multiples sur les bords internes ou externes du pied, sur le bord du tibia gauche, deux très larges au talon, s'étendant sous la plante du pied: trois points noirâtres au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate et de la dernière côte gauche. En tous ces points, la peau est déjà desséchée, ou infiltrée de sang, souvent jusque dans les muscles. Large plaque érythémateuse au niveau du coude droit, lobe moyen du poumon droit, infiltré, légèrement induré, mais surnageant. Cœur normal, tissu ferme, assez rouge. A l'ouverture du cerveau, il s'échappe un liquide légèrement rougeâtre, trouble; et il y a certainement augmentation de la quantité du liquide céphalo-rachidien.

Méninges : pie-mère congestionnée; cette congestion est surtout très-considérable au niveau des parties postérieures du cerveau, tandis que les lobes antérieurs ont à peu près la coloration normale.

Moelle dorso-lombaire entièrement normale. Pas de lésion du foie, de la rate ou des reins; pas d'infarctus, ni de congestion notable. L'altération de l'*intestin grêle* a dû être assez considérable: les ulcérations sont nombreuses, mais elles sont détergées, à bords et à surface nets, et quelques-unes même en voie de cicatrisation. Il n'existe plus d'infiltrations appréciables des glandes agminées, soit au niveau, soit en dehors des ulcérations.

RÉFLEXIONS.—Cette observation nous a semblé présenter un certain intérêt. Le malade paraissait guéri de sa fièvre typhoïde et, de fait, il l'était (puisque à l'autopsie on a trouvé les lésions de l'intestin en voie de réparation), quand sont survenus brusquement des accidents cérébraux avec nouvelle exacerbation fébrile, entraînant la mort en 7 jours.

Il n'y a pas eu augmentation des phénomènes cérébraux typhoïdes : car le malade ne présentait pas ce facies, ce tuphos spécial, et son intelligence était relativement conservée. *Il y a eu une complication caractérisée surtout par des troubles sensitifs et trophiques*: *hypéresthésie* considérable, portant sur tout le corps; *eschares multiples*, survenant brusquement, en des points très-divers, et n'aboutissant nulle part à l'ulcération: c'est-à-dire présentant une marche différente des eschares uniquement typhoïdes fébriles. — A l'autopsie, infiltration congestive du cerveau ou mieux des méninges, portant surtout sur les parties postérieures.

Quoiques ces lésions anatomiques soient peu caractéristiques et même insuffisantes, nous croyons que la physiologie pathologique autorise à placer ce cas à côté de ceux rassemblés par M. Charcot et ses élèves; et qui établissent l'existence de rapports intimes entre la nutrition des parties postérieures des parties sensitives du cerveau, et la nutrition des tissus périphériques principalement de la peau. La coexistence de *troubles trophiques à marche spéciale* et de troubles sensitifs très-marqués, nous paraît suffire pour légitimer cette assimilation.

2. Insuffisance aortique. — Insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral. — Embolies multiples de la rate, des reins, de la pédieuse. — Pleurésie aiguë. — Mort; par M. PORAK, interne des hôpitaux.

Le nommé X..., entré le 20 février (service de M. MOUTARD-MARTIN), couché au n° 7 de la salle Saint-François, est un homme de 60 ans, il a l'extérieur d'un alcoolique, bégaie et tremble; il dit n'avoir jamais fait de maladies sérieuses. Cependant il a la face légèrement déviée et on remarque une légère irrégularité pupillaire. Athérôme artériel.

Il n'a jamais eu antérieurement de rhumatisme articulaire aigu, mais il se plaint depuis cinq à six ans de douleurs vagues et continuelles, mal limitées.

Il vient demander des soins pour une douleur vive qu'il ressentit tout à coup, il y a deux mois, dans le pied gauche et qui ne disparut pas. Il a de l'œdème des pieds tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, œdème mobile. On trouve un refroidissement très-marqué du pied gauche, et on ne peut sentir les battements de la pédieuse; sur le dos du pied il existe une plaque à bords irréguliers, foncée et comme ecchymotique, où la sensibilité est émoussée. Les pulsations radiales sont très-irrégulières. A l'auscultation du cœur on ne constate que des irrégularités; pas de souffle.

M. Moutard-Martin fit le diagnostic suivant: Insuffisance mitrale, oblitération de l'artère pédieuse. Traitement: potion avec vingt gouttes de teinture de digitale, huile de camomille sur le pied, entouré de ouate, tenu continuellement chaudement à l'aide de bouteilles d'eau chaude.

Les jours suivants le refroidissement du pied disparait peu à peu et la chaleur finit par être aussi marquée d'un côté que de l'autre. Les troubles circulatoires restent toujours les mêmes.

1er *mars.* Dans la nuit le malade a ressenti un violent point de côté à gauche; dyspnée, crachats visqueux, mais non colorés ; matité à la base du poumon gauche; souffle très-marqué, pas de râles, pas d'égophonie. Vésicatoire, chiendent nitré.

2 *mars.* La matité est plus étendue, le souffle plus intense, la voix basse est entendue très-nettement dans toute la portion du thorax où la matité est perçue, diminution et en bas disparition des vibrations thoraciques; dyspnée intense. Diagnostic: *pleurésie aiguë.* On renouvelle le vésicatoire dès qu'il est sec.

12 *mars.* La dyspnée est très intense. On décide la *thoracentèse.* On retire à peu près 1 litre d'un liquide citrin, transparent. On aurait pu en extraire une plus grande quantité, mais le malade est pris de toux et de suffocation, ce qui engage à suspendre l'opération.

Les jours suivants, l'amélioration obtenue ne persiste pas ; la dyspnée reparaît rapidement, l'épanchement se reproduit et les signes stéthoscopiques (matité jusqu'à l'épine de l'omoplate, résonnance skodique sous la clavicule, souffle intense, transonnance, suppression des vibrations), sont de nouveau constatés. La pointe du cœur déplacé bat à droite. A l'extrémité du 2e orteil du pied gauche apparaît une tache noire ; il se forme certainement en ce point une escharre.

Depuis plusieurs jours le malade se plaint d'une démangeaison au sacrum ; on constate en ce point une rougeur et une légère érosion.

15 *mars. Nouvelle thoracentèse.* A la première piqûre le liquide s'écoule mal ; on est obligé de retirer le troquart pour l'enfoncer en un autre point. On retire un peu moins d'un litre d'un liquide transparent et citrin comme la première fois.

16 *mars.* Le malade n'urine pas. Les jours suivants, le malade n'urine pas ou urine peu, pas plus de 100 grammes.

22 *mars.* Anurie complète. La vessie n'est pas distendue. L'épanchement s'est reproduit, aussi abondant qu'au moment de la dernière opération, la pointe de cœur est déplacée, la dyspnée est intense.

Troisième thoracentèse. Le liquide coule goutte à goutte. On en extrait cependant à peu près un litre. Cette fois, il est louche, et évidemment purulent. On trouve dans le liquide analysé 0,20 centigr. d'urée pour 100 grammes du liquide. Depuis quelques jours le malade a de l'œdème de tout le côté gauche ; à droite, le pied est seulement tuméfié.

23 *mars.* Pouls petit, dyspnée intense, le malade a uriné 100 grammes d'une urine albumineuse ; pas de sucre. Subdélirium. — 24 *mars.* Mort à 11 heures du matin.

Autopsie faite 40 heures après la mort. Rigidité cadavérique. Œdème considérable de tout le côté gauche du corps et surtout dans la région thoracique.

Cœur hypertrophié ; poids 650 grammes.— Le *péricarde* contient une petite quantité d'un liquide transparent. Sa surface, aussi bien sur la face viscérale, que sur la face pariétale, est rouge et recouverte de dépôts formant une couche peu épaisse, irrégulière de fausses membranes, dont la surface est villeuse et donne au doigt la sensation d'aspérités consistantes et dures que l'on peut comparer aux papilles de la langue du chat. L'hypertrophie porte sur le ventricule gauche, dont les parois épaissies mesurent plus de deux centimètres. Les parois du ventricule droit sont normales. Les orifices tricuspide et pulmonaire sont sains.

Les orifices mitral et aortique sont altérés. Lorsqu'on fait jouer les valvules sur l'eau d'après le procédé de M. Durosiez, on reconnait qu'il y a une insuffisance mitrale. L'eau versée dans l'aorte n'y reste pas ; il y a donc aussi une insuffisance aortique. Les valvules sygmoïdes de l'aorte sont en effet le siége de productions irrégulières et ossiformes, développées seulement dans le point où elles s'appliquent l'une sur l'autre ; deux de ces valvules sont adhérentes dans l'angle qui les sépare et c'est à cette lésion qu'est due l'impossibilité où elles sont de s'appliquer sur le reste de leur étendue et par conséquent l'insuffisance aortique. Ces mêmes lésions existent sur la valvule mitrale, mais elles y sont beaucoup plus accentuées elles y ont un développement exagéré et la même consistance : on ne peut pas introduire le pouce dans l'orifice. En résumé les lésions observées du côté du cœur sont : *péricardite récente ; insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral, insuffisance aortique.*

Artères. — L'aorte présente des altérations athéromateuses peu marquées ; dans certains points la tunique interne est comme érodée par l'issue de la matière athéromateuse.

Toutes les artères de petit calibre observées sont dures ; on éprouve une certaine résistance pour en effacer la lumière ; cependant les artères cérébrales ne participent pas à ces altérations si généralisées.

L'artère tibiale antérieure gauche présente les mêmes altérations. Non-seulement on éprouve de la difficulté pour effacer son calibre, mais la pression fait reconnaître la rupture des petites plaques qui rendent en se cassant un petit son comme crépitant. Mais de plus, à sa partie inférieure, aux environs de l'articulation tibio-tarsienne, elle est oblitérée par une coagulation qui se prolonge dans la pédieuse jusque vers le milieu du dos du pied. A la coupe on reconnaît que ce caillot est blanc-jaunâtre, fait corps avec les parois du vaisseau, qu'enfin il est ancien. C'est évidemment la cause des symptômes si remarquables observés pendant la vie et de la gangrène du 2e orteil, qui les a suivi. En résumé, *athérome artériel généralisé, embolie de la tibiale antérieure et de la pédieuse gauche.*

Poumons. — A droite, adhérences anciennes à la base du poumon. Œdème pulmonaire et emphysème. A gauche, on trouve le poumon aplati dans la gouttière costo-vertébrale et repoussé en haut ; toute la partie appliquée contre la colonne vertébrale est complètement atélectasiée, et des portions de ce poumon jeté dans l'eau tombent au fond du vase. Dans la partie supérieure, le poumon contient encore de l'air et surnage, mais à la pression on fait sourdre une quantité considérable de sérosité mousseuse. La cavité pleurale du côté gauche contient à peu près deux litres d'une sérosité un peu louche que nous nous proposions de faire analyser, mais qui a été jetée par inadvertence. Les feuillets pleuraux sont recouverts de très abondants flocons fibrineux jaunâtres, mais qui forment surtout sur le feuillet pariétal et à la base une couche excessivement épaisse, d'au moins deux centimètres. C'est certainement cette circonstance particulière qui a fait échouer les tentatives de thoracentèse entreprises.

Sur une coupe du poumon, on trouve de dedans en dehors, au-delà du tissu pulmonaire la plèvre très-épaissie, mesurant à peu près deux millimètres, présentant d'abord une teinte blanchâtre, puis une teinte rouge foncé. Au-delà se trouve une couche de fausses membranes d'à peu près 15 millimètres. Il y a donc une *pleurésie aigue à gauche.*

Foie. La surface est légèrement mamelonnée et l'on trouve à la partie inférieure de la surface convexe, à droite et en avant un semis de petites saillies analogues aux tubercules semi-transparents, mais qui ne paraissent être que de la périhépatite. A la coupe on trouve l'aspect du foie dit muscade.

Rate. Très-irrégulière se trouve englobée dans un tissu cellulaire graisseux devenu assez dense et adhérant en arrière à la paroi, enveloppant aussi le rein gauche. On a de la peine à décortiquer ces deux organes. La rate est longue de 9 centimètres. Sur la surface on trouve une large plaque blanc-jaunâtre séparée du tissu sain par un sillon assez marqué et faisant saillie au-dessus de la surface de cette portion saine de l'organe. A la coupe, la plaque jaunâtre extérieure correspond à une altération nécrobiotique qui s'étend plus ou moins dans l'intérieur du viscère, formant des îlots irréguliers et contigus par leurs bords. La coloration jaunâtre de ces parties tranche vivement sur la coloration foncée de la rate. Les parties malades sont séparées nettement des parties saines, sans dégradation des teintes. L'une des branches de l'artère splénique est oblitérée par un caillot dont une partie est décolorée et adhère aux parois du vaisseau. En résumé, *infarctus nombreux de la rate.*

Reins. Le rein gauche, congestionné, présente une cicatrice

d'infarctus ancien. Le rein droit présente des altérations analogues, son atmosphère celluleuse est plus dense et adhère au viscère, dont on ne peut enlever la capsule. Sa surface est irrégulière, dans un point il y a une cicatrice étoilée, profonde ne correspondant dans l'intérieur à aucune altération ; mais dans quatre autres points on trouve des ilots blanchâtres convexes, saillants, nettement séparés du reste de l'organe par un sillon, tranchant moins par leur coloration que dans la rate, de forme pyramidale, ayant tous les caractères des infarctus. *Donc cicatrice et infarctus du rein.*

Pancréas, estomac, intestins, sains.

Cerveau. Ossification du sinus longitudinal supérieur ; *dure mère* épaissie, opaque. *Arachnoïde* et *pie-mère* : œdème très-considérable faisant une saillie de plus de 1 centimètre ; opacités, adhérences surtout entre les deux hémisphères au-dessus de corps calleux. On a de la peine à les séparer.

Dans le *lobe frontal gauche*, on trouve dans la substance blanche, en arrière, à la limite de la 2e et de la 3e circonvolution frontale une cavité remplie par un liquide jaunâtre et dont les parois sont jaune-ocreux. C'est probablement un ancien foyer d'hémorrhagie. Il n'existe pas de fausse membrane limitant, l'excavation ; c'est une lacune et non pas un kyste. Elle est ovale, son grand diamètre dirigé suivant l'axe de l'hémisphère a tout au plus 1 centimètre 1/2. Elle est comprise entre deux coupes verticales passant l'une au milieu de la circonvolution frontale ascendante, l'autre à 1 centimètre 1/2 en avant de la précédente. Elle est contiguë à la substance grise sans empiéter sur elle, et ne s'étend pas jusqu'au corps strié dont la séparation en noyau intra et extra-ventriculaire n'est pas encore en ce point nettement établie.

3. Cancer pharyngo-laryngé ; par Ferdinand Dreyfous, interne des hôpitaux.

Capelle, Joseph, 65 ans, journalier, entré le 2 octobre 1875, mort le 31 mars 1876. Cet homme était dans le service de M. Vulpian, qui avait diagnostiqué chez lui un cancer du larynx lorsque M. Dumontpallier prit le service. Son *état actuel* était le suivant : Mauvais état général, pâleur, amaigrissement, tuméfaction des ganglions cervicaux des deux côtés : gêne de déglutition et difficulté pour l'alimentation. Il parlait un peu lorsqu'on obturait l'orifice de sa canule. En effet, dans le courant du mois de janvier, l'interne de garde avait dû lui faire la trachéotomie pour le préserver d'une asphyxie imminente. Depuis cette époque on a essayé en vain de retirer la canule : on dut la remettre immédiatement. La vie se prolongeait ainsi : les aliments étaient digérés convenablement et la cachexie n'augmentait pas. Il avait la face pâle ; tout le corps était amaigri, squelettique, mais ne présentait pas la teinte jaune paille caractéristique.

31 *mars*. A six heures et demie, il fut pris d'un crachement de sang rouge, rutilant qu'il rendit à pleine bouche. On lui fit avaler quelques morceaux de glace, et l'hémorrhagie parut s'arrêter. Mais il était devenu d'une pâleur extrême et succomba au bout de quelques minutes.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort. — *Poumons :* adhérence du sommet droit dont le parenchyme est réduit en un véritable putrilage. Çà et là quelques noyaux blanchâtres, durs, criant sous le scalpel, se rencontrent dans l'épaisseur du poumon. Du sang dans les bronches. — *Cœur :* gras.

Larynx. Destruction d'une partie de la base de la langue, de l'épiglotte et des replis aryténoépiglottiques. Le processus ulcératif semble avoir atteint l'artère laryngée supérieure, d'où l'hémorrhagie terminale. Le larynx proprement dit est complètement intact, sauf à la partie supérieure.

Ganglions cervicaux gros, creusés de cavités. A l'*examen microscopique* pratiqué sur un segment pris sur le thyroïde à la base des replis aryténoépiglottiques, M. Ch. Rémy a constaté « des alvéoles de tissu fibreux remplies de cellules épithéliales » pavimenteuses au milieu desquelles se trouvent quelques » globes épidermiques. Les cellules épithéliales sont plus » abondantes que le tissu fibreux. L'altération pénétrait jusque » dans le tissu cartilagineux. »

La tumeur était donc un épithélioma de la base de la langue envahissant le larynx.

Réflexions. — Outre la rareté relative des cancers laryngés, il faut remarquer dans cette observation, la survie du malade pendant deux mois après la trachéotomie. On a, dans ces derniers temps, condamné absolument cette opération dans les cancers du larynx. Ce fait vient à l'appui des partisans de l'opinion opposée.

M. Homolle. Il existe un cas dû à Décori dans lequel la trachéotomie a également prolongé pendant plusieurs mois la vie du malade.

M. Rendu. Le larynx est dans les pièces présentées, la partie la moins atteinte par le néoplasme. Est-il légitime d'intituler cette observation cancer du larynx ?

M. Dreyfous. Certainement, le cancer auquel a succombé notre malade n'est pas un cancer du larynx lui-même ; mais c'est un de ces cancers pharyngo-laryngés, que M. Isambert assimile au point de vue des symptômes, du pronostic et du traitement à ceux du larynx.

4. Atrophie des circonvolutions cérébrales antérieures ; par M. Baraduc, interne provisoire des hôpitaux.

M. Baraduc présente un cerveau dont les circonvolutions antérieures sont visiblement atrophiées ; quant aux circonvolutions intermédiaires, elles ne sont pas modifiées. Cette lésion a coïncidé avec les phénomènes suivants constatés sur le malade : cet homme ne parlait pas, et n'offrait pas de phénomènes volontaires ; au contraire, il marchait beaucoup, et sans difficulté. (Voir les séances de *mars*).

5. Rétrécissement infranchissable de l'urèthre. — Infiltation d'urine ; par M. Moutard-Martin, interne des hôpitaux.

Les pièces que présente M. Moutard-Martin proviennent d'un malade de 59 ans, typographe, qui entra le 3 avril dans le service de M. Gosselin. Cet homme offrait tous les signes de l'infiltration urineuse du scrotum ; un seul manquait, ainsi que le fit remarquer M. Gosselin : il n'existait pas de tumeur sur la ligne médiane du périnée. Il fut impossible, malgré tout le soin qu'on y apporta, de voir couler par les incisions qui furent faites une quantité même minime d'urine, et le malade continuait à uriner en jet par le canal. Néanmoins, aucune sonde ne put jamais pénétrer dans la vessie. Le malade succomba bientôt, et l'autopsie vint expliquer certains des phénomènes insolites : on rencontra au niveau de la symphyse pubienne un obstacle tel apporté à la perméabilité du canal qu'on crut d'abord se trouver en face d'une oblitération de l'urèthre. Mais on finit, grâce à une injection colorée poussée par le bout postérieur du canal, par découvrir un pertuis qui était l'orifice d'un rétrécissement long d'un centimètre et tellement étroit qu'une épingle y fut introduite avec peine à cause des sinuosités qu'il présentait. A gauche de ce rétrécissement était une fistule tellement étroite aussi qu'elle admit seulement une soie de sanglier.

Réflexions. — Grâce à ces lésions, on conçoit facilement qu'une infiltration qui ne pouvait se faire que goutte à goutte ne put pas être constatée même au moment de la miction. On comprend également pourquoi aucune sonde ne put parvenir à la vessie. Mais il reste difficile d'expliquer comment l'urine après avoir franchi un rétrécissement si étroit pouvait encore former un jet.

6. Corps étranger du poumon ; méningite aiguë ; par M. Alf. Jean, interne des hôpitaux.

Fiset, âgé de 20 ans, homme de peine, entre le 31 mars 1876, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Martine, 17 (service de M. Fremy.)

Cet homme arrive à l'hôpital dans un état d'émaciation extrême, et ne peut répondre à aucune des questions que nous lui adressons ; c'est ainsi qu'il nous dit qu'il est malade depuis quinze jours, mais bientôt après il fait remonter à trois ans le début de sa maladie. Jamais, dit-il, il n'a craché de sang, mais on ne peut attacher que peu de valeur à ses réponses. Le regard est fixe, immobile, les pupilles égales, mais anormalement dilatées ; pas de convulsions ni de secousses musculaires.

La respiration est lente, très-faible ; la percussion de la poitrine dénote une matité assez étendue au sommet gauche,

tandis que la sonorité paraît normale à droite. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est très-faible, mais à gauche on entend un souffle tubo-caverneux au moment des grandes inspirations.

Rien dans les autres organes. Faiblesse très-grande. Peu de fièvre. Le malade reste dans cet état cômateux pendant deux jours et meurt le 2 avril.

Autopsie. — *Poumon droit.* Très-emphysémateux; pas trace de tubercules. — *Poumon gauche.* Au niveau du hile, on remarque un ganglion blanchâtre ayant subi la dégénérescence caséeuse. Au sommet, la plèvre présente deux centimètres d'épaisseur. La consistance de ce poumon est très-dure. Au sommet, vaste caverne de la grosseur du poing; elle n'est séparée de la surface du poumon que par une lame pulmonaire très-mince et très-dure; les parois sont constituées à la partie supérieure par une membrane pyogénique de 2 millimètres d'épaisseur; à la partie inférieure on trouve une néoformation conjonctive disposée sous forme d'aréoles, et offrant une grande analogie avec l'aspect des piliers du cœur. Le poumon tout entier présente un grand nombre de cavernes allongées communiquant avec les bronches, et qui sont formées par des dilatations bronchiques. Les parois de ces cavernes sont formées par la muqueuse des bronches désagrégée et gangrénée en partie. Au reste, la partie inférieure de la trachée et les bronches primordiales ont la même apparence; à droite, cette altération ne descend que jusqu'aux premières ramifications bronchiques; tandis qu'à gauche la lésion est beaucoup plus avancée; la muqueuse est détruite; elle est remplacée par une matière sanieuse, rougeâtre. Toutes les bronches sont dilatées et aboutissent aux cavernes mentionnées plus haut.

Au niveau du bord inférieur de ce même poumon, dans la languette costo-diaphragmatique, on trouve dans une petite caverne un *corps étranger* en os. Ce corps, présentant la forme d'une petite sphère de 6 à 7 millimètres de diamètre et terminée par une extrémité effilée, ressemble à l'extrémité d'un porte-crayon, ou d'un porte-plume. Il est libre et mobile dans la petite caverne et devait monter et descendre dans les bronches à chaque inspiration et expiration. C'est ce qui permet d'expliquer cette altération profonde et générale de la muqueuse bronchique gauche, ainsi que la formation des cavernes; au reste, pas de tubercules dans ce poumon, et carnification complète du parenchyme.

Le cœur, les reins, l'intestin ne présentent rien d'anormal. A la périphérie du foie, on trouve quelques lobules graisseux.

Encéphale. — Sous la dure-mère du côté gauche, épanchement purulent très-abondant. Le pus est louable, épais, crémeux. Cet épanchement est limité à la convexité; rien à la base. La pie-mère est très-épaisse et présente par places des ecchymoses nombreuses et un piqueté rouge.

La pie-mère se détache facilement des circonvolutions; celles-ci sont grisâtres, surtout la frontale et la pariétale ascendantes. La face interne de la dure-mère est tomenteuse. Toutes ces altérations sont limitées à l'hémisphère gauche, rien à droite. A l'éclairage oblique on voit sur la pie-mère de petits points granuleux, mais à l'examen microscopique, rien ne rappelle l'apparence des tubercules. En résumé, la lésion pulmonaire a été très-probablement produite par la présence du corps étranger mobile dans les bronches, et la méningite franche de la convexité a hâté la terminaison fatale.

M. Després. — Les faits analogues à celui-là sont rares. Cependant j'ai vu un aliéné qui présenta pendant trois semaines des phénomènes d'asthme et de tuberculisation pulmonaire. A l'autopsie, on trouva dans le poumon un gros morceau de viande, encore adhérente à des fragments de tendons, à cheval sur la bifurcation des bronches.

M. Rendu. — J'ai rencontré à l'hôpital des Enfants un cas de pneumonie gangréneuse à symptômes obscurs, mal définis. L'autopsie révéla l'existence d'une dilatation bronchique avec gangrène à sa périphérie, et l'on trouva un petit morceau de bois hérissé dont la migration expliquait les lésions pulmonaires. Ici le corps étranger est mousse.

MALADIES DE LA PEAU

I. Etude sur la valeur séméiologique de l'ecthyma; par le Dr Muselier, ancien interne des hôpitaux; th. inaug. chez J.-B. Baillière, 1876.

II. Du traitement des ulcérations chroniques (*syphilis, scrofule, etc.*) **et des plaies atoniques par le sulfure de carbone;** par le Dr Guillaumet; th. inaug., chez G. Masson, 1876.

III. Etude sur le purpura simplex à forme exanthématique; par E. Laget, ancien interne des hôpitaux; th. inaug., chez A. Delahaye, 1875.

I. Le Dr Muselier, s'appuyant sur de nombreuses observations prises à l'hôpital Saint-Louis, s'est proposé d'étudier la valeur séméiologique de l'ecthyma, qu'il nous montre être toujours une manifestation symptomatique, un phénomène secondaire. L'auteur prend soin, avant toutes choses, de nous donner, de l'éruption pustuleuse, une description sommaire mais complète à laquelle il joint une étude anatomo-pathologique d'après les travaux de Rayer, de Todd, de Rindfleisch et de G. Simon.

L'ecthyma aigu, toujours symptomatique, succède à des causes d'irritation locale (substances médicamenteuses, parasites, imprégnation biliaire de la peau), hormis les cas rares où il revêt chez les enfants, plus exceptionnellement encore chez l'adulte, l'allure d'une fièvre ecthymatique assez analogue à la fièvre herpétique, surtout quand on le voit, à titre de phénomène critique, compliquer certaines maladies, la pneumonie par exemple, comme chez un homme observé dans le service de M. Guibout.

Chronique, l'ecthyma succède parfois à des causes externes, mais, celles-ci ne jouent qu'un rôle occasionnel, de causes d'ordre général (misère physiologique, lymphatisme, alcoolisme, syphilis, vieillesse, etc., etc.) jouant le rôle de causes prédisposantes comme en témoignent nombre d'observations d'ecthyma infantile ou sénile, d'ecthyma chez les alcooliques et chez les syphilitiques.

Un chapitre important est celui dans lequel, le Dr Muselier, étudiant l'ecthyma dans ses rapports avec la syphilis, nous montre l'éruption pustuleuse, superficielle ou profonde, survenant comme accident tardif de la syphilis grave et dénotant un état général alarmant contre lequel ne sauraient être trop vite employées les ressources de traitements antisyphilitiques et reconstituants.

II. Les résultats obtenus, à l'aide du sulfure de carbone, dans le traitement des ulcérations scrofuleuses ou syphilitiques et dans la cure des plaies atoniques, sont trop encourageants pour que tout médecin ne se fasse pas un devoir de les contrôler et d'ajouter de nouveaux succès à ceux qu'enregistre le Dr Guillaumet.

Le sulfure de carbone ne sera pas employé pur : l'addition de certaines substances, des essences d'amandes amères, de mirbane ou de menthe, ou mieux, l'addition de teinture d'iode aura pour résultat d'obtenir un corps, sinon complétement inodore, du moins ayant une odeur singulièrement atténuée et incapable d'incommoder les malades ou le médecin. La meilleure préparation est la suivante :

Sulfure de carbone.	12 grammes.
Iode.	1 —

qu'on étendra, avec un pinceau, légèrement et rapidement sur la plaie : cela fait, la plaie sera recouverte avec du sous-nitrate de bismuth finement pulvérisé qu'on maintiendra à l'aide d'un gâteau de charpie sèche. La fréquence des pansements sera proportionnée à l'atonie et à l'ancienneté de la plaie : jamais on ne fera plus d'un pansement par jour.

III. Le Dr E. Laget réussit à prouver, que le purpura simplex à forme exanthématique, dont il nous donne une histoire complète, d'après des observations recueillies à Saint-Louis, n'est pas une espèce isolée de purpura, mais uniquement une variété.

L'auteur décrit avec soin l'éruption papulo-purpurique et nous la montre apparaissant surtout chez les femmes jeunes et plus fréquemment au printemps qu'en toute autre saison. L'aspect de l'éruption, son siége et son évolution rapide rendent toujours le diagnostic facile.

Le Dr Laget a pris soin d'insister sur la physiologie pathologique de l'affection dont il montre les deux phases cliniques correspondant à un état anatomique différent : l'éruption papuleuse relevant d'une stase sanguine, d'une congestion de la peau ; le purpura résultant d'une véritable extravasation. Ces deux éléments (stase sanguine, extravasation) semblent avoir leur raison d'être dans des troubles nerveux survenant chez des individus délicats, à peau fine et impressionnable. La position horizontale et les toniques ont facilement et rapidement raison de la forme ortiée du purpura.

L. L.

VARIA

La peste en Mésopotamie et à Badgad.

Nous trouvons dans le n° de juillet de la *Gazette médicale d'Orient,* deux communications relatives à la peste en Mésopotamie et à Badgad. Née au printemps de 1875 dans les terrains d'alluvions de l'Euphrate, la peste est restée quelque temps à l'état latent, mais vient de prendre récemment une nouvelle intensité ; elle paraît sévir principalement sur les classes les plus inférieures de la population, dont les huttes, situées en contre-bas du fleuve, sont encombrées d'immondices. Le dr Beck (de Bagdad) vient de rédiger un rapport sur cette épidémie et arrive aux singulières conclusions suivantes, que nous donnons pour ce qu'elles valent.

a) La peste n'a jamais été qu'une maladie de nature miasmatique : elle est analogue aux fièvres paludéennes.

b) La peste ne s'est jamais communiquée par contact ; elle ne comporte pas de virus spécifique; le miasme qui propage la maladie se trouve dans l'air ou dans l'eau ; la propagation de la maladie ne se fait que par la voie pulmonaire ou digestive.

c) La peste est susceptible, comme toute autre fièvre d'origine paludéenne, d'être guérie par le sulfate de quinine. H. de B.

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat.

L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 2 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3. MM. les élèves en médecine et en chirurgie, de deuxième et de troisième année, sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices. Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et les fêtes exceptés, de 1 heure à 3 heures, depuis le lundi 4 septembre jusqu'au lundi 18 septembre inclusivement.

Droits d'examens passés devant les jurys mixtes.

Le Président de la République française,

Vu l'article 15 de la loi du 12 juillet 1875, aux termes duquel les élèves des universités libres sont soumis aux mêmes règles que ceux des Facultés de l'Etat, notamment en ce qui concerne les droits à percevoir ; Sur le rapport des Ministres de l'Instruction publique et des Finances, décrète :

Article premier. — Les droits relatifs aux examens passés devant les jurys mixtes, ainsi que les droits de certificats de capacité ou d'aptitude, de diplôme et de visa seront versés entre les mains des secrétaires agents comptables des établissements d'enseignement supérieur de l'Etat.

Art. 2. — Les droits d'examen seront partagés, par moitié entre l'Etat et l'Université libre. Les droits de certificats de capacité ou d'aptitude, de diplôme, de visa, de duplicata de diplômes et de certificats formant brevet appartiendront en totalité à l'Etat qui, seul, a qualité pour délivrer lesdits certificats et diplômes.

Art. 3. — La portion des droits d'examen revenant aux Universités libres sera décomptée sur les états sommaires que les recteurs d'académie établissent en fin de trimestre, et sera payée auxdites Universités par le trésorier-payeur général du département dans lequel les examens auront été passés.

Art. 4. — Le Ministre de l'Instruction publique et le Ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal officiel* et au *Bulletin des Lois.*

Fait à Paris, le 16 août 1876.

Maréchal DE MAC MAHON,
duc DE MAGENTA.

Par le Président de la République :
Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.
WADDINGTON.

Le Ministre des Finances
LÉON SAY.

38. Injections hypodermiques de café et de whiskey dans l'empoisonnement par l'opium.

Le dr John M. Flood, rapporte le cas d'un malade qui se trouvait tellement sous l'influence du narcotique, que pendant quelque temps, on ne comptait plus qu'une inspiration par minute et le pouls ne marquait pas quarante-deux pulsations. Pendant quatre heures des injections de café et de whiskey furent pratiquées sans discontinuer ; en même temps on administrait quelques injections de teinture de belladone à la dose de dix à vingt gouttes. Ce traitement fut suivi d'un plein succès. Plus de deux cents injections de café et de whiskey ont été pratiquées dans cet espace de quatre heures. (*Proceedings of the Chemung County medical Society.* — *New-York medical Record, May* 20).

39. De l'huile d'Aleuritis triloba comme purgatif.

Nous trouvons dans le *Journal de thérapeutique* le résumé d'un travail du dr Oscamendi, sur un bon succédané de l'huile de ricin; c'est l'huile de l'*Aleuritis triloba,* qui s'appelle à Ceylan *huile de Kétune.* Elle a sur l'autre cet avantage qu'elle n'est point du tout désagréable à prendre, car elle a un goût de noisette. La dose de 15 grammes est suffisante pour purger convenablement un adulte. C'est un excellent apéritif. Ses effets sur les intestins sont les mêmes que ceux de l'huile de ricin ; son action se fait sentir au bout de quatre heures, sans douleurs ni coliques. L'auteur recommande la mixture suivante :

Huile d'Aleuritis triloba	15 gr.
Sucre blanc	15 —
Gomme arabique	12 —
Eau commune	12 —

Mêlez. — Il a obtenu de bons résultats, dans le cas de constipation rebelle et de douleurs abdominales, en faisant faire sur l'abdomen des frictions avec le liniment suivant :

Huile de noix d'Aleuritis triloba	15 gr.
Teinture de cantharides	12 —
Carbonate d'ammoniaque	12 —

M. S. A. (*Gazette médicale.*)

MORTALITÉ A PARIS. — Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant 17 août 1876, on a constaté 1,174 décès, savoir : variole, 10; — rougeole, 33; — scarlatine, 3; — fièvre typhoïde, 87; — érysipèle, 9; — bronchite aiguë, 27; — pneumonie, 57; — dyssenterie, 2; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 112;— *choléra nostras,* »; — angine couenneuse, 10;— croup, 13;—affections puerpérales, 4; — autres affections aiguës, 341; — affections chroniques, 398; dont 163 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 48; — cause accidentelles, 20.

LONDRES. — Population : 3,489,428 hab. — Décès du 8 au 16 août: 1,572. — Variole, 9; rougeole, 22; scarlatine, 42; fièvre typhoïde, 6; érysipèle, 9; bronchite 85; pneumonie, 63; dysenterie, 8; diarrhée, 294; *choléra nostras,* 11; diphthérie, 4; croup, 9; coqueluche, 25.

SUICIDE D'UN JEUNE MÉDECIN BRÉSILIEN. — Un jeune Brésilien, nommé Antonio Bernardo Gomes y Coiffino, après avoir, dans son pays, obtenu le grade de docteur en médecine, était venu en France il y a quelques mois, et s'était installé 42, rue Saint-André-des-Arts, à l'hôtel de la Havane. Malheureusement pour lui, il avait une imagination par trop romanesque, et bientôt il s'éprit d'une jeune fille employée dans une brasserie. Dimanche dernier il fit avec elle une partie de campagne ; mais après le dîner une scène éclata entre eux, et une rupture s'ensuivit. Le pauvre Brésilien se montra désespéré de cette rupture. Il était rentré mardi soir chez lui, et le mercredi, vers midi, ne le voyant pas descendre pour déjeuner, la maîtresse de l'hôtel monta et frappa à sa porte.

Effrayée de ne pas recevoir de réponse, elle alle chercher aussitôt une clef qui ouvrait le serrure ; elle entra et trouva le pauvre garçon râlant sur son lit. Il s'était empoisonné avec de la morphine. Immédiatement on courut prévenir un médecin, qui lui administra un vomitif, mais il était trop tard, l'infortuné expira au bout de quelques instants. (*Le Temps*).

SOPHISTICATION DU VIN. — Le *Petit Lyonnais* reçoit de Saint-Etienne, 22 août, la dépêche suivante : « M. le docteur Bergeret, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, signale chez un grand nombre d'ouvriers des symptômes d'empoisonnement par le vin coloré avec la fuchsine. L'autorité fera sans doute une enquête. »

CONGRÈS D'ANTHROPOLOGIE. — On annonce comme devant avoir lieu en septembre prochain, du 4 au 11, un grand congrès international d'anthropologie, à Bude-Pesth (Hongrie). Les questions qu'on traitera sont, paraît-il, relatives aux contrées orientales de l'Europe et concernent spécialement la Hongrie. Les discussions seront suivies de fouilles et d'explorations. Les objets préhistoriques, recueillies en vue du congrès dépassent, pour la Hongrie seule, le chiffre de 20,000 articles. A ce propos, on nous signale un fait curieux, c'est que les collections hongroises ont reçu de notables enrichissements depuis les dernières inondations, lesquelles ont mis au jour des trésors anthropologiques et archéologiques inespérés. (*Journ. officiel.*)

NÉCROLOGIE. L'*Art médical belge* vient de perdre l'un de ses collaborateurs les plus dévoués. Le Dr Breyer a succombé à la suite d'une congestion pulmonaire.

VACANCES MÉDICALES. — Par suite de décès, on demande immédiatement un jeune docteur en médecine, dans un chef-lieu de canton du Calvados. Un seul médecin dans un rayon de

dix kilomètres. Recettes : 9,000 fr. à 10,000 fr. S'adresser chez M. Baly, rue Volta, 41, Paris.

— On demande un médecin non marié, âgé de 40 à 50 ans, pour être attaché par un traité à un malade. S'adresser par lettre à M. Bouisson, 25, quai Voltaire.

AVIS A NOS ABONNÉS.—*Nous prévenons nos abonnés, que toute demande de changement d'adresse doit être adressée directement au bureau du journal, et accompagnée de l'envoi de cinquante centimes en timbre-postes.*

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

Lecour (C.-J.). Manuel d'assistance. La charité à Paris. Paris, 1876. In-18 de 270 pages.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

Besnier (J.). De l'emploi du vésicatoire dans la pleurésie aiguë. Paris, 1876. In-8 da 44 pages.

Libraire J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

Daremberg (G.). Da l'expectoration dans la phthisie pulmonaire. Paris. 1876. In-8.

Ferrand (A.). De l'empoisonnement par les phénols. Paris, 1876. In-8.

Librairie H. REY, rue Monsieur-le-Prince

Pichot (F.-L.). Etude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus. Paris, 1886. In-8 de 150 pages. 3 fr.

Berger (O). — Zur pathologie und therapie des Rückenmarks-krankeiten (ein fall von sclerosis lateralis amyotrophica). Leipsig, imprimerie de Metzger et Wittig, in-8 de 25 pages.

Bernheim — Mémoires de la Société de médecine de Nancy. Berger-Levrault et Cie. Nancy, 1876, années 1874-1875. In-8 de 78 pages.

Chabert (L.). — Mémoire sur les veines de la faca et du cou. Paris, 1876. In-8 de 40 pages avec 4 figures en chromo-lithographie.

Foucault (L.). — De la luxation métacarpo-phalangienne du pouce en avant. Imprimerie Parent. Paris, 1876. In-8 de 42 pages.

Mourgue.— La doctrine physiologique moderne. Exposition périodique des travaux théoriques et pratiques du docteur Mourgue. Anduze, imp. de Castagnier. In-8.

Westphal (C.).— Beobachtungen und Untersuchungen über die Krankheiten des centralen Nervensystems. Impr. de Berustein. Berlin 1876, in-8° de 60 pages.

Librairie de V. A. DELAHAYE et Cie, place de l'École-de-Médecine.

Cauderon (A. E.). — Da la péritonite idiopathique aiguë des enfants, de sa terminaison par suppuration, et par évacuation du pus à travers l'ombilic. Paris 1876, in-8 de 100 pages. — 2 fr. 50.

Vérité (A.). — Etudes de Dermatologie. Le psorias herpétique aux eaux da la Bourboule. Psorias is super unguéal. Paris, 1876. In-8 de 20 pages.

Villard (F.). Du haschish. Etude clinique, physiologique et thérapeutique. 2 fr.

Woillez. — Du spirophore. Appareil de sauvetage par le traitement de l'asphyxie et principalement de l'asphyxie des noyés et des nouveau-nés. Paris 1876. in-8. — 2 fr.

Voir la suite du BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE, *à la page II.*

Le gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

4e ANNÉE. — N° 36 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 2 SEPTEMBRE 1876.

Le Progrès Médical

MALADIES DES YEUX

ÉCOLE PRATIQUE. — COURS DE M. LE Dr E. LANDOLT.

Du diagnostic des maladies des yeux.

Ve LEÇON. — **Réfraction** (1).

Leçon recueillie par A. CHARPENTIER.

Messieurs,

On peut diviser en trois groupes les différentes parties dont se compose l'appareil de la vision :

Le *premier groupe* contient les *parties extérieures*, servant à protéger l'œil ou à le mouvoir : orbite, paupières, muscles extrinsèques, etc.

Dans le *second groupe*, on peut ranger les parties conductrices de la lumière, en d'autres termes l'*appareil dioptrique* de l'œil servant à mettre en rapport le nerf optique avec le monde extérieur.

Le *troisième* enfin comprend l'*appareil nerveux*, qui transmet à l'organe central les impressions lumineuses par les milieux du second groupe.

Nous nous sommes occupés jusqu'à présent des parties qui peuvent rentrer dans notre premier groupe, et nous les avons étudiées au seul point de vue qui doit nous guider dans ces conférences, au point de vue de l'exploration médicale.

Nous allons maintenant aborder l'étude du second groupe, plus important encore que le premier. Il est constitué, vous ai-je dit, par l'appareil dioptrique de l'œil, et c'est lui qui donne à cet organe ses propriétés de *réfraction* et *d'accommodation*.

Je ne vous apprendrai pas que cet appareil dioptrique se compose de la cornée, de l'humeur aqueuse, du cristallin et du corps vitré. La connaissance de ces milieux est aujourd'hui fort avancée, mais elle ne remonte pas à longtemps, puisque ce fut seulement en 1611 que Kepler prouva scientifiquement, pour la première fois, que les milieux dioptriques devaient produire des images réelles et renversées au fond de l'œil.

D'ailleurs, ce n'est que vers la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, que Th. Young et Volkmann ont posé les bases de la théorie de la réfraction et de l'accommodation de l'œil. Mais c'est surtout Helmholtz qui, à l'aide de son ophthalmomètre, a déterminé avec une exactitude mathématique les dimensions, les rayons de courbure et l'indice de réfraction des milieux dioptriques de cet organe. C'est lui et Listing qui en ont déduit les constantes optiques, les points cardinaux, etc.

Mais Donders, notre illustre maître, a eu le mérite de développer dans un sens pratique, les travaux de ces savants physiciens, en étendant nos notions sur l'accommodation et, en établissant la théorie des anomalies de la réfraction, et les principes de leur traitement.

Vous voyez par là que la dioptrique physiologique est de date toute récente.

Peut-être est-ce en partie à cette circonstance, que le chapitre de l'accommodation et de la réfraction de l'œil doit d'être généralement regardé comme le plus difficile, le plus obscur, et surtout le plus théorique de l'ophthalmologie. Pour ce dernier reproche, il ne le mérite point, et une fois au courant de ces questions, vous serez étonnés de voir combien il en découle d'avantages essentiellement pratiques : à combien de malades inutilement traités par cent collyres différents ou estropiés par des opérations inopportunes, ne nous arrivera-t-il pas de pouvoir rendre la vue et le travail par des lunettes justement déterminées et administrées à propos.

Quant au reproche d'aridité, il s'explique bien moins encore par le défaut de connaissances mathématiques et physiques des élèves, que par le manque d'une exposition claire et précise du sujet. Je vous assure qu'il n'est pas besoin d'être un mathématicien pour comprendre parfaitement les problèmes les plus difficiles de cette partie de l'optique, et que les connaissances les plus élémentaires d'algèbre et de physique suffisent pour saisir les principes de la réfraction et de l'accommodation de l'œil et soigner rationnellement leurs anomalies. Nous tâcherons, du reste, d'exposer la question le plus simplement possible et de ne pas dépasser ce qui est strictement nécessaire pour la pratique.

La seule chose qui soit de nature à compliquer un peu notre tâche, c'est que nous nous trouvons, à l'heure actuelle, dans une période de transformation des mesures qui servent à l'étude de la réfraction, et cette transformation ne peut manquer de retentir plus ou moins fortement sur notre manière de concevoir le sujet. Vous devinez que je fais allusion à l'*introduction du système métrique dans l'optique.*

Je ne veux pas vous exposer la réfraction et l'accommodation d'après l'ancien système, destiné à tomber bientôt dans l'oubli tout aussi bien que les expressions de pouces, de pieds, de lignes, sur lesquelles il se fonde. Mais je ne puis non plus me dispenser de tenir compte des vieilles mesures et de vous signaler les différences qui existent entre les deux manières de voir ; j'y suis d'autant plus obligé que toute notre éducation optique est basée sur l'ancien système, et que celui-ci diffère du nouveau à beaucoup de points de vue.

Prenez une lentille convexe, du n° 5 (ancien), par exemple, et servez-vous-en pour produire l'image du soleil sur un écran. Vous savez qu'on appelle *foyer principal* de la lentille, ou simplement *foyer*, l'endroit où se forme cette image, et *distance focale*, la distance qui sépare cette image de la lentille.

En mesurant cette distance et en l'exprimant en pouces, vous trouverez, dans notre exemple qu'elle est égale à 5 pouces. En effet, le numéro que portent les verres de lunette en usage jusqu'à ce jour, indiquent en pouces la distance focale de ces verres. Le numéro 20 a 20 pouces de distance focale et ainsi de suite, et pour les lentilles convexe d'une certaine force, la méthode la plus simple pour déterminer le numéro, est de mesurer la distance focale de la manière indiquée.

Une lentille est d'autant plus forte qu'elle dévie plus fortement les rayons lumineux, qu'elle les fait converger plus près d'elle (en cas de convexité), en d'autres termes, que sa distance focale est plus petite. Il en résulte que, plus le numéro d'une lentille est élevé, plus la lentille est faible, et inversement, les plus petits numéros correspondent aux plus fortes lentilles.

En effet, *la force réfringente d'une lentille est l'inverse de sa distance focale*, et trouve par conséquent son expression dans une *fraction* dont le numérateur est 1, et le dénominateur, la distance focale. Ainsi notre n° 5, qui a une distance focale de 5 pouces, a une force réfringente de 1/5, le n° 10 de 1/10, etc.

Par conséquent, si à notre n° 5, vous voulez ajouter un n° 10, vous n'obtenez pas un n° 15, mais comme $\frac{1}{5} + \frac{1}{10} = \frac{1}{3,75}$, vous avez une lentille de 3 pouces 3/4 de distance focale, et qui devrait porter le n° 3 3/4.

De même si, au n° 5 convexe vous ajoutez un n° 15 concave (lentille négative $= \frac{1}{15}$), vous avez pour résultat de

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26 et 27.

cette combinaison: $\frac{1}{5} - \frac{1}{15} = +\frac{2}{15}$ soit $\frac{1}{7\,1/2}$, c'est à dire une lentille positive (convexe de 7 1/2 pouces de foyer, et portant le numéro 7 1/2. Vous voyez que pour les moindres combinaisons de lentilles on a ainsi toujours besoin de calculer sur des fractions. C'est là un grand inconvénient de l'ancien système de numérotage des verres de lunettes. Si on avait choisi comme base de numérotage de ces verres, non la distance focale, mais la force réfringente, on n'aurait plus qu'à ajouter ou à soustraire des nombres entiers.

Mais ce n'est pas là le seul inconvénient de ce système. En effet, le pouce n'est pas une mesure uniforme, correspondant à une grandeur universellement adoptée; c'est une mesure arbitrairement choisie, différente pour chaque pays ; il y a le pouce de Paris, le pouce anglais, le pouce autrichien, le pouce prussien et maints autres, qui tous diffèrent entre eux, de sorte que les mêmes numéros des verres ne se correspondent pas dans ces différents pays.

C'est pour remédier à ces inconvénients et à quelques autres d'un ordre plus secondaire, qu'une commission, composée de MM. O. Beckers, Donders, Giraud-Teulon, Javal, Leber, Nagel, Quaglino, Soelberg-Wells, avait été nommée, lors du congrès ophthalmologique de Paris, en 1867, et qu'au dernier congrès des ophthalmologistes de Heidelberg, ainsi qu'au congrès médical international de Bruxelles en 1875, on a adopté le nouveau système de numérotage des verres de lunettes, dont voici les principes :

1° Substitution du mètre au pied ;

2° Numérotage des verres de lunettes suivant leur *force réfringente*, et non selon leur distance focale ;

3° Choix d'une unité assez faible pour que les numéros des lunettes généralement en usage, soient des *nombres entiers* et non des fractions ;

4° Intervalles équidistants, autant que possible, entre les différents numéros.

On a ainsi pris comme base et unité de toute mesure de réfraction une lentille qui a 1 mètre de distance focale. On l'appelle *dioptrie*, et on lui donne le signe D (1). Sa force réfringente est donc représentée par la fraction $\frac{1}{1\text{ m.}}$

On désigne par le n° 2 la lentille qui a 2 unités de force réfringente (dioptries) $\frac{2}{1\text{ m.}} = 2$ D ; le n° 3 représente une lentille qui a 2 unités de force réfringente, une lentille équivalant à trois dioptries, et par conséquent 3 fois pl[illegible] forte que le n° 1. Et ainsi de suite.

En suivant ainsi simplement les nombres cardinaux, on obtient une série de lentilles ayant toutes entre elles le même intervalle, 1 dioptrie.

On a cependant aussi admis quelques lentilles plus faibles qu'une dioptrie, c'est-à-dire ayant plus d'un mètre de distance focale ; ainsi on a une lentille de 2 mètres ayant une force réfringente de $\frac{1}{2\text{ m.}}$, et portant par conséquent le n° 1/2 ou 0,5 ; une autre, portant le n° 1/4 ou 0,25 a pour distance focale 4 mètres ; une troisième, n° 0,75 a 133 cm. de distance focale.

Le numéro de la lentille ne donne plus maintenant la distance focale, mais celle-ci est très-facile à trouver quand on se rappelle qu'elle est l'inverse de la force réfringente. Nous avons par exemple une lentille de 4 D ou $\frac{4}{1\text{ m.}}$; sa distance focale est $\frac{1\text{ m.}}{4} = 0{,}25$ centimètres ; le n° 6 a $\frac{1\text{ m.}}{6}$ ou $\frac{100\text{ cm.}}{6} = 16$ cm. de distance focale, et ainsi de suite.

On arrive avec la même facilité, à l'aide d'un calcul inverse, à déterminer le numéro d'une lentille dont on connaît la distance focale. On nous demande, par exemple, le nombre des dioptries (d) correspondant à une longueur focale de 0 m. 25 cent., nous mettons :

$$d = \frac{1}{0{,}25} = 4 \text{ D}.$$

Voilà tout le principe du nouveau système. Vous voyez dès maintenant qu'il n'est pas plus compliqué que l'ancien. Ce qui seul peut embarasser, c'est qu'à l'époque où nous nous trouvons, nous avons encore à tenir compte de l'ancien système. Mais vous allez voir qu'il est très-simple de passer de l'ancien système au nouveau.

Pour cela on n'a qu'à se rappeler que 1 mètre = 37 pouces de Paris. La dioptrie D correspond donc à une lentille ayant 37 pouces de distance focale.

1 D (ou $\frac{1}{1\text{ m.}}$) du nouveau système est donc $\frac{1}{37}$ = n° 37 de l'ancien.

2 D = $\frac{2}{37} = \frac{1}{18{,}5}$ ou 18,5 de l'ancien.
3 D = $\frac{3}{37} = \frac{1}{12}$ ou n° 12 —
4 D = $\frac{4}{37} = \frac{1}{9}$ ou n° 9 —

Vous voyez donc que pour trouver le numéro de l'ancien système correspondant à un nombre nouveau, on n'a qu'à diviser 37 par ce dernier.

Veut-on au contraire trouver le nombre de dioptries (nombre nouveau) correspondant à un ancien numéro, opération inverse, on divisera 37 par le nombre ancien.

Exemple : nous avons le n° 37 de l'ancien système, nous disons : autant 17 contiendra de $\frac{1}{37}$, autant l'ancien n° 17 représentera de dioptries. Or, diviser 17 par $\frac{1}{37}$ revient à diviser 37 par 17, ce qui donne 2,25 D. Cette difficulté étant résolue, nous nous hâterons d'aborder l'étude de la réfraction et de l'accommodation de l'œil, en y appliquant les données précédentes. (*A suivre*).

(1) Proposition MONOYER.

PATHOLOGIE INTERNE

Essai sur la pathologie des névralgies ;

Par le Dr **OUSPENSKY** (de Saint-Pétersbourg).

La théorie des névralgies, malgré toute sa haute valeur pour la thérapeutique, est pourtant fort peu développée. De quelle manière se développe la névralgie, en quoi consiste l'altération du système nerveux durant l'existence de la maladie, et enfin de quelle manière cette dernière disparaît-elle dans les cas curables, — voilà autant de questions auxquelles, jusqu'à ce jour, il n'y a pas eu de réponse explicite ; et pourtant, sans la solution de cette question, la thérapeutique rationnelle des névralgies ne peut exister.

La cause de cet état résulte du manque des altérations constantes anatomo-pathologiques dans les névralgies, malgré la constance de leurs caractères cardinaux, de sorte qu'il s'est formé une opinion presque générale, qu'au fond de la névralgie se trouve plutôt une altération fonctionnelle du système nerveux, que quelque changement matériel de ce dernier. Il n'y a pas encore beaucoup de temps qu'un tel point de vue était général pour la plupart des maladies nerveuses dans lesquelles pourtant grâce au perfectionnement de l'analyse microscopique, on a pu trouver des altérations pathologo-microscopiques très-intenses. En sorte qu'on a lieu de croire que ces changements ont lieu également dans les névralgies, mais que, pour le moment, on ne peut les constater, grâce au difficultés que présente l'analyse microscopique du système nerveux. Donc, avant tout, il faut résoudre cette question : en quelle partie du système nerveux faut-il chercher ces altérations, et de quelle nature peuvent-elles être ? Nous devons aborder la solution de ces questions comme toutes les autres en général dans la diagnose des maladies, c'est-à-dire, qu'il faut analyser séparément chaque symptôme caractéristique de la névralgie d'après le mode de son origine, et puis tirer les conclusions qui seront sans doute plus ou moins hypothétiques, mais ces hypothèses, jusqu'à leur parfaite constatation par l'anatomie pathologique, pourront être contrôlées par la thérapeutique fondée sur ces hypothèses.

Outre cela, par voie purement expérimentale, nous pouvons analyser quelles altérations produisent dans le système nerveux ces influences nuisibles, qu'on regarde maintenant comme causes des névralgies. Naturellement, la valeur de l'hypothèse formée auparavant sera agrandie ou amoindrie, selon les résultats d'une telle analyse. Dans le cas actuel, nous allons employer les deux méthodes.

Sous le nom de « névralgie », on comprend ordinairement des douleurs qui se produisent spontanément, se ramifient dans les parties du nerf attaqué, quelquefois très-éloignées, et principalement des douleurs non pas continues, mais avec des rémissions et exacerbations al-

ternantes. Cette triade de symptômes caractéristiques se montre réunie dans les névralgies ; donc les éléments de la dernière se trouvent dans une liaison causale entre eux, en sorte que, là où il manque un de ces éléments, au fond, nous n'aurons pas droit de parler de la névralgie.

Avant tout, il faut définir ce que c'est que la douleur et quelles altérations on trouve dans le système nerveux durant l'existence de cette dernière.

Eulenbourg dit que chaque sensation s'accompagne d'un élément de sentiment personnel, lequel pendant l'irritation modérée, agissant sur la terminaison des nerfs sensitifs, est tellement faible, séparément, qu'il ne peut être remarqué, par exemple l'irritation tactile. Mais si l'irritation augmente, ce sentiment commence à se définir plus clairement, et la douleur enfin ne présente qu'un plus haut degré du sentiment qui accompagne chaque sensation.

A l'état normal du système nerveux, la douleur a lieu à chaque irritation plus forte des nerfs de la sensibilité générale. Pour sa production n'ont pas de valeur essentielle ni la qualité de l'irritation, comme cela a lieu par exemple pour les sensations thermiques, ni la place de l'irritation, comme pour le tact. Chaque irritation des nerfs de la sensibilité générale provoque la douleur, si seulement elle dépasse un certain degré d'intensité. Donc *la douleur est principalement évoquée par les altérations qui ont eu lieu dans l'intérieur de l'appareil sensitif nerveux, mais non pas hors de lui.*

Excepté cela, faisant encore attention à l'uniformité de la douleur, malgré la grande variété des agents provocateurs, il faut tirer la conclusion suivante : que *les altérations dans le système nerveux, qui donnent lieu à la douleur, sont d'après toutes probabilités toujours les mêmes, malgré toute la différence de ce qui les évoque.*

En quoi donc peuvent consister ces altérations ? Vu que la douleur démontre un état actif de l'appareil sensitif, on a lieu de croire, qu'il existe, d'après toutes les probabilités, une altération de qualités électriques des nerfs. Mais nous n'allons pas parler de ces dernières, car ces altérations, comme le démontrent les expériences de Hermann, présentent seulement le résultat des altérations chimiques, et ne présentent rien d'essentiel. Par cette raison donc nous passerons tout droit à l'analyse de ces changements chimiques.

Les expériences de Schiff, Ranvier, Heidenhain et d'autres, démontrent que l'irritation des nerfs produit une élévation de température et en même temps une altération de la réaction, laquelle d'alcaline devient neutre dans les troncs et positivement acide dans les centres nerveux, c'est-à-dire dans la substance grise ; cela dépend de la formation de l'acide lactique et du biphosphate de soude. D'après Ranvier, ces produits de la destruction du système nerveux présentent des irritateurs très-forts pour le système nerveux et dont on a lieu de croire *que chaque douleur est provoquée ou du moins accompagnée de la formation d'une certaine quantité des produits de la métamorphose du système nerveux et de leur influence sur ce dernier.*

Maintenant nous pourrons comprendre pourquoi la douleur reste au fond toujours la même, malgré la différence des causes ; toutes ces dernières produisent la même altération dans le système nerveux.

Si cette conclusion touchant l'origine de la douleur est juste, *la cessation de cette dernière peut être seulement amenée par la neutralisation de ces produits par les parties alcooliques du sang et leur résorption consécutive par les vaisseaux sanguins.*

Quant à la quantité des produits de la métamorphose du système nerveux, qui est absolument nécessaire pour qu'une irritation évoque la douleur, on peut dire que cela dépend d'une impressionnabilité plus ou moins grande du système nerveux, sur laquelle a une grande influence l'état de la nutrition de ce dernier. Les expériences de Ranke et l'observation clinique du nervosisme démontrent que la diminution de la nutrition du système nerveux élève considérablement l'impressionnabilité de ce dernier, en même temps que le système moteur subit une altération tout-à-fait contraire ; donc, dans ce cas, l'activité des nerfs vasomoteurs est amoindrie.

Ayant défini la signification de la douleur, nous pouvons procéder maintenant à l'analyse des symptômes caractéristiques des douleurs névralgiques.

Nous avons vu déjà plus haut, qu'à l'état normal, la douleur se montre seulement dans les cas d'excitation plus ou moins forte des nerfs de sensibilité générale, mais dans ce cas, même à l'impressionnabilité élevée du système nerveux, nous reconnaissons l'irritation qui l'a provoquée. Dans les névralgies, au contraire, la cause de la douleur reste ordinairement inconnue pour le malade. On explique ordinairement cette spontanéité apparente des douleurs névralgiques par ce fait que l'irritation qui les provoque se trouve dans l'organisme lui-même et n'agit pas sur l'appareil périphérique terminal. Etant d'accord sur ce point, il me semble qu'il faudrait ajouter que ces irritations intérieures ne sont pas remarquées par les malades, car elles sont très-faibles ; cela résulte encore du fait suivant que, malgré leur action constante, ces irritations évoquent seulement une douleur périodique, mais non constante, ce qui est justement le symptôme caractéristique de la névralgie. L'irritation primitive influant sur les troncs des nerfs mixtes ne provoque presque aucun symptôme dans la sphère motrice, ce qui devrait absolument avoir lieu, si l'irritation périphérique était assez grande.

Quant à la périodicité des douleurs névralgiques, il faut dire que, généralement, au début de la maladie, les douleurs sont plus rares, et encore que l'intervalle entre deux accès est tout-à-fait libre de douleur ; tandis qu'avec le cours du temps les douleurs ne cessent pas tout-à-fait, mais seulement s'affaiblissent, en sorte qu'au commencement les névralgies ont un caractère intermittent qui, plus tard, dans le cours de la maladie, devient rémittent.

Une telle périodicité dans le développement des douleurs névralgiques a été expliquée par l'épuisement qui a lieu dans les nerfs après une longue irritation ; cette explication pourtant n'est pas bonne, car dans le dernier cas il faudrait qu'au commencement de la névralgie, quand le nerf n'est pas trop épuisé, ou qu'il l'est du moins peu, les douleurs devraient avoir le caractère rémittent, et seulement après se changer en intermittent, tandis qu'en général nous observons tout le contraire.

Encore, si l'anéantissement de la douleur était produit par l'épuisement du nerf, dans les intervalles entre les accès, on devrait remarquer une anesthésie dans la partie où se ramifie le nerf attaqué de la névralgie ; cependant les observations multiples de Nothnagel démontrent, qu'au début de la névralgie, on remarque l'hyperesthésie, et seulement déjà beaucoup plus tard l'état contraire, l'anesthésie, aussi bien dans les accès que dans les intervalles entre ces derniers. La périodicité des douleurs névralgiques ne peut pas de même être expliquée par l'inconstance de l'irritation primitive. Pour la pluralité des cas, nous voyons le contraire, jugeant d'après l'étiologie.

D'après moi, *la périodicité des douleurs névralgiques, de même que d'autres accès nerveux, dépend de ce que l'irritation qui les provoque malgré sa constance d'action, peut agir en se cumulant seulement quand elle a atteint un certain degré de force, degré strictement nécessaire pour évoquer un accès quelconque, mais pour chaque moment donné cette irritation est trop faible pour provoquer la douleur.*

De sorte que, d'après moi, la périodicité des douleurs névralgiques, comme celle d'autres accès nerveux, présente une certaine analogie avec la périodicité des mouvements respiratoires, et dans les névralgies ce phénomène se produit de la manière suivante : nous avons démontré plus haut, que, selon toute probabilité, l'apparition de la douleur dépend, d'un côté, de l'impressionnabilité du système nerveux aux irritations extérieures, et d'un autre de la quantité des produits de destruction du système nerveux ; de la rapidité

de l'éloignement de ces derniers dépend la durée de la douleur. Durant l'existence de la névralgie, dans la majorité des cas, l'irritation des nerfs a lieu continuellement, et en même temps continuellement se forment les produits de la destruction du système nerveux; mais seulement au commencement, grâce à l'insuffisance de la quantité de ces derniers, ils n'évoquent pas de douleur, d'autant plus, qu'ils s'absorbent assez rapidement à mesure qu'ils se forment. Mais cela se voit seulement au début de la maladie; plus tard, grâce à une activité prolongée, les nerfs vaso-moteurs s'affaiblissent, et simultanément s'amoindrit l'absorption par les vaisseaux sanguins, car cette dernière est sous la dépendance directe du tonus des vaisseaux comme l'ont démontré les expériences de Berustein. De ce moment commence l'accumulation graduelle des produits de la métamorphose; la quantité de ces derniers devient enfin assez grande pour évoquer les douleurs à un certain degré de l'irritabilité de l'appareil nerveux sensitif. Mais cette irritabilité dans les névralgies s'augmente probablement grâce à l'incomplète restitution de la substance détruite par la métamorphose trop accélérée, d'où résulte une diminution de nutrition.

D'après Ranke, l'impressionnabilité élevée aux impressions extérieures démontre une nutrition insuffisante du système nerveux.

Donc, nous voyons que le premier accès de douleurs névralgiques est produit par l'accumulation d'une certaine quantité des produits de la métamorphose, grâce à l'activité affaiblie des nerfs vaso-moteurs, qui maintenant ont besoin d'une irritation beaucoup plus énergique pour être mis en activité.

Il va sans dire que, dans le cours de la maladie, les accès doivent revenir plus souvent, car l'impressionnabilité du système nerveux est élevée, mais en même temps leur durée sera plus longue à mesure que s'affaiblissent les nerfs vaso-moteurs. Enfin vient un temps, quand l'irritation même forte ne peut plus évoquer les nerfs vaso-moteurs à l'activité, tout au moins à une activité suffisante pour la résorption de toute la quantité des produits de la destruction du système nerveux, où les douleurs névralgiques prendront un caractère de rémission. Ces données théoriques sont soutenues par des observations pratiques. Prenons l'exemple le plus clair — les névralgies traumatiques. Que que temps après la formation du tissu de la cicatrice, on ne remarque pas de douleurs névralgiques, vu que les produits de l'irritation s'absorbent à mesure qu'ils se forment; quelque temps après, on remarque une sensibilité augmentée dans la cicatrice, et encore plus tard un accès de douleur, mais léger et de courte durée. D'après notre théorie, ces symptômes peuvent être expliqués par le commencement d'une diminution de résorption, par suite de laquelle il se forme une accumulation des produits de la métamorphose qui, au commencement, étaient absorbés plus facilement. Puis, l'absorption devient de plus en plus difficile, et définitivement elle devient incomplète; correspondant à cela, les accès de douleur deviennent plus fréquents, durent plus longtemps et enfin ne cessent presque jamais, mais seulement présentent de temps en temps des rémissions.

De cette manière, la faiblesse de l'irritation primitive, que nous avons déduite de l'analyse du premier symptôme caractéristique de la névralgie, entraîne nécessairement la périodicité des douleurs, ce qui est justement le second symptôme caractéristique. Le troisième symptôme cardinal des douleurs névralgiques consiste en ce que ces dernières ne sont pas seulement restreintes à un seul rameau du nerf, mais qu'elles se dispersent sur une quantité plus ou moins grande des rameaux du même nerf, et quelquefois elles passent même sur les nerfs voisins, quelquefois même éloignés. La cause d'une telle ramification de la douleur était expliquée par cela, que l'irritation primaire influe, non pas sur les ramifications périphériques du nerf, mais sur le tronc principal. Cependant nous ne pouvons pas admettre cette explication, vu que:

1° Dans les névralgies traumatiques où l'irritation primitive se borne à un seul ou à quelques rameaux nerveux, les douleurs névralgiques se ramifient pourtant bien loin en dehors des nerfs affectés. Par exemple dans les cas décrits par Romberg, la blessure d'un doigt évoquait la névralgie non seulement dans l'extrémité supérieure, mais aussi dans les nerfs trijumeaux. On peut fournir une masse de pareils exemples. Chacun a observé le développement de la névralgie dans les 1er, 2e et même 3e rameaux du trijumeau par suite de la carie d'une dent, où au fond il n'y avait que la lésion d'un ramuscule.

2° Si l'extension et l'intensité des douleurs névralgiques dépendaient de l'influence de l'irritation primitive sur le tronc nerveux, il faudrait en cas de névralgies intenses des nerfs mixtes, qu'il y eût quelques symptômes du côté des nerfs moteurs, ce qu'on ne remarque pas pourtant ordinairement.

3° Si une telle explication de la propagation des douleurs névralgiques est juste, il faudrait alors s'attendre, après avoir éloigné l'irritation primitive où elle est contenue, à arriver à une cure radicale de la névralgie, mais, par malheur, la chirurgie nous fournit assez d'exemples de l'inutilité de la névrotomie. Donc il me semble que l'explication la plus naturelle de la propagation des douleurs névralgiques consiste en ce que, à cause de l'irritation primitive d'un nerf en quelque endroit que cela soit, il se développe une altération consécutive au centre même du nerf, ce qui justement est le fond de la névralgie.

La physiologie nous enseigne que la transmission de l'excitation d'un nerf sur un autre, est seulement et uniquement possible par l'intermédiaire des cellules nerveuses.

Malgré qu'il semblerait fort étrange de rechercher des altérations pathologiques dans le système nerveux central, même en cas de névralgies évidemment périphériques, il faut pourtant convenir de cela, si nous voulons seulement distinguer les douleurs purement névralgiques des douleurs locales qui ne présentent pas les symptômes énumérés plus haut. Les observations du Pr Trousseau sont très-instructives sous ce rapport. Quand la douleur de locale devient névralgique, on remarque ordinairement une sensibilité plus intense à la pression des apophyses épineuses des vertèbres près desquelles passe le nerf attaqué. Ce fait nous démontre que l'irritation primitive des nerfs ne produit la névralgie que quand elle amène à sa suite une altération secondaire dans le système nerveux central, ce qui n'arrive pas pourtant toujours. C'est un fait reconnu que les causes auxquelles on attribue les névralgies ne les produisent pas toujours, bien que nous ne connaissions pas la raison de ce phénomène.

De sorte que l'analyse des symptômes caractéristiques des douleurs névralgiques nous conduit à cette conclusion *qu'au fond de chaque névralgie se trouve l'irritation du noyau central du nerf affecté. Cette irritation probablement est causée par les produits de la destruction du tissu nerveux dont l'absoption est affaiblie à cause de l'activité amoindrie des nerfs vaso-moteurs; il s'ensuit que les altérations anatomo-pathologiques dans les névralgies doivent être recherchées dans le système nerveux central; et avant tout il faut faire attention à l'altération de la dimension des vaisseaux sanguins.* (*A suivre*).

Recensement de 1876.

Par décret du Président de la République française du 24 août 1876. Art. 1er. Il sera procédé avant l'expiration de la présente année au dénombrement de la population par les soins des maires. — Art. 2. Ne compteront pas dans le chiffre de la population servant de base à l'assiette de l'impôt ou à l'application des lois d'organisation municipale, les catégories suivantes: corps de troupes de terre et de mer; maisons centrales de force et correction; maisons d'éducation correctionnelle et colonies agricoles de jeunes détenus; maisons d'arrêt de justice et de correction, bagnes; dépôts de mendicité; asiles d'aliénés; hospices; lycées et collèges communaux; écoles spéciales; séminaires; maisons d'éducation et écoles avec pensionnat; communautés religieuses; réfugiés à la solde de l'Etat; marins du commerce absents pour voyages de long-cours. — Art. 3. Les Ministres de l'Intérieur et des Finances sont chargés de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des Lois*.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

De l'état sanitaire à Paris.

Les lecteurs du *Progrès médical* ont dû être frappés comme nous du rapide accroissement du chiffre des décès à Paris; le compte rendu officiel de la préfecture nous donne dans les six dernières semaines la progression suivante: 804, 863, 950, 929, 1174 et cette semaine même 1221, chiffre excessivement élevé si l'on songe que près de cent mille personnes ont quitté Paris, ce qui diminue le chiffre de la population de 6 0/0, pendant que les décès s'accroissent d'un tiers. Cette différence est encore accusée par la comparaison des années précédentes où le mois d'août est ordinairement assez sain. — Les renseignements qui nous sont parvenus des grands centres, Londres, Venise, Rome, indiquent aussi une certaine aggravation dans l'état sanitaire, bien prononcée à *Londres*, où le commencement du mois d'août s'est signalé par deux semaines de près de 2,000 décès au lieu de 1250 (chiffre moyen).

Les conditions climatériques sont à juste titre incriminées, les pluies abondantes de ces jours derniers ont par leur continuité notablement abaissé la température élevée du courant du mois d'août; de là, une recrudescence des affections catarrhales et inflammatoires de l'appareil respiratoire, de là aussi ces diarrhées persistantes, ces cholérines subites, s'accompagnant quelquefois de phénomènes inquiétants au premier abord, et qui cette semaine ont frappé un grand nombre de Parisiens. — Ce n'est pas d'aujourd'hui que de telles influences saisonnières s'exercent: on se rappelle que dans ses Aphorismes, le père de la médecine signalait déjà les « flux de ventre » tenaces comme dus à l'empiétement d'un hiver humide sur un été trop accablant. (Aph. 16 iij.)

Mais ces conditions défavorables ne produisent ordinairement que des malaises, elles ne causent la mort que par les complications qui peuvent survenir et surtout par suite de l'âge du malade atteint: c'est ce qui nous rend compte de l'énorme mortalité qui a sévi sur les enfants depuis un mois. Il y a six semaines on ne comptait que 26 cas sur 800, soit 1/32e du nombre des décès dus à de la *diarrhée chlolériforme:* ce chiffre s'est élevé à 112 et 103, soit 10 0/0; à *Londres*, il a atteint celui de 522 sur 1973 décès, soit 25 0/0! La *fièvre typhoïde* a suivi une marche parallèle, et causé 87 décès par semaine. Il en est de même de ces malheureuses « *autres causes* » qui se sont accrues de 30 0/0. — A Londres on a noté plusieurs cas de *choléra nostras*, la statistique est heureusement rassurante: de 26, le nombre des décès est tombé à 5; par contre, à Paris, nous trouvons 3 décès dits par *choléra nostras;* sans vouloir entrer dans une discussion stérile, sur les rapports de cette affection avec le choléra indien, etc., contentons-nous de rappeler que l'épidémie du Bengale est loin d'être éteinte, que ce fléau règne en Syrie, etc. (*Progrès méd.*, 1876, n° 33), et que si une épidémie survenait à Paris, elle serait singulièrement favorisée par la constitution médicale actuelle.

On s'inquiéterait du reste bien à tort de quelques cas de choléra, alors qu'on ne pense pas assez à l'influence des petites causes continues sur l'accroissement de la mortalité et sur la dépopulation de nos villes.— En ajoutant ensemble les chiffres des décès dus à des maladies propres à l'enfance, comme la diarrhée mortelle, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde et la diphthérie, on trouve 25 0/0 du nombre total des décès, encore notre calcul est-il bien au-dessous de la vérité, car il faudrait faire un partage entre l'enfance et l'âge adulte, dans le bilan de la phthisie, des affections chirurgicales et dans le *pêle-mêle* des 395 affections chroniques. — En laissant de côté les tout petits enfants, il est facile de prévoir que c'est par incurie que le plus souvent surviennent ces affections intestinales mortelles, que la mère pourrait arrêter à temps si, avec l'instruction, les notions d'hygiène étaient un peu répandues dans les classes pauvres.

Il n'y a rien d'étonnant après de telles hécatombes d'enfants de voir prédominer le chiffre des décès sur celui des naissances; ces jours derniers, M. de Lavergne appelait l'attention du public sur la dépopulation du pays; on cherche un peu partout des remèdes à cet état de choses; celui que nous proposons est bien simple: c'est d'améliorer assez les conditions hygiéniques générales pour que l'enfant puisse s'en ressentir, c'est de faire tous nos efforts pour abaisser cette énorme mortalité du jeune âge, qui chaque année nous fait perdre la moisson dans sa semence.

H. de Boyer.

Hygiène publique : Sophistication des vins par la fuschine.

L'opinion publique commence à s'émouvoir d'une fraude extrêmement grave et qui, malheureusement, prend des proportions tous les jours plus considérables, je veux parler de la coloration artificielle des vins par la *fuschine*. C'est par centaines de kilogrammes qu'il faut aujourd'hui compter la quantité de cette substance qui se débite pour cet usage, et l'on pourra se faire une idée de l'importance de cette fraude lorsqu'on saura qu'il suffit de 1 fr. 50 de *fuschine* pour colorer une pièce de vin (228 litres).

Tout le monde connaît aujourd'hui le développement industriel qu'a pris la fabrication des couleurs dites d'*aniline*, et sait que cette branche d'industrie est devenue une source de richesse pour le pays. Parmi ces couleurs, une des plus importantes est sans contredit la *fuschine* ou *rouge d'aniline* dont le véritable nom clinique est *chlorhydrate de rosaniline*. Le pouvoir colorant de cette substance la désignait aux falsificateurs et ils n'ont pas manqué d'en faire usage, et cela à un point tel qu'aujourd'hui il est presque impossible de se procurer un vin naturel. Il y a quelques années le vin sortait naturel de la cave du producteur, et ce n'était que dans celle du commerçant qu'il était *coupé*, *mouillé*, qu'il devenait, en un mot, un vin *marchand*. Aujourd'hui le producteur commence par frauder lui-même et le commerçant continue.

Plusieurs motifs poussent à cette fraude. Dans certaines classes de la société, le consommateur aime à voir un vin coloré; il ne peut dans son esprit séparer l'intensité de la coloration, de la force du vin; l'une suppose l'autre; certains vins, peu forts en couleur, ont donc besoin d'être rehaussés pour flatter l'œil du consommateur; sous tous les autres rapports, ils restent naturels; mais ce n'est là qu'un des côtés de la question. Tout le vin qui se débite à Paris provient de mélanges. Chaque débitant a sa formule particulière, tant de pièces de telle provenance, tant de telle autre, telle quantité d'eau, tel volume d'alcool constituent

par leur mélange un vin tout-à-fait naturel pour Paris. Mais il est facile de comprendre que la matière colorante normale du vin ne suffirait pas pour communiquer une teinte convenable au mélange; aussi se sert-on de vins dont la couleur est rehaussée artificiellement. Cette coloration s'obtenait autrefois par le suc de baies de *sureau*, d'*hyèble*, l'infusion de *Roses trémières;* le suc du *physollacca decandra*. Aujourd'hui la *fuschine* a détrôné toutes ces matières grâce à son prix peu élevé et à son pouvoir colorant considérable.

Nous voyons donc que l'addition de la fuschine au vin constitue par elle-même une fraude, elle en permet une beaucoup plus grave : le coupage.

Au point de vue de l'hygiène, la question est encore bien plus intéressante : la plupart des fuschines que l'on trouve dans le commerce sont *arsenicales ;* l'acide arsenique, en effet, intervient le plus souvent dans leur fabrication, et ces couleurs, bien que dans un état de pureté suffisant pour l'industrie, contiennent toujours une certaine quantité de cet acide. Il n'est pas besoin d'insister sur l'importance d'un tel fait; le signaler devrait être suffisant. A part l'action toxique provenant de la présence des composés arsenicaux, la fuschine paraît exercer elle-même une action nuisible sur l'économie. Je dis paraît, car les expérimentateurs ne sont point encore d'accord sur les propriétés toxiques de la *fuschine.* Notre but n'est point d'analyser ici les divers travaux qui ont été publiés sur ce sujet, le lecteur pourra les consulter lui-même.

Qu'il nous soit cependant permis de dire que jusqu'à ce jour on paraissait d'accord pour reconnaître à la fuschine une action nuisible sur l'économie, lorsqu'un travail de MM. Bergeron et Clouet est venu affirmer de la façon la plus absolue l'*innocuité* des mélanges colorants à base de *fuschine pure* (*Rép. de pharm.* n^{os} du 25 juin et du 10 juillet). La publication de ce travail a eu un résultat tout autre que celui auquel les auteurs s'attendaient, j'en suis bien sûr. Ce résultat est constaté par une lettre écrite par un pharmacien distingué de Béziers, M. Bastide, dont nous extrayons le passage suivant :

« Tous les négociants et principaux propriétaires de notre région ont en main depuis quelque temps la notice de MM. Bergeron et Clouet. Un industriel de Rouen (M. Clouet est professeur à l'école de pharmacie de Rouen) fabrique un liquide de consistance sirupeuse qu'il a baptisé du nom de *caramel rouge*, et qui est composé de glycose, renfermant des traces de fer et du sulfate de chaux, et coloré par la fuschine ou un de ses dérivés. L'importance de cette publication, pour cet industriel, n'a pas besoin d'être démontrée. Aussi s'est-il empressé d'adresser à tous les détenteurs de vins, propriétaires et surtout négociants, une brochure élégante que le Répertoire de Pharmacie reproduit textuellement. »

Devant des affirmations aussi énergiques et venant d'hommes occupant des situations officielles tels que MM. Bergeron et Clouet, il serait peut-être permis d'hésiter avant de fixer son opinion, si des recherches toutes récentes publiées par MM. Feltz et Ritter (*Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, juin) ne démontraient d'une façon péremptoire l'action toxique de la fuschine pure. De quel côté est donc la vérité? De nouvelles expériences seront nécessaires ; mais en attendant il n'en est pas moins avéré que la coloration artificielle des vins par la fuschine, pure ou non, constitue une fraude, et une fraude extrêmement grave, qui compromet la santé publique. La Chambre syndicale des vins de Paris, entrant dans ces vues, vient de nommer une commission pour examiner cette question. A la suite du rapport, une lettre a été adressée à M. le ministre de l'agriculture et du commerce pour le supplier d'intervenir et de porter remède à cet état de choses déplorable.

Nous terminerons en indiquant quelques procédés faciles pour reconnaître si un vin est coloré avec de la fuschine. Ces procédés sont basés sur l'énergie avec laquelle la fuschine se fixe sur certaines substances végétales ou animales.

M. Jacquemin conseille de chauffer pendant quelques minutes 15 à 20 centimètres cubes de vin avec une bourre de fulmi-coton ; puis on agite vivement cette bourre dans l'eau pour la laver. Dans le cas où le vin renferme de la fuschine, le coton reste coloré en rose; l'*orseille* produirait le même résultat, mais l'ammoniaque ferait voir la couleur au violet tandis qu'elle décolorerait à la longue la couleur due à la fuschine.

J'ai publié moi-même un procédé tout aussi simple qui consiste à agiter 2 à 3 grammes de noir animal avec une vingtaine de centimètres cubes de vin; on jette le tout sur un petit entonnoir dont la douille est garnie d'un tampon d'amiante; le vin s'écoule en partie décoloré et le noir reste sur l'entonnoir ; on lave avec un peu d'eau; finalement on jette sur l'entonnoir un peu d'alcool, lequel enlève la fuschine au noir et passe coloré en rose d'autant plus intense que la proportion de fuschine dans le vin était plus considérable.

On peut encore tremper dans le vin suspect des bandes de papier à filtrer blanc ; on les lave ensuite à l'eau ; en les trempant dans l'alcool elles lui cèdent la fuschine qu'elles ont fixé.

Le procédé au moyen du noir animal est d'une grande exactitude et permet de reconnaître moins de 2 milligrammes de fuschine par litre de vin. YVON.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Association française pour l'avancement des sciences.

(CORRESPONDANCE SPÉCIALE DU *PROGRÈS MÉDICAL*).

Cinquième session : Clermont-Ferrand.

Séances du 23 *août.*

Séance du matin. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. NIVET (de Clermont) lit un travail sur l'*Étiologie du goître dans le Puy-de-Dôme*. D'après le Dr Garrigou, le goître endémique est limité aux terrains argileux-magnésiens, avec ou sans pyrites. Cette affirmation n'est pas entièrement adoptée par M. Nivet qui résume son travail par ces quelques propositions: 1° Dans le Puy-de-Dôme, les goîtres sont plus communs sur les sous-sols calcaires magnésiens que sur ceux qui sont composés d'autres roches ; 2° Les terrains calcaires magnésiens peuvent cependant former le sous-sol de communes où le goître fait défaut ; 3° Des goîtres nombreux peuvent enfin exister dans des villages bâtis sur la lave, le granit et les terrains cristallisés.

Les causes prédisposantes du goître sont, bien plus que le sous-sol, une habitation dans une vallée ou une plaine humide; le séjour dans des chambres où l'air est chargé de matières organiques et d'acide carbonique, les sueurs excessives, les travaux fatigants, une alimentation insuffisante ou mauvaise. C'est dans ces circonstances qu'on voit apparaître les épidémies de goîtres chez le soldat, d'oreillons et d'orchites, d'adénites spontanées.

Abandonné à lui-même le goître aigu peut devenir par hérédité l'origine de goîtres endémiques; M. Nivet prouve ce fait par d'intéressantes observations et il termine en ajoutant aux causes énumérées déjà une cause d'après lui toute puissante : les grands courants d'air qui descendent des Monts-

Dômes au niveau des cols. Les villages situés sur le chemin de ces courants sont plus que tout autres exposés au goître. Certains villages tels que ceux de Royat, Chamalières, Durtal, Sayat qui se trouvent dans les vallées de la chaîne des Dômes, sont en possession des principales causes qui prédisposent au goître. Pour M. Nivet, le goître devrait être attribué à une diathèse rhumatismale qui, agissant sur le système nerveux vaso-moteur, amène la dilatation de la glande thyroïde. Il ne croit pas devoir séparer le goître endémique du goître aigu.

— L'assemblée interrompt alors son ordre de jour pour procéder à l'élection du Président qui devra diriger la section au prochain congrès du Hâvre. M. Courty (de Montpellier) est élu par 44 suffrages sur 49 votants. Puis, M. le professeur Verneuil est désigné par acclamation comme délégué de la section au conseil d'administration.

M. le Dr Arles (de Montpellier) lit un travail sur le *Traitement de l'inversion utérine par la ligature élastique*. L'auteur rapporte l'observation d'une femme qui avait eu 7 grossesses et trois avortements. A la dernière couche, elle eut une inversion. M Arles tenta, mais en vain, la réduction par tous les moyens ordinaires. Il résolut alors d'attirer au dehors l'utérus inversé et de pratiquer la ligature élastique. Les suites de l'application des tubes de caoutchouc furent des plus simples; et au bout de 15 jours la tumeur se détachait. Tous les moyens employés jusqu'à ce jour doivent, d'après l'auteur qui les passe en revue pour les critiquer tous, céder le pas à ce traitement si simple et si inoffensif.

M. Diday (de Lyon), lit un mémoire sur la *Syphilis par conception*. L'auteur appelle ainsi la syphilis que le fœtus, syphilitique de par son père, inocule à la mère saine jusqu'alors. Des auteurs ont prétendu que la femme ne pouvait être infectée par le fœtus, qu'elle l'était tout simplement par son mari et que l'on avait méconnu le chancre initial. Des 20 observations recueillies par l'auteur, il résulte que la femme n'a pas eu de chancre et qu'elle a été infectée par choc en retour. En d'autres termes, l'homme infecte la femme non seulement comme époux, mais aussi comme père. Tous les pères syphilitiques cependant n'infectent pas ainsi leurs femmes dès la conception; beaucoup y échappent et M. Diday reconnaît que ces faits, quasi indiscutables d'après lui, sont rares cependant.

M. Bourgade (de Clermont) lit un très-intéressant mémoire *Sur le phimosis dans ses rapports avec le diabète*. Cette question, indiquée déjà par quelques auteurs, n'avait pas été assez expressément signalée et on ne lui avait prêté qu'une attention médiocre. M. Bourgade a recueilli tout récemment et presque coup sur coup quatre observations importantes dont il désire entretenir la section. Ce phimosis diabétique est dû à l'action irritante de l'urine chargée de sucre sur le méat, le gland et le prépuce. Du reste, cette action des matières sucrées est très-évidente et les ouvriers employés à la fabrication du sucre présentent souvent des éruptions papuleuses et vésiculeuses sur les parties découvertes du corps. Aussi les tentatives de traitement chirurgical échoueront fatalement tant que la cause du mal persistera. La première indication, la seule peut-être, est le traitement de la glycosurie et souvent le malade guérira sans opération. Aussi M. Bourgade pose comme règle générale de ne jamais opérer un phimosis compliqué de balano-posthite avant de rechercher s'il y a ou s'il n'y a pas de sucre dans l'urine.

M. Verneuil insiste sur les conclusions du travail de M. Bourgade. N'opérez pas le phimosis des diabétiques. Il possède par devers lui la connaissance de deux faits qui n'ont pas été publiés. Mais il sait pertinemment qu'un confrère a perdu deux malades qu'il avait opérés imprudemment d'un phimosis diabétique.

M. Berchon lit un travail sur le *Traitement de l'épulis*. Les premiers malades qu'il a traités l'ont été par l'écraseur linéaire, mais la reproduction avait toujours été rapide. C'est alors qu'il a eu recours à la cautérisation à l'aide de la pâte de Vienne et son premier cas fut un remarquable succès. Il a continué et s'en est fort bien trouvé. Il conseille donc aux praticiens devant lesquels il parle d'avoir recours à un moyen si simple et si efficace.

Séance du soir. — Présidence de M. Bergeron, *vice-président*.

M. Azam (de Bordeaux) fait une communication verbale sur la *Double conscience*; il cite l'observation d'une jeune fille qui, en 1858, présentait des phénomènes hystériques et que l'on regardait comme folle. A la suite de la moindre contrariété, on voyait sa tête se fléchir sur la poitrine; au bout de quelques minutes, elle se réveillait, fort gaie, vaquait à ses occupations et au bout de deux ou trois heures fléchissait de nouveau la tête, puis s'endormait. Lorsqu'elle se réveillait, elle ne se souvenait aucunement de tout ce qui s'était passé dans l'intervalle des deux sommeils. L'amnésie était complète. Cette fille devint grosse; dans l'un de ses états, elle le savait, elle le disait, et même citait le père; dans l'autre, elle ignorait tous ces détails et jusqu'à sa grossesse elle-même.

Depuis qu'il a observé ce fait, M. Azam a fait des recherches et a trouvé, dans l'histoire des maladies nerveuses des cas semblables, aussi rechercha-t-il à voir le sujet de son observation première. Elle s'était mariée; elle a eu 11 grossesses ou fausses couches; mais deux enfants seulement ont vécu. Son état était le même qu'en 1858; elle ne devint enceinte, d'ailleurs, et n'accoucha que dans les intervalles où elle était dans l'état normal. Lorsqu'on l'interrogeait, elle semblait avoir une notion exacte de toute sa vie; il ne paraissait pas y avoir de lacune dans son esprit. Son mari disait que, depuis deux mois, elle n'avait pas eu de ces attaques singulières. C'est alors qu'effrayée un jour par un chien qui courait après elle, elle eut une attaque nouvelle qui dura une demi-heure et pendant ce temps elle oublia sa vie entière, ignorant ce qu'elle avait fait et ce qui s'était passé dans la ville depuis deux mois, date de sa précédente attaque.

Au point de vue de l'hystérie, elle présente de graves phénomènes: convulsions, paralysies, hémorrhagies, taches rouges sur le côté gauche du visage. Il y a évidemment chez cette malade des phénomènes qui sont de la conviction seconde et de l'amnésie. Cet état de conviction seconde n'est autre chose qu'un état de somnambulisme complet. M. Azam insiste alors sur les rapports qui lui paraissent exister entre les phénomènes cérébraux présentés par la malade et les troubles circulatoires. Il rapprocherait volontiers ces accidents de ceux qui ont été reconnus comme dépendant des lésions circulatoires de la 3e circonvolution frontale. Ces phénomènes d'amnésie peuvent être également subordonnés à une anémie circonscrite.

M. Onimus cite plusieurs cas remarquables de plaies et de stigmates observés chez des hystériques et survenant à la suite d'émotions.

M Moreau relate d'ingénieuses expériences qu'il a faites sur des *poissons électriques* auxquels il enlevait la tête et qui n'en conservaient pas moins la sensibilité à la décharge.

M. Baraduc résume les résultats d'une pratique chirurgicale de dix années, dans un grand établissement houiller; or, il n'a observé que très-rarement des accidents graves, même dans les cas de traumatismes les plus violents. Il se demande si l'excellence des résultats obtenus n'est pas due à la race; il croit surtout qu'elle est due aux pansements à domicile; il n'y a pas d'hôpitaux; on voudrait en créer un, mais il s'y opposera de toutes ses forces, car il pense que cet établissement ne serait que nuisible. Les secours à domicile sont préférables.

MM. Laussedat, Manouvriez et Nivet partagent l'opinion de M. Baraduc; M. Nivet ajoute cependant que il est des communes trop pauvres pour payer les secours à domicile; l'hôpital devient alors un bienfait.

M. le Dr Duboué, (de Pau), parle d'un *Nouveau traitement de la fièvre typhoïde*; dans un exposé très-écouté, il raconte par quel enchaînement d'idées puisées dans la physiologie, il en est arrivé à employer l'ergot de seigle. Il avait déjà fait plusieurs essais lorsqu'il a reconnu que M. Bolliard avait fait des tentatives semblables. M. Duboué cite les résultats qu'il a obtenus; sur 47 cas de fièvres typhoïdes traitées par le seigle ergoté, il a eu deux cas de mort seulement. Encore les attribue-t-il à l'intolérance des malades ainsi qu'à la mauvaise qualité du seigle ergoté.

M. le Dr Teissier fait remarquer à M. Duboué que sa statistique n'est ni plus ni moins mauvaise que celle des autres praticiens; il se demande

donc pourquoi l'on emploierait le seigle ergoté puisqu'il ne semble pas supérieur aux autres médicaments.

M. TEISSIER, fils, (de Lyon), lit un mémoire fort bien conçu sur les *Caractères du pouls dans la colique des peintres.* Le pouls est alors lent, vibrant, dur et donne un tracé que l'on peut considérer comme assez caractéristique pour éclairer le diagnostic dans les cas douteux; il est remarquable par une ligne ascensionnelle courte, légèrement inclinée vers son sommet, avec deux rebondissements dont le second plus accentué que le premier. Ce tracé serait le résultat d'une sorte de rétrécissement de tout l'arbre artériel causé par le spasme de la tunique musculaire de l'artère, opinion qui a été émise par M. Guéneau de Mussy.

Il s'engage au sujet de cette communication, fort écoutée, un long débat auquel prennent part MM. FRANCK, LEUDET et CHAUVEAU.

M. DELVAIL (de Bayonne), lit au nom de M. WECKER un travail sur le *Drainage de l'œil.* L'œil peut devenir le siége de sécrétions exagérées; les liquides qu'il contient peuvent se produire en plus grande abondance ce qui amène un excès de tension des membranes enveloppantes, et une trop grande pression intra-oculaire. Pour remédier à cette tension, de Græfe a proposé l'excision d'une partie du diaphragme iridien. M. Wecker démontra, il y a 8 ans, que les résultats obtenus étaient dus non à l'excision, mais à la plaie et à la formation d'une cicatrice qui laissait filtrer au dehors une certaine quantité de liquide. C'est ce qui a conduit M. Wecker à rechercher par l'emploi du drainage un écoulement plus continu et moins hypothétique du liquide intra-oculaire. Les drains dont il se sert sont de simples fils métalliques qu'il laisse définitivement à demeure. Pour pratiquer l'opération, il se sert d'une aiguille porte-fil qui conduit le fil à travers les membranes de l'œil et le laisse en place lorsqu'on retire l'aiguille. On croise ensuite les extrémités du fil que l'on fixe près du globe oculaire dans une petite pince à ressort; puis, à l'aide d'une autre pince, on entortille les fils. L'opération n'est suivie d'aucun accident fâcheux. L'auteur cite des malades qui, depuis 5 mois, portent un pareil drain sans aucun inconvénient; le passage du fil au travers de la cornée ne produit même aucune opacité et ne trouble en rien la vue.

Séances du 24 août 1876.

Séance du matin. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. le Dr FRANCK relate quelques *résultats d'expérience sur les effets de l'excitation des nerfs sensibles sur le cœur, la respiration et la circulation.* Il adopte comme formule générale résumant ses observations, cette phrase de M. Cl. Bernard : « L'arrêt du cœur ou syncope peut se produire sous l'influence d'une excitation douloureuse intense de quelque nature qu'elle soit. »

Sous l'influence d'une excitation douloureuse, le cœur s'arrête, et cet arrêt est plus ou moins considérable suivant l'intensité de l'impression, la sensibilité de l'animal, etc. Certains auteurs cependant pensent qu'une excitation douloureuse produit une accélération; mais c'est là un fait ultérieur. D'autres, comme MM. Arloing et Tripier, admettent qu'une systole brusque et violente succède à l'excitation. Mais M. Franck démontre que ces divers physiologistes n'ont pas tenu compte de l'augmentation brusque de la pression intrathoracique. Ces troubles sont dus à la réflexion de l'impression par le bulbe sur les pneumo-gastriques et pour préciser davantage, par les filets empruntés aux nerfs accessoires. La suppression de la douleur par l'anesthésie entraîne la suppression de la réaction cardiaque, parce que l'instrument de la manifestation cardiaque fait défaut, les nerfs pneumogastriques étant paralysés.

M. le Dr GAYET entretient les membres de la section de quelques points de l'*Anatomie et de la physiologie de la sclérotique.* Il s'occupe d'abord de la substance fibrillaire qui se présente sous la forme de faisceaux à angles aigus, de telle sorte que la sclérotique forme un feutrage épais et non des couches de fibres à direction parallèle, comme certains auteurs l'ont prétendu. Lorsqu'on sectionne ces fibres, dont les faisceaux affectent toutes les directions possibles, on voit qu'elles ont une très-grande tendance à se fixer, et par conséquent à se raccourcir. Les vaisseaux de la sclérotique peuvent se subdiviser en deux variétés : ceux qui traversent cet organe pour pénétrer dans les parties profondes de l'œil; ceux qui nourrissent la membrane. Les premiers franchissent la sclérotique dans une sorte de gaîne tapissée de cellules étoilées qui semblent provenir de la *lamina fusca,* de telle sorte que les vaisseaux cheminent à leur aise dans l'épaisseur de la membrane. Les vaisseaux nourriciers n'ont pas de gaines; les fibres de la sclérotique viennent s'insérer sur leurs parois et maintiennent ainsi béante la lumière du canal. Au niveau du point où le nerf optique pénètre dans l'œil, les mailles de la sclérotique deviennent de plus en plus larges, et c'est au travers de ces mailles que passent les vaisseaux.

Cette étude anatomique jette quelque jour sur la pathologie de la sclérotique. Cette membrane s'enflamme très-rarement d'une manière primitive. Parfois l'inflammation se propage de la *lamina fusca* vers la sclérotique par les gaînes des cellules étoilées qui entourent les vaisseaux, mais le plus souvent c'est du tissu sous-conjonctival que part le processus inflammatoire avant de gagner la membrane fibreuse. Du pus se forme alors dans cette membrane; il provient en grande partie des vaisseaux selon la théorie de Couheim; mais il faut admettre aussi que les cellules situées entre les fibrilles prolifèrent et contribuent à la production du pus. La sclérotique devient alors très-friable et la moindre traction la déchire.

M. PRUNIÈRES, après avoir montré des os recueillis dans un dolmen et dont les uns sont de beaux exemples de *fractures consolidées*, les autres (crânes couverts d'exostoses), seraient, d'après l'auteur, des spécimens de *syphilis préhistorique,* entretient la société d'un cas de *bézoards hordéacés* provenant d'un homme soumis d'une façon intermittente à l'usage du pain d'orge. Ces bézoards ont été expulsés avec les fèces au nombre de 16 au moins. Ils sont dus à une accumulation de cariops d'orge.

M. le docteur FRÉDET (de Clermont) lit un travail sur la *Morsure de la vipère en Auvergne.* Cette morsure est très-grave : elle amène la mort ou compromet la santé pour longtemps. Dans plusieurs des observations de M. Frédet, l'animal s'est introduit sous les pièces du vêtement pendant que les vignerons dorment en plein air. Le vigneron se réveille il saisit l'animal pour s'en débarrasser et c'est alors qu'il est mordu à la poitrine, au ventre ou à la main. La douleur n'est pas en général très-forte mais bientôt surviennent de l'abattement, des tendances à la syncope, puis des nausées, des vomissements; la face est subictérique; les selles se liquéfient et la mort ne tarde pas. Lorsque les malades se remettent ce n'est que peu à peu et encore le lieu où ils ont été mordus reste longtemps douloureux. M Frédet cite trois observations suivies de mort. M. le professeur Robin a donc tort de dire que la morsure de la vipère est rarement grave. Il s'appuie sur l'observation de son propre chien qui, deux fois à la chasse, a été mordu par des vipères sans qu'il soit mort. Mais M. Frédet de son côté a vu son chien mordu mourir en deux heures.

A la suite d'une longue discussion à laquelle prennent part MM. CHAUVEAU, LAUSSEDAT, FRÉDET et VERNEUIL, l'assemblée tombe d'accord sur ce point qu'il serait de toute nécessité de rétablir la prime que les conseils généraux donnaient par tête de vipère.

M. POMMEROL communique ses recherches *Sur la fièvre intermittente dans la Limagne.* Elle est fréquente ce qui s'explique par la présence de nombreux marais; il esquisse une sorte de géographie paludéenne fort intéressante. Comme la plupart des observateurs, il a reconnu l'existence de fièvres vernales et automnales; les premières sont les plus fréquentes.

Séance du soir. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. le Dr FLEURY (de Clermont) lit un court mémoire *Sur la fréquence du cancroïde des lèvres en Auvergne.* Il ne croit pas que le tabac puisse être incriminé dans la grande majorité des cas, et la preuve c'est que les ouvriers de la ville fument beaucoup plus que les habitants de la plaine qui, eux-mêmes, fument plus que les montagnards. Cependant le can-

croïde des lèvres est beaucoup plus fréquent chez les montagnards que chez les habitants de la plaine, et chez ceux-ci que chez ceux des villes. Ce n'est donc pas l'usage du tabac, mais surtout la saleté qui, chez les montagnards, est véritablement incroyable et provoque l'apparition du cancroïde.

M. le Dr DUBOST apporte au congrès des documents statistiques sur la *Mortalité des jeunes enfants*. Il l'attribue en grande partie à l'ignorance des mères qui donnent dès les premiers mois des aliments solides à leur nourrisson. Il faudrait donner à ces mères quelques notions d'hygiène. Ne pourrait-on pas annexer aux livres de piété, aux paroissiens, aux catéchismes et aux missels quelque appendice court et substantiel où se trouveraient résumés les principes les plus utiles de l'hygiène domestique ?

M. VERNEUIL fait remarquer que cela est du domaine de nos seigneurs les évêques diocésains, et il craint fort que le congrès soit sans influence sur eux.

M. PEYRAUD (de Libourne) fait une communication *Sur les propriétés caustiques du brômure de potassium et sur son emploi comme médicament externe.* — En 1872, M. Peyraud découvrit en faisant des injections concentrées de bromure sous la peau de lapins, que la peau qui avait été impressionnée par ces solutions, au bout de quelques jours se desséchait, se tannait et s'éliminait. Au bout de quelques jours, le tissu avait perdu sa vitalité. M. Peyraud, se basant sur une expérience de M. G. Sée, attribue ce phénomène à une gangrène par anémie, déterminée par l'arrêt de la circulation capillaire dans les parties touchées par la solution. M. Peyraud pensait alors qu'on pourrait tirer parti de cette propriété escharrotique du bromure pour détruire certaines tumeurs malignes ou autres, soit en injectant dans ces tumeurs des solutions concentrées de bromure, soit en attaquant préalablement la surface de la peau et en faisant ensuite des applications de bromure en poudre sur la peau dénudée. Le bromure, en effet, n'agit que sur les surfaces ulcérées ou dénudées. Il n'attaque jamais les tissus recouverts de leur tégument, resterait-il en contact avec eux aussi longtemps que possible. On peut donc en mettre en excès sans nuire aux parties saines, son action se portera toujours sur les parties malades.

Ce n'est qu'en 1874, au mois d'avril, que M. Peyraud a eu l'occasion de faire pour la première fois l'application thérapeutique de cette découverte. En 28 jours, il a détruit jusqu'au pédicule, par des applications quotidiennes de bromure pulvérisé, une masse fongueuse, cancroïdale, qui envahissait les deux tiers de la face.

M. Besnier, quelques mois après, est venu confirmer ce fait en guérissant par le bromure pulvérisé un malade atteint d'un lichen hypertrophique de la jambe pour lequel il fallait l'amputation de la cuisse. M. Peyraud a continué, depuis, ses recherches sur l'emploi externe du bromure en poudre, en solution, en glycéré, en pommade. En poudre, il guérit le cancroïde, pourvu qu'il ne soit pas trop étendu; mais selon les régions, ses applications sont très-douloureuses, surtout si la surface cancroïdale est étendue. L'eschare formée par la poudre de bromure a l'épaisseur d'une pièce de deux francs, elle ne se produit pas instantanément, ce n'est que vingt-quatre heures après qu'elle apparait ; elle est demi-transparente lorsque la plaie ne saigne pas ; elle est sèche; il semble que la plaie sur laquelle elle repose est diminuée d'étendue, on dirait qu'elle est ratatinée. Cette eschare s'élimine rapidement. Mais où le bromure a des propriétés remarquables, c'est dans le traitement des crasses des vieillards. M. Peyraud cite douze cas de guérison de crasses par l'application soit du bromure en poudre, soit de la pommade suivante :

Bromure potassium............	4 gr.
Pommade limaçon..............	20 »

Dans deux cas d'ulcères atoniques des jambes, M. Peyraud s'est très-bien trouvé de l'emploi du bromure uni à la glycérine :

Glycérine....................	100 gr.
Bromure potassium............	10 —

M. Besnier a, lui aussi, guéri des ulcères atoniques, mais par l'emploi du bromure en poudre. Ce qu'il y a de remarquable, c'est la rapidité de la cicatrisation après la chute des escharres. M. Peyraud se sert de la même formule pour le traitement des eczémas chroniques rebelles, contre le pytiriasis et d'une façon générale contre les affections dartreuses. Dans les granulations du col, il introduit des tampons imbibés de cette glycérine, et cela tous les jours ou tous les deux jours. Dans les cas plus graves, les ulcérations et les affections végétatives de cet organe, M. Peyraud insuffle directement sur le col le bromure en poudre au moyen d'un long tube de verre, et applique ensuite un tampon de charpie sèche. Dans tous les cas, le bromure a fait merveille. M. Peyraud cite ensuite un cas de tumeur lacrymale guéri par l'instillation quotidienne d'une petite pincée de bromure pulvérisé dans l'angle interne de l'œil. Des larmes chargées de ce sel ont suffi à modifier la tumeur ; elle s'est peu à peu durcie, puis a progressivement disparu. De concert avec M. Besnier, M. Peyraud a guéri un lupus non ulcéré. Selon les indications de M. Peyraud, ce lupus a été attaqué d'abord par un vésicatoire, puis, sur le vésicatoire dénudé, on a appliqué du bromure en poudre. Le malade a très-peu souffert. M. Besnier avait déjà guéri par ce procédé plusieurs lupus.

En pommade, en glyceré, le bromure fait avorter les boutons d'acné. Appliqué en pommade sur le bourrelet érysipélateux, il arrête souvent l'inflammation ou l'atténue considérablement. Peut-être, ajoute M. Peyraud, aurait-il aussi des propriétés résolutives dans le phlegmon ou l'inflammation chirurgicale en général. Ne sait-on pas qu'appliqué sur la peau, il arrête ou diminue la circulation capillaire. Enfin, M. Peyraud s'est servi avec succès de solutions plus ou moins concentrées de bromure dans les maladies suivantes :

5 grammes sur 60, dans le chancre phagédénique, dans le chancre induré, dans les plaques muqueuses ; en collutoire, contre les vomissements des phthisiques, dans les angines couenneuses pour favoriser les badigeonnages et peut-être guérir la maladie, dans la stomatite ulcéreuse, dans les granulations de la gorge. — 10 grammes sur 500, comme abortif dans les angines simples ou pultacées, dans la stomatite ulcéreuse, dans l'ozène. — 5 grammes sur 120, dans la blennorrhagie; dans un cas il y a eu cystite du col, s'emploie comme abortif, après la période inflammatoire dans les blennorrhagies rebelles.— 10 grammes sur 200, en pulvérisation, dans la laryngite chronique.

Enfin, 10 grammes sur 500, dans les épistaxis rebelles, comme hémostatique local. Comme hémostatique général, le bromure à haute dose a des avantages encore plus marqués. M. Peyraud cite plusieurs cas d'hémoptysie et de métrorrhagie, que ni l'ergot, ni le perchlorure de fer, ni la ratanhia n'ont pu arrêter, et dont le bromure a eu rapidement raison. Ceci, ajoute M. Peyraud, doit faire voir avec quelle circonspection on doit administrer le bromure à l'époque de la menstruation.

M. BLATIN fils, de Clermont, communique une note sur le *Rôle de la courbature musculaire dans la production de l'urée et de son application dans la thérapeutique des divers états pathologiques notamment de l'arthritisme.* Jusqu'ici la science considère le travail musculaire comme se faisant sans une suroxydation des albuminoïdes. On n'a pas étudié la courbature. Or, la courbature s'accompagne toujours de productions considérables durée, quelquefois 75 grammes par jour. Donc dans la courbature il y a suroxydation des albuminoïdes. Ces notions peuvent s'appliquer au traitement de l'arthritisme dans lequel l'acide urique est l'origine des accidents. Par la courbature, la combustion des albuminoïdes chez les arthritiques ne donne plus d'acide urique, mais bien de l'urée.

M. VERNEUIL parle de *certaines formes graves du coup de fouet.* Le coup de fouet est caractérisé, on le sait, par une douleur vive et soudaine qui survient dans le mollet à la suite d'une contraction de ses muscles.

Avec J. L. Petit, les auteurs attribuent cette douleur subite à la rupture du tendon du plantaire grêle. Cependant cette théorie ne parut pas satisfaisante et bientôt Sédillot, l'ancien,

invoque une rupture musculaire. L'accident était réputé sans gravité, néanmoins et sans qu'on s'expliquât bien nettement à cet égard, on admit presque dès le début deux formes, l'une bénigne, et l'autre grave ; c'est de cette dernière que M. Verneuil entretient les membres du congrès, car en peu de temps il a pu en recueillir quelques observations. Dans l'une, il s'agit d'un tailleur atteint de varices et chez lequel, après un effort, la douleur du coup de fouet se fit sentir. Il s'alita ; dès le lendemain, on constatait l'existence d'une ecchymose énorme; puis la jambe enfla, l'œdème et la douleur firent des progrès, et l'on reconnut une phlébite qui bientôt passa du membre inférieur gauche dans le droite. Le malade finit par guérir, mais la guérison se fit attendre deux mois. M. Verneuil cite encore le cas d'un de ses clients, fort chasseur quoique variqueux, et chez lequel des accidents semblables se manifestèrent. Il a pu enfin recueillir oralement deux observations importantes: dans l'une, le malade fut emporté par une embolie consécutive à la phlébite déterminée par le coup de fouet, dans l'autre l'infection purulente se serait déclarée et la mort en aurait été la conséquence rapide.

Il résulte de ces observations que le coup de fouet n'est pas toujours un accident sans importance; qu'il peut être grave et que, surtout chez les variqueux, on doit prendre les précautions les plus grandes : repos, immobilité pendant plusieurs jours jusqu'à ce que la phlébite soit conjurée ou guérie si elle se manifeste. D'après M. Verneuil, en effet, la théorie de J. L. Petit doit être provisoirement abandonnée jusqu'au jour où une autopsie viendra prouver la rupture du plantaire grêle, qui n'a jamais été observée ; la théorie de Sédillot sur la rupture musculaire doit être admise ; elle est prouvée par des faits, mais il y a d'autres causes, et M. Verneuil attribue les formes graves du coup de fouet à la déchirure des veines variqueuses volumineuses qui traversent les muscles du mollet. Au moment d'un effort, elles se rompent; de là, la douleur subite, l'ecchymose considérable, la phlébite, et tous les accidents qui peuvent en dériver.

M. Chauveau, tout en admettant cette pathogénie nouvelle, dit qu'il faut admettre également la rupture musculaire, car il en a été victime et il a parfaitement observé sur lui-même la rupture du muscle jumeau.

M. Vibert (du Puy) fait une série de communications : la première sur un *Nouveau mode de suture* pour favoriser la réunion par première intention ; le deuxième sur l'*Influence pernicieuse des alcôves;* les plaies y guérissent fort mal et des accidents graves y assaillent souvent les blessés; la troisième sur nouveau *mode de conservation du vaccin.*

M. Franck présente au nom du professeur Marey des inscriptions photographiques de variations électriques des nerfs et des muscles avec l'électromètre de Lippmann.

M. Manouvriez lit une note *Sur les troubles de la sensibilité dans la contracture idiopathique des extrémités.* Des six observations de contracture idiopathique des extrémités, dont quatre portant sur des femmes dans l'état puerpéral, nous pouvons tirer les conclusions suivantes : 1° outre divers troubles sensitifs (sensations douloureuses ou seulement anormales), il existe *constamment* dans la tétanie, en dehors des accès et après leur cessation définitive, une *paralysie* plus ou moins accentuée des *sensibilités* au tact, à la douleur, à la température et au chatouillement de la peau et souvent même des muqueuses, ayant son siége de prédilection dans les parties affectées de contracture et ne s'accompagnant qu'exceptionnellement d'altération des sens. Ces altérations de la sensibilité justifient l'essai du bromure de potassium que nous avons heureusement tenté contre cette maladie ;

2° Dans l'étude des paralysies sensitives, l'*æsthésiomètre* est indispensable pour apprécier rigoureusement l'état de la sensibilité tactile ;

3° Cliniquement, l'analgésie se dédouble en analgésie proprement dite ou perte de la sensibilité à la douleur pour ainsi dire physiologique, immédiate ou provoquée et en *anodynie* ou abolition de la sensibilité à la douleur pour ainsi dire pathologique, consécutive ou spontanée. Dans une de nos observations, en effet, la brûlure, qui n'avait pas été sentie immédiatement en tant que traumatisme, l'avait été consécutivement en tant que processus pathologique.

4° Les *diverses espèces de sensibilité* (æsthésie, algésie, odynie, pallesthésie, thermesthésie, sensibilité d'activité musculaire et même le sens du goût) peuvent être *altérées indépendamment les unes des autres.* Peut-être un jour sera-t-il possible de démontrer qu'à ces sensibilités correspondent des conducteurs spéciaux ou tout au moins des corpuscules terminaux périphériques anatomiquement distincts pour chacune d'elles.

Séance du 25 août.

M. Planat lit un mémoire *Sur les effets et les causes des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales dans les populations rurales.*

M. Chibret lit une première note *Sur la myopie progressive chez la femme*; il la conclut par ces deux propositions: 1° la myopie progressive est très-grave chez la femme et assez fréquente pour que l'auteur ait pu en recueillir 16 observations ; 2° Il est nécessaire de faire porter préventivement des verres appropriés aux diverses formes de la myopie.—La deuxième note de M. Chibret a pour titre : d'*un nouveau procédé pour le traitement de l'ectropion.* La troisième porte sur les *altérations rapides des solutions à l'atropine.*

M. Gagnon (de Clermont), lit un mémoire ayant pour titre: *Contribution à l'histoire du goître exophthalmique* et dans lequel il démontre par deux observations remarquables que contrairement à l'opinion des auteurs le goître exopthalmique peut survenir avant l'âge de la puberté. Il relate un fait dans lequel les relations de la chorée et du goître exophthalmique sont démontrées de la manière la plus évidente.

M. Verneuil lit au nom de M. Cornillon (de Vichy), une note sur les *Ulcères et les fistules diabétiques.* M. Cornillon a relaté trois faits dans lesquels des fistules, reliquats invétérés d'abcès survenus chez des diabétiques, des ulcères étendus et durant depuis un temps infini, ont disparu en quelques jours sous l'influence du traitement alcalin. Le diabète a été amélioré ; immédiatement cette amélioration a retenti sur les affections locales : fistules et ulcères. C'est au bout de 5 jours, 3 jours et 8 jours que la cicatrisation a eu lieu dans les trois observations. Dans cette note, M. Cornillon conclut à l'utilité qu'il y aurait à créer une variété d'ulcères diabétiques comme il y a des ulcères variqueux et tuberculeux.

M. Verneuil lit ensuite au nom de M. Nepveu une note très-intéressante sur l'*Oligurie traumatique* ; nous y reviendrons plus tard et nous donnerons une analyse détaillée de ces cas dans le journal.

La 3e note que lit M. Verneuil est de M. le Dr Ledentu et se rapporte à un cas d'ulcères tuberculeux du voile du palais, des gencives et des lèvres. Les ulcérations tuberculeuses des lèvres n'avaient pas encore été observées et décrites; elles se présentent là comme sur la langue et l'on peut y voir ce petit sablé de granulations jaunâtres caractéristiques des ulcères tuberculeux de la langue.

M. Reclus fait remarquer que M. Trélat attribuait ces granulations à une oblitération des goulots glandulaires. Cette interprétation est évidemment fausse; car les glandules font défaut dans la plupart des points où l'on observe des ulcères tuberculeux de la bouche: il est une explication plus simple et que M. Reclus propose car il en a constaté l'exactitude : les granulations jaunâtres sont dues à la dégénérescence des papilles et des bourgeons charnus qui sont au fond de l'ulcère. Les vaisseaux de ces bourgeons charnus et de ces papilles s'oblitèrent, car dans les tissus tuberculeux les vaisseaux ont, on le sait, une grande tendance à l'oblitération ; alors la dégénérescence granulo-graisseuse se fait de la périphérie au centre. De là les granulations jaunâtres que l'on aperçoit toujours dans le fond des ulcères tuberculeux.

M. Imbert-Gourbeyre, de Clermont, lit un mémoire sur les *propriétés dolorigènes de l'arnica* appliqué sur les tissus sains et de ses *propriétés vulnéraires* lorsqu'on l'emploie dans les *traumatismes.*

— La session est ensuite déclarée close et la séance est levée.

P. Reclus.

Nécrologie. — Le *Lyon médical* annonce la mort, à 27 ans, de M. F.-J. Davat, élève des hopitaux de Lyon et de Paris. — Nous apprenons la mort de M. Cl.-Fr.-Ad. Challan, médecin en chef de l'hopital de Senlis, etc., qui était âgé de 47 ans et celle de M. le Dr Putégnat de Lunéville.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 août 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. ROGER lit un rapport au nom de la Commission des eaux minérales.

M. DEPAUL fait un rapport verbal sur une observation présentée, il y a déjà quelque temps, par M. Bitot, de Bordeaux, sur une oblitération osseuse congénitale des orifices postérieurs des fosses nasales.

M. GOSSELIN a vu un cas à peu près analogue, sur une jeune fille âgée de 17 ans. La malade n'avait qu'une seule fosse nasale oblitérée. Comme elle pouvait facilement respirer par l'autre cavité nasale, une opération était inutile.

M. RICHET a pratiqué en 1874, une opération pour rétablir le passage de l'air à travers les deux narines oblitérées en arrière par une fausse membrane accidentelle. Le sujet, ancien marin, avait perdu totalement le sens du goût: les inconvénients très-désagréables qui résultaient de cette anosmie, le poussèrent seuls à se faire opérer. La fausse membrane fut traversée par une sonde à dard, et l'ouverture maintenue béante à l'aide d'un tube en caoutchouc. Dès le lendemain, l'odorat et le goût étaient revenus. Les résultats définitifs de l'opération sont inconnus, car le malade n'a pas été revu.

M. VISEUR lit un travail sur un cas de communication de la morve à l'homme, puis de l'homme à quelques animaux, juments, ânes, chèvre. L'inoculation a rendu morveux plusieurs de ces animaux.

M. COURTY lit un mémoire sur des manifestations de rhumatisme et de goutte chez les calculeux après l'opération. — La séance est levée à 4 h. 3/4. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances d'avril 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

7. Cancer colloïde des ovaires et cancer consécutif du péritoine; par M. COSSY, interne des hôpitaux.

Charp..., Jeanne, 30 ans, entrée le 17 janvier 1876 à la Charité (service de M. BERNUTZ), n'a jamais eu d'enfants.

Elle était très-bien réglée, mais peu abondamment. Le début de sa maladie remonte à 2 ans. A cette époque — et jusque-là elle s'était parfaitement bien portée — elle remarque dans le flanc droit une petite tumeur très-dure, qui augmente peu à peu. Quatre à cinq mois plus tard, ascite; la malade maigrit, mais elle a bon appétit, elle va bien à la garde-robe, ses règles continuent à venir comme d'habitude. Elle n'éprouve *aucune douleur dans le ventre*.

En *octobre* 1875 elle entre à l'hôpital Temporaire; on pratique la *ponction* abdominale qui donne issue à 12 litres de sérosité très-claire. Depuis cette époque ses règles se sont arrêtées et l'amaigrissement fait de grands progrès.

A son entrée dans le service, nous constatons les phénomènes suivants: Ascite considérable; lorsqu'on déprime la paroi abdominale, on sent, après avoir déplacé une épaisse couche de liquide, des tumeurs dures, mamelonnées, existant dans toute l'étendue de l'abdomen, mais surtout dans les parties latérales.

Toucher vaginal: Col refoulé en haut et en avant. Dans le cul-de-sac postérieur on sent deux ou trois tuméfactions dures, bosselées, donnant au toucher une impression analogue à celle fournie par le palper abdominal.

Grande maigreur: L'aspect de la malade fait penser au faciès ovarien de Spencer Wells. Les règles sont supprimées. Aucune douleur dans l'abdomen. Pas de constipation; pas d'enflure des extrémités, pas de palpitations ni de dyspnée. L'appétit est conservé. Râles sous-crépitants à la base des deux poumons, surtout à gauche.

Ponction de l'abdomen le 1er *février*. On retire plusieurs litres de sérosité rougeâtre.

10 *février*. Œdème de la jambe gauche.

29 *février*. 2e ponction: 12 litres de liquide claircitrin.

13 *mars*. Œdème des deux membres inférieurs.

23 *mars*. 3e ponction; plusieurs litres de liquide rougeâtre. — Mort le 5 avril, à 6 heures du soir. Le diagnostic porté pendant la vie avait été: *Cancer généralisé du péritoine*.

AUTOPSIE le 7 avril 1876, 16 heures après la mort. — Cavité thoracique. Epanchement abondant de sérosité sanguinolente dans la cavité pleurale gauche. Pas d'adhérences. — Poumons sains, ainsi que le péricarde, le cœur et l'aorte à son origine.

Cavité abdominale. A l'ouverture de l'abdomen il s'écoule une quantité énorme d'un liquide séro-sanguinolent.

Au-dessous du foie et de l'estomac, attenant à ces deux organes et surtout à l'axe du côlon, on découvre une *tumeur* jaunâtre, volumineuse, de forme triangulaire, à base supérieure, aplatie, et dont les dimensions rappellent celles du grand épiploon. Cette tumeur blanc-jaunâtre, sans être dure à la coupe, est cependant assez résistante; la pression fait sortir un liquide blanchâtre, dans lequel on découvre à l'examen microscopique de nombreuses cellules de formes variées. Nous avons affaire à un *sarcome du grand épiploon*.

On remarque de plus sur toute l'étendue du péritoine viscéral et pariétal, des granulations grisâtres ou blanchâtres, plus ou moins volumineuses, quelques-unes grosses comme des noisettes et plus, évidemment de nature cancéreuse.

Enfin le tiers inférieur de la cavité abdominale est rempli par deux énormes masses ovoïdes qui émergent du bassin. Ces deux tumeurs, situées l'une à droite l'autre à gauche, présentent de nombreuses bosselures fluctuantes. Lorsqu'on incise ces bosselures, il s'en écoule un liquide blanchâtre, très-épais, gélatineux; leurs parois sont molles. En aucun point on ne remarque de partie indurée. Ces tumeurs sont évidemment formées aux dépens des deux ovaires, dont les vésicules de Grafe se seraient hypertrophiées et dilatées. Nous sommes en présence des *kystes multiloculaires* de l'*ovaire*, non pas de kystes simples, mais de kystes complexes, remarquables par l'épaisseur et la nature gélatineuse du liquide contenu dans les différentes loges. Ces caractères du liquide nous permettent d'affirmer la nature maligne de cette lésion ovarienne, et de la regarder comme ayant été le point de départ des productions cancéreuses du péritoine, qui sont évidemment secondaires.

L'*utérus* est remarquablement atrophié mais son tissu paraît sain, de même que les *trompes*, le *vagin* et la *vessie*.

Le *foie* est congestionné, les reins sont petits, jaunâtres.

CONCLUSION. Nous croyons avoir eu affaire à un cancer colloïde avec dégénérescense kystique des ovaires, ayant amené secondairement un cancer du péritoine.

8. Raréfaction du tissu osseux de la tête humérale dans un cas de cancer récidivant; par M. RECLUS, interne des hôpitaux.

M. RECLUS montre une tête humérale dont la forme est singulièrement altérée: son cartilage d'encroûtement offre une dépression qui parait résulter du contact avec le bourrelet glénoïdien de l'omoplate. Au-dessous du cartilage, le tissu osseux est raréfié, et même en partie résorbé. Cette pièce provient d'une femme de 60 ans qui fut opérée pour une récidive de cancer au sein et dans les ganglions axillaires. A la suite de l'opération, il se développa une contracture du bras, et un thrysmus violent apparut. La section des nerfs qui innervent les parties contracturées fut faite; mais la malade succomba bientôt à un érysipèle intercurrent.

9. Rapport de M. Raymond sur la candidature de M. Féré au titre de membre adjoint.

Les recherches de M. Féré ont été faites à la Salpétrière dans le service de M. Charcot. Elles ont porté sur 54 têtes de femmes. Le premier chapitre du travail est consacré à l'étude des rapports des diverses parties du cerveau entre elles. Lorsqu'on examine l'encéphale hors du crâne, et reposant sur un plan, le sillon de Rolando parait plus rapproché de l'extrémité antérieure du cerveau, parce que la convexité des hémisphères tend à se redresser surtout dans sa partie postérieure qui semble plus longue. Il n'en est plus ainsi quand on étudie le cerveau dans le crâne, la tête étant maintenue dans la situation qu'elle occupe dans la station verticale. C'est dans cette position qu'ont été pratiquées les mensurations, à l'aide d'un compas à glissière, à longues branches mobiles, imaginé à cet effet; la convexité des hémisphères était maintenue par

la dure-mère incisée seulement au niveau des sillons. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

La longueur totale d'un cerveau de femme étant en moyenne de 16 cent., l'extrémité interne du sillon de Rolando est à 111 millimètres en arrière de l'extrémité antérieure du cerveau et seulement à 49 millimètres de son extrémité postérieure. L'extrémité antérieure du sillon est à 71 millimètres de l'extrémité antérieure du cerveau et à 89 millimètres de l'extrémité postérieure. Ces distances varient souvent de quelques millimètres d'un côté à l'autre, mais le sillon n'a pas paru plus souvent reculé à gauche qu'à droite.

Dans une communication ultérieure, M. Féré a signalé une anomalie remarquable du sillon de Rolando qu'il a trouvé deux fois interrompu par un pli de passage unissant les deux circonvolutions ascendantes. Cette disposition n'avait encore été signalée qu'une seule fois par Wagner.

Il insiste sur la forme de la troisième circonvolution frontale qui serait à peu près constamment constituée par deux anses à concavité inférieure, à cheval sur deux plis, l'un postérieur, branche antérieure de la scissure de Sylvius, oblique en haut et en arrière; l'autre, antérieur, oblique en haut et en avant.

Si, entre les origines assez rapprochées de ces deux plis sur la scissure de Sylvius, on pratique une coupe transverso-verticale de l'hémisphère, on entame légèrement la tête du noyau caudé.

Une autre coupe, parallèle à la première et passant par l'extrémité postérieure du sillon de Rolando, passe un peu en arrière de la limite postérieure de la couche optique. On connaîtra donc les limites approximatives des masses grises centrales, si on remarque qu'elles ne dépassent pas en haut un plan horizontal passant à 35 millimètres environ au-dessous de la convexité des hémisphères. Ces données peuvent être utilisées pour la localisation exacte des lésions cérébrales.

Vient ensuite l'étude des rapports des plis cérébraux avec les sutures du crâne. Gratiolet, le premier, en 1857, avait cherché à déterminer ces rapports en faisant des moules de la cavité crânienne. Il crut reconnaître sur ces empreintes que chez l'homme, comme chez les primates inférieurs, le sillon de Rolando était parallèle et sous-jacent à la suture coronale. C'était une erreur que M. Broca a réfutée en imaginant de pratiquer des trous de vrille au niveau des points d'intersection des sutures et d'enfoncer dans le cerveau des chevilles qui indiquaient exactement le rapport de la suture avec le point où elles pénétraient. Par ce procédé, M. Broca a pu montrer que le sillon est de beaucoup postérieur à la suture et plus oblique qu'elle; il a indiqué aussi la correspondance assez fréquente du lambda avec la scissure perpendiculaire externe. (*Bull. Soc. anat.*, 1861, p. 340.)

En 1873, M. Heftler a fait, sous l'inspiration du professeur Landzerts, de Saint-Pétersbourg, des recherches sur le même sujet à l'aide d'un procédé de moulage très-compliqué; il n'a ajouté que peu de chose aux résultats indiqués par M. Broca.

Dans ces recherches, c'est le procédé des chevilles qui a été employé ; il a donné les résultats suivants : La scissure perpendiculaire externe affecte des rapports assez constants avec le lambda : 35 fois sur 54, elle lui correspond exactement ; 17 fois, elle est de 1 à 4 millimètres en avant ; et 2 fois à 2 ou 3 millimètres en arrière. Le sillon de Rolando, plus oblique que la suture coronale, est situé à son extrémité interne à 45 millimètres en moyenne en arrière du bregma. A son extrémité externe il se rapproche de l'extrémité externe de la suture coronale, dont il s'éloigne seulement de 2 et demi à 3 centimètres.

Dans des recherches ultérieures, M. Féré a trouvé que sur l'homme, en raison sans doute du volume plus considérable du cerveau, l'extrémité interne du sillon de Rolando est plus éloignée du bregma ; la distance est de 48 millimètres en moyenne. Ce résultat concorde avec celui qui avait été donné par M. Broca. Ces rapports du sillon de Rolando sont certainement des plus importants à connaître puisque c'est dans les circonvolutions qui le bordent qu'on localise les centres psycho-moteurs.

Dans certaines conditions pathologiques, la situation du sillon de Rolando peut présenter quelques variations. Dans une note communiquée à la société de Biologie, M. Féré les a rangées en deux groupes. Dans le premier, il y a réduction de volume de certaines parties du cerveau : Chez deux idiotes, le sillon de Rolando avancé symétriquement trahissait un arrêt de développement des lobes antérieures. Chez une femme qui avait subi depuis 40 ans environ une amputation d'un membre supérieur le sillon de Rolando était avancé de 5 millimètres du côté opposé. Quand il existe une lésion destructive ancienne de la convexité du cerveau, le sillon peut encore se dévier du côté de la partie détruite.

Dans le deuxième groupe, le changement de rapport tient à des dispositions spéciales du crâne : S'il existe une déformation artificielle, comme celle qui est produite par le bandeau des Toulousains qui allonge le crâne en empêchant le développement de la région frontale, le sillon de Rolando peut être reculé, comme l'a indiqué M. Broca. Si la suture médio-frontale est restée ouverte jusque dans un âge avancé, on peut quelquefois voir le sillon se rapprocher du bregma.

La détermination des rapports normaux du cerveau avec les sutures du crâne ne pouvait avoir d'utilité pratique que si on donnait le moyen de les reconnaître sur le vivant. Dans la 3e partie du travail on trouve l'indication de quelques points de repère qui peuvent aider à atteindre ce but.

L'extrémité externe de la suture coronale est située à peu de chose près sur un plan horizontal passant par l'arcade sourcilière et à 18 millimètres en moyenne en arrière de l'apophyse orbitaire externe. Or, une cheville introduite en ce point pénètre dans le cerveau entre les deux plis de la 3e circonvolution frontale, à peu près sur le point où passe la coupe transverso-verticale qui entame la tête du noyau caudé. A 25 ou 30 millimètres en arrière de ce même point se trouve l'extrémité externe du sillon de Rolando.

Lorsque la tête est dans la position qu'elle occupe dans la station, un plan vertical qui passe par le conduit auditif externe, passe aussi par le bregma. A l'aide de ce point de repère on peut déterminer la position de l'extrémité postérieure du sillon de Rolando qui est à 45 millimètres en arrière du bregma chez la femme et à 48 chez l'homme, et en même temps celle de l'extrémité postérieure de la couche optique qui est un peu en avant de la coupe transverso-verticale qui passe par l'extrémité postérieure du sillon de Rolando.

Quant au lambda qui correspond ordinairement à la scissure perpendiculaire externe il est souvent assez saillant pour être reconnu à la palpation, quelquefois même à simple vue chez les sujets chauves surtout dans certaines conditions pathologiques de l'ossification des sutures. M. Féré a en effet montré à la société un crâne recueilli dans les hôpitaux de Rouen, sur lequel on voyait le sommet de l'occipital proéminer de près de 2 cent. au-dessus du plan des pariétaux auxquels il était uni par un grand nombre d'os wormiens. On comprend l'utilité de ces données pour la localisation des lésions chirurgicales du cerveau. M. Féré a pu en faire récemment une application. Il a montré à la société de biologie un malade qui, il y a cinq ans, est tombé sur la tête, d'un 2e étage; le choc a porté sur le pariétal droit. Après être resté pendant 12 heures sans connaissance il s'est réveillé avec un tic non-douloureux de la face du côté gauche. Les mouvements convulsifs qui persistent prédominent dans l'orbiculaire des paupières et les muscles zygomatiques. La sensibilité et la motilité sont intactes dans les membres. Le crâne de cet individu présente encore la trace de sa chute : il existe une dépression de deux centimètres carrés à la partie postérieure du pariétal droit sur une ligne horizontale passant par le sommet de l'occipital et le diamètre transverse frontal minimum environ à 1 cent. en arrière d'un plan vertical passant sur la limite postérieure de l'apophyse mastoïde. En comparant la tête du malade avec les crânes présentés à la Société sur lesquels sont dessinées les circonvolutions dont les rapports ont été déterminés par le procédé indiqué plus haut on peut voir que le siége de la lésion correspond à la partie postérieure du pli courbe. Ce rapport déduit théoriquement a été vérifié en enfonçant des chevilles sur des cadavres dans le point désigné. Cette localisation est d'autant plus intéressante qu'elle concorde assez bien

avec les recherches de Ferrier qui indique le pli courbe comme centre moteur des muscles de l'œil et des paupières.

10. De l'ascite congénitale. — Rapport sur la candidature de M. Porak, au titre de membre adjoint; par M. Sevestre.

Les présentations de M. Porak sont nombreuses; mais je vous demande la permission d'attirer votre attention plus particulièrement sur l'une d'elles; je veux parler d'un cas d'ascite congénitale qui vous a été présenté au mois de décembre dernier (1).

Les épanchements liquides de l'abdomen ne sont pas extrêmement rares chez le fœtus, et ils peuvent même être assez abondants pour apporter de graves obstacles à l'accouchement. C'est même ce fait de l'abondance du liquide qui a le plus frappé les accoucheurs, et dans les autopsies qui ont été faites on a souvent négligé d'examiner ou tout au moins de consigner dans les observations les autres altérations qui peuvent exister dans le péritoine ou les viscères abdominaux. Cette omission est regrettable; car il est certain que les causes de ces épanchements abdominaux sont tout autres que chez l'adulte.

Les troubles dans la circulation de la veine porte, qui jouent un si grand rôle dans la pathogénie de l'ascite chez l'adulte, n'ont qu'une influence bien minime chez le fœtus. Là, en effet, la circulation de la veine porte est absolument rudimentaire, en raison de l'inertie fonctionnelle de l'intestin.

D'une autre part, le rôle des altérations du sang est assez mal connu, et les lésions du rein ne paraissent pas être bien fréquemment le point de départ d'hydropisies chez le fœtus. Sur 8 observations de dégénérescence rénale signalées par Kranyow, Vass, Wolff, Hecker, Bouchacourt, il existait une seule fois un léger degré d'ascite.

Au contraire des lésions du péritoine coexistent fréquemment chez le fœtus avec des épanchements abdominaux, et il semble que la plupart des cas indiqués dant la dénomination d'ascite seraient beaucoup mieux désignés sous nom de péritonite ou d'épanchement inflammatoire.

Simpson dans un mémoire sur la péritonite intra-utérine du fœtus (2) relate 22 observations, dans lesquelles la péritonite fut nettement accusée. Il considère 18 de ces cas comme étant des péritonites aiguës, les 4 derniers comme étant des péritonites chroniques. Il signale même un cas de Petit-Mengin dans lequel il y avait à la fois ascite et péritonite; ascite, probablement à cause de l'énorme épanchement liquide qui mesurait de 12 à 15 litres (?); péritonite, probablement parce qu'il y avait des adhérences. Cette distinction est cependant peut-être un peu subtile.

Dans les cas de péritonite aiguë signalés par Simpson, l'épanchement liquide était généralement peu abondant, une fois seulement considérable. Tantôt il ressemblait à de la lymphe plastique, tantôt il était séro-purulent, purulent, séro-sanguinolent. Dans tous les cas, il contenait des flocons nombreux plus ou moins mous, quelquefois adhérents aux viscères abdominaux, pouvant même agglutiner les anses intestinales, que l'on séparait d'ailleurs toujours facilement.

Dans les cas de péritonite chronique, la seule différence consiste dans une résistance plus notable des adhérences que je viens de signaler. Enfin, dans huit de ces observations, on a trouvé des altérations des viscères: friabilité de l'intestin grêle, hépatite à la période de ramollissement ou de suppuration, rupture ou déchirure du foie, rate extraordinairement hypertrophiée, augmentation considérable des ganglions mésentériques.

Nous avons pu, d'autre part, rassembler un certain nombre d'observations de collections liquides de l'abdomen, que nous allons maintenant analyser rapidement.

Il importe tout d'abord d'établir ici une distinction. Dans un certain nombre de cas, ce sont des épanchements péritonéaux avec ou sans altération des viscères de l'abdomen, avec ou sans lésion du péritoine; dans d'autres cas, qui ne sont pas rares, on trouve des rétentions d'urine, avec ou sans épanchement dans le péritoine. Nous avons rassemblé 21 observations du premier groupe et 10 du second; sur celles-ci, l'ascite existait 7 fois.

La quantité de liquide épanché est très-variable, depuis 250 grammes jusqu'à 12 ou 15 litres; en général, elle est de 4 à 5 litres. D'ailleurs, ces évaluations ne sont pas précises, car le plus souvent les opérateurs, après avoir ponctionné l'abdomen dans le but de faciliter l'accouchement, ne se préoccupaient pas de recueillir le liquide.

Aussi quelques auteurs ne font-ils aucune mention de la quantité du liquide qui existait; ils se bornent à donner les mensurations de l'abdomen, dont la circonférence au niveau de l'ombilic a atteint dans certains cas 36 cent.; 36 c., 5; 46 et même 51 centimètres.

Dans les cas de rétentions d'urine, le liquide ascitique était en général moins abondant et n'a pas dépassé 1 à 2 litres. Cependant dans une observation de Portal, l'épanchement péritonéal était de 5 pintes, tandis qu'il n'y avait qu'une chopine d'urine dans la vessie.

La quantité d'urine contenue dans la vessie distendue a été considérable; ainsi, dans un cas de Kristeller, la circonférence de la vessie mesurait 45 centimètres.

Le liquide péritonéal peut être clair et citrin, mais dans d'autres circonstances il est brun-rougeâtre et tient en suspension des flocons fibrineux (Virchow); c'est un liquide brun (Mauriceau), roussâtre (Trenel père), sanguinolent (Depaul), aqueux et rougeâtre (Fearn). Dans beaucoup d'observations on ne signale pas ses qualités.

Pour le péritoine, nous trouvons signalées dans plusieurs cas, des lésions bien dignes de remarque. Voss, dit que les intestins agglomérés formaient une tumeur du volume d'un œuf, située au-devant du lobe droit du foie; Aubenas, que le liquide péritonéal était collecté dans une poche formée par les intestins adhérents; Rose, que de nombreuses fausses membranes réunissaient les intestins en une masse; Trenel père, que le péritoine était épaissi et couvert de granulations rougeâtres, et dans deux autres observations qu'il était blafard et blanchâtre. Dans l'observation de M. Porak le foie était adhérent au péritoine pariétal par des adhérences solides, nombreuses et déjà anciennes.

Dans les cas d'ascite compliquant la rétention d'urine, nous voyons encore des lésions inflammatoires très-nettes. Dans l'observation de Moreau, les parois vésicales étaient épaisses de 1 centim.; les tuniques externes de la vessie étaient disjointes en un certain point, par où la muqueuse semblait faire hernie, et la vessie elle-même était adhérente au côlon ascendant; des adhérences réunissaient le foie, la rate, l'estomac, l'intestin grèle en une seule masse. Dans l'observation de M. Depaul, les parois de la vessie étaient hypertrophiées et présentaient des adhérences en avant. Mêmes particularités dans les observations de Fearn et de Delbordier.

Enfin, de même que nous avons déjà indiqué la fréquence des altérations viscérales dans les observations de péritonite réunies par Simpson, nous retrouverons dans nos observations cette même coïncidence. Dans le fait de M. Porak, il y avait une altération des plus nettes du foie; le lobe gauche était très-hypertrophié, le lobe droit ratatiné, atrophié, adhérent en partie au péritoine, mamelonné sur le reste de son étendue; c'était, en un mot, une véritable cirrhose, caractérisée par des tractus fibreux, traversant et détruisant le tissu hépatique; au milieu de ce lobe, se trouvait un kyste sanguin.

Dans le cas de Voss, la rate était très-hypertrophiée; dans le fait de Petit-Mengin, il y avait une dégénérescence de la rate; dans un des cas d'Aubenas, on trouvait « des tractus crétacés partant des vaisseaux oblitérés du foie (?). » Un grand nombre de ces observations ne donnent pas de détails nécroscopiques suffisants, et très-peu d'entre elles signalent l'intégrité du foie et de la rate.

Toutes ces lésions s'accompagnent encore de malformations et de vices de conformations multiples. Les pieds-bots, le bec de lièvre, les adhérences vicieuses des doigts, les phalanges supplémentaires ont été observées. Mais il est un vice de conformation tout-à-fait spécial à la rétention d'urine, qui l'ex-

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1875, page 840.
(2) *Clinique obstétricale et gynécologique*. Paris, 1874.

plique et sur lequel M. Depaul a particulièrement appelé l'attention, c'est l'oblitération de l'urèthre s'accompagnant très-souvent d'imperforation de l'anus avec ou sans communication du rectum avec la vessie. Dans un cas, cependant, il n'y avait qu'une petite tumeur développée probablement dans une glande de Littré (Hartman). Cette dernière circonstance n'a pas seulement un très-grand intérêt pour l'explication de la rétention, mais elle a encore une importance physiologique capitale, car on peut en déduire que l'amnios ne serait qu'une poche dans laquelle urinerait le fœtus.

Sans vouloir atténuer toute la valeur de ces résultats qu'a si bien mis en relief M. Depaul, nous ajouterons cependant qu'il y a quelques observations où l'atrésie des organes génitaux ne compliquait pas la rétention d'urine (Deville).

En fait, la plupart des examens nécroscopiques sont très-insuffisants; et, de ce qu'on n'a pas signalé de lésions viscérales ou des adhérences péritonéales, il n'est pas permis de dire que réellement ces lésions n'existaient pas.

Dans quelques-unes de ces observations on les signale, on indique une coloration du liquide ascitique, caractères qui doivent faire soupçonner l'existence d'une inflammation. Il parait donc au moins probable que plusieurs des cas considérés comme des ascites ne sont réellement que des péritonites ou des ascites inflammatoires.

Quelles sont les causes de l'ascite congénitale ?

L'état sanitaire de la mère a-t-il une influence marquée sur les maladies qui apparaîtront chez son enfant ? Ou bien celles-ci se développent-elles chez lui indépendamment des affections maternelles ?

Un fait de Virchow établit d'une façon bien incontestable l'influence de la mère. Il s'agit d'une femme de 30 ans, enceinte pour la septième fois ; ses trois derniers accouchements avaient eu lieu à terme, mais les trois enfants étaient morts peu de temps après leur naissance avec de l'ascite. Au 7me accouchement, il y avait de l'hydramnios et l'ouverture de l'abdomen du fœtus permet d'y constater la présence d'un liquide brun-rougeâtre assez abondant, les intestins étaient couverts de flocons et le mésentère était comme rétracté par un tissu cicatriciel ; la mère avait une division du voile du palais.

De toutes les affections de la mère, celle dont les signes sont les plus faciles à constater, celle dont l'influence sur les avortements ou les accouchements prématurés est la plus nette, est certainement la syphilis, et l'idée qui s'impose tout d'abord à l'observation est de s'enquérir des antécédents de la mère et de diriger l'interrogatoire dans ce sens ; aussi ne peut-on que s'étonner du silence des observations à ce sujet.

Simpson est assez affirmatif relativement à l'influence de la syphilis, mais il nous semble avoir forcé la note, et parmi ses observations, il n'en est qu'une où des lésions syphilitiques aient été constatées. Dans toutes les autres observations que nous avons réunies, cette étiologie spéciale n'est pas indiquée. Dans des autopsies d'enfants de syphilitiques faites à Lourcine par M. Rafinesque (1), cet observateur n'a trouvé qu'une seule fois sur 19 cas un épanchement séreux du péritoine ; mais l'observation n'est pas publiée dans son travail.

Notre collègue, M. Pinard nous a rapporté un fait très-intéressant à cet égard. Il s'agissait d'une femme syphilitique, présentant au moment de son accouchement des plaques muqueuses vulvaires, dont le diagnostic ne prêtait pas à contestation, et qui a accouché de deux enfants atteints tous deux d'ascite.

Trenel eut la rare occasion d'observer trois cas d'ascite ayant occasionné des difficultés pendant l'accouchement. Ce médecin pratique dans la Bresse, pays de fièvres paludéennes et il se demande si l'intoxication maremmatique ne pourrait pas avoir une influence sur la santé du fœtus. L'ascite congénital est rare et lorsque des accoucheurs très-répandus ne voient pas dans toute leur carrière de cas d'ascite congénitale, on peut en effet se demander si des circonstances spéciales n'ont pas singulièrement favorisé Trenel.

Quant aux autres causes, elles sont très-rares.

(1) *Archives de tocologie, 1874.*

La tuberculose qui occasionne si souvent l'avortement ne paraît pas avoir une influence marquée sur le développement de l'ascite.

Dans la grande majorité des observations, on ne trouve donc du côté de la mère, rien qui permette d'établir nettement la production de la maladie fœtale. Simpson signale l'influence d'un travail pénible (Obs. II), de la fatigue, du froid, de l'humidité (Obs. VII, XI), d'une lésion de cause physique (Obs. III, VI, VII), de mauvaise santé de la mère (VIII, XXIII). Mais lorsqu'on relit avec attention toutes ces observations, on ne trouve pas de détails suffisants.

Quelques autres observations sont plus probantes. De la Motte parle d'une femme qui aurait reçu un coup sur le ventre ; à partir de ce moment, les mouvements du fœtus auraient cessé d'être perçus, et des hémorrhagies continuelles se seraient produites. Un mois après, un enfant hydropique venait au monde. Trenel signale le cas d'une femme qui à la suite d'une vive frayeur, aurait constaté dans sa santé et dans la marche de la grossesse des modifications notables ; il indique un second cas d'une femme qui aurait eu des troubles domestiques assez graves pour la porter au suicide, etc., etc.

Les causes d'ascite venant du fœtus, sont aussi très-obscures. Legonais et Dugès parlent d'un étranglement interne; enfin, on trouve dans un assez grand nombre d'observations des lésions viscérales. La plus commune de toutes est la rétention d'urine.

Le pronostic de la péritonite et de l'ascite congénitale est très-grave. Jusqu'à présent cette maladie n'a été constatée qu'à l'autopsie, ces lésions ont été des trouvailles d'amphithéâtre. Sommes-nous, cependant, autorisé à la considérer comme infailliblement mortelle? Evidemment non. Devant un cas d'hydropisie du ventre apportant à l'accouchement un obstacle insurmontable, sommes-nous autorisés à tenter toute opération qui délivrera le plus rapidement possible la mère, alors que l'enfant vit encore? Nous sommes dans l'impossibilité de connaître la nature de l'épanchement liquide de l'abdomen, et de cette connaissance dépendent essentiellement les notions pronostiques. Cette question, d'ailleurs, n'a pas l'importance qu'on pourrait lui attribuer. Certes, si l'enfant vit, s'il y a moyen de pratiquer la ponction du ventre, l'éviscération ne doit pas être faite, parce que, dans le premier cas, la vie de l'enfant n'est pas absolument compromise, et que nous ne sommes pas autorisés à la compromettre comme par le second mode opératoire. M. Depaul, à propos de la rétention d'urine compliquée ou non d'ascite, conseille de pratiquer avec la plus grande circonspection et la plus grande prudence la ponction abdominale afin de conserver la vie à l'enfant. Nous y reviendrons à propos du traitement.

Les *symptômes* et le *diagnostic* de cette affection sont bien obscurs. Les signes qui peuvent être enregistrés avant la dilatation complète du col sont fort incertains. Après cette dilatation, quelques signes physiques, particulièrement étudiés par M. Depaul et M. Guéniot, peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

Ils se rapportent surtout aux cas où l'épanchement assez abondant constitue une tumeur abdominale notable. C'est généralement vers le 6e ou 7e mois qu'apparaissent les premiers symptômes, parfois plus tard, quelquefois dans le dernier mois de la grossesse. Ils s'accusent le plus ordinairement par une augmentation rapide du ventre qui prend un volume disproportionné avec l'époque de la grossesse. Ce premier symptôme est signalé dans plusieurs observations, il était très-manifeste dans l'observation qui vous a été présentée par M. Porak ; il frappe et inquiète même les personnes qui entourent la femme enceinte. Il s'accompagne des troubles habituels d'une distension exagérée du ventre : vergetures, fatigues faciles, malaises, hémorrhoïdes ou varices des membres inférieurs, inaptitude au travail, œdème des membres inférieurs.

Simultanément les mouvements spontanés ou provoqués du fœtus diminuent ou disparaissent; et il est très-probable que son volume disproportionné ne permet plus au phénomène du ballottement d'être provoqué et que, suivant la position, les battements du cœur deviennent moins perceptibles.

Dans le cas de M. Porak, la femme avait été examinée pen-

dant le travail, et l'utérus étant contracté, la palpation abdominale ne permettait pas de percevoir la sensation de flot ou de fluctuation et de déterminer l'existence d'une tumeur liquide. Il ne nous paraît pas cependant impossible que cette sensation puisse être perçue dans les cas où l'épanchement prend les proportions considérables, presque incroyables, rapportées dans certaines observations, celles de Petit-Mengin, par exemple (15 litres).

On ne confondra pas l'ascite avec l'hydramnios, reconnaissable au ballottement qui est très-évident en pareil cas; mais on pourra le confondre beaucoup plus facilement avec toutes les augmentations considérables du volume du fœtus (Spina bifida, tumeurs diverses) ou avec les transformations du placenta.

Au moment du travail, le col étant largement dilaté, le diagnostic est plus facile.

Voici comment les choses se passent quelquefois : La dilatation du col se fait normalement, la tête s'engage et apparaît à la vulve; puis le travail s'arrête. On attend d'abord, puis on opère des tractions d'abord modérées, ensuite violentes sur la tête. Si l'épanchement abdominal est très-considérable, quelque violents que soient ces efforts, ils restent inutiles. Souvent même ils sont tellement exagérés qu'on arrache la tête. On dégage alors l'un des bras, on tire, on l'arrache. On dégage le second bras que l'on arrache aussi. Seulement alors, on cherche à faire la version, on introduit la main, ce que l'on aurait dû faire tout d'abord pour se rendre compte d'un obstacle aussi extraordinaire. A moins d'être bien inexpérimenté, ou bien ému, on reconnaît au toucher la distension fluctuante, mollasse du ventre. Cette sensation est tellement nette, qu'on ne peut l'oublier lorsqu'on l'a constatée une fois. Elle est pathognomonique et rend le diagnostic indiscutable.

Le spina bifida a un siége spécial, l'hydro-thorax est rare et ne s'accuse pas par le même signe ; ils ne peuvent donc pas être confondus avec l'ascite.

Quant au traitement de l'ascite, dans le cas où elle serait diagnostiquée avant le travail, il y a peu d'indication à établir à cause de l'ignorance où nous sommes de son étiologie.

L'accouchement commencé et l'ascite reconnue, il faut faire la ponction, si l'épanchement liquide est assez considérable pour être un obstacle au dégagement des parties fœtales. De la Motte a attaqué Mauriceau à ce sujet, le blâmant avec une violence injuste d'avoir recouru à la ponction, dans un cas où il n'était pas possible de terminer autrement l'accouchement. Il conseille de faire des mouvements de torsion, de latéralité, qui nous semblent parfaitement impuissants à faire passer une sphère de 40 à 50 cent. de périphérie à travers la filière pelvienne.

De nombreux accoucheurs ont fait l'éviscération et ont perforé le diaphragme pour vider la cavité péritonéale. Est-ce parce qu'ils craignaient d'introduire un instrument tranchant dans la matrice, qu'ils ne pouvaient pas suffisamment protéger avec leurs doigts? C'est, en effet, une crainte justifiée lorsqu'on se sert du bistouri, mais le trocart ne présente pas les mêmes inconvénients et est bien supérieur au couteau construit dans ce but, sous l'instigation de Mauriceau et que plaisante avec tant de persistance De la Motte.

Dans un seul cas, l'éviscération nous paraît autorisée; c'est lorsque en même temps que l'ascite il y a un rétrécissement du bassin, qui ne permet pas d'atteindre sûrement la paroi abdominale.

M. Guéniot indique les règles que l'on devra suivre pour faire la ponction dans les différentes positions du fœtus; nous renvoyons, à ce sujet, à l'article ascite du Dictionnaire encyclopédique. Nous voulons seulement appeler l'attention sur le point de repère que donne M. Depaul.

Il conseille, la pointe du trocart étant protégée par le doigt, de rechercher l'insertion ombilicale du cordon et de ponctionner le ventre près de ce point; on est sûr ainsi de ponctionner, soit la vessie distendue, soit la cavité péritonéale, tout en évitant les viscères importants et mettant le fœtus dans les conditions les moins mauvaises pour profiter du peu de chance qui lui reste encore de survivre à une pareille opération.

Séance du 7 avril 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

11. Lipôme volumineux développé à la partie postérieure de la hanche du côté droit. — Ulcération et infiltration calcaire de la tumeur. — Ablation à l'aide du bistouri. — Guérison ; par le Dr DUPUY, ancien interne des hôpitaux.

Constantin R..., 48 ans, employé dans une fabrique de laine, présente à la partie postérieure de la hanche du côté droit une tumeur dépassant le volume d'une tête d'enfant, de consistance lipomateuse, bosselée. Les téguments recouvrant la masse graisseuse sont amincis en plusieurs points et sillonés de ramifications veineuses considérables ; à la partie inférieure de la tumeur se trouve une ulcération, de forme arrondie, ayant les dimensions d'une pièce de cinq francs.

Cette affection date de dix-huit ans ; le malade en attribue la cause à une chute qu'il fit, à cette époque, sur la hanche droite. Tout d'abord, le développement de la tumeur se fit lentement, d'une façon presque insensible. Depuis quatre ans, la marche est devenue au contraire beaucoup plus rapide au point d'effrayer le malade et lui faire réclamer le bénéfice d'une opération. Celle-ci était décidée en principe ; l'ulcération survenue, il y a 4 semaines environ, en fit hâter le moment.

28 *Janvier* 1876. Avec l'aide de MM. Leroy des Barres et Ulliac, je pratiquai *l'ablation du lipome* à l'aide du bistouri, après avoir préalablement chloroformisé le patient. L'opération se fit sans difficulté ; la perte de sang resta insignifiante.

Le 30 *janvier* se déclara subitement un accès de délire alcoolique intense ; à plusieurs reprises, le malade se leva de son lit, après avoir défait toutes les pièces de son pansement et sans qu'on pût le retenir. L'hydrate de chloral, à la dose de 6 à 8 grammes par jour, resta d'abord sans résultat.

1er février, nous administrâmes 100 grammes de sirop de chlorhydrate de morphine, et aussitôt une rémission salutaire se produisit.

Le pouls était à 120. Le malade resta jusqu'au 8 *février* dans un état de subdélirium avec exacerbations vers le soir.

Il ne recouvra sa connaissance complète que le 7 février ; à ce moment, la suppuration de la plaie ne s'était pas encore franchement établie. On fit un pansement au styrax sous l'influence duquel la suppuration s'établit franchement.

Trois jours après, nous remarquâmes une *fusée purulente*, décollant la lèvre supérieure de la plaie sur une certaine étendue. En même temps se déclarait un érysipèle assez étendu qui réveilla momentanément le délire alcoolique. Grâce à un régime approprié, ces divers accidents disparurent ; le 20 février, tout accident inquiétant avait disparu, la plaie bourgeonnait activement. Le 15 avril, le malade reprenait ses occupations habituelles : la cicatrisation était complète.

Examen de la tumeur. — Elle pesait à l'état frais 1,000 gr. *A la coupe*, on put se convaincre qu'il s'agissait d'un lipôme présentant les particularités suivantes :

La partie centrale de la tumeur est occupée par une masse volumineuse, ayant la consistance et l'aspect extérieur d'un os ; de cette masse centrale se détachent de véritables ramifications, parcourant le lipome dans divers sens et constituant ainsi un véritable squelette sur lequel semblent s'insérer les parties molles. En résumé, il s'agit d'un lipome volumineux et très-ancien, ayant subi la dégénérescence calcaire.

12. Cyanose et œdème aigu. — Eruption rubéolique. — Mort. — Caillots kystiques de la pointe du cœur. — Foyers d'apoplexie pulmonaire ; par M. P. OULMONT, interne des hôpitaux.

Le nommé Dufort, Albert, âgé de 19 ans, mouleur, entre le 22 mars 1876, salle Saint-Augustin, n° 4 (service de M. BROUARDEL, hôpital Saint-Antoine.)

Le malade est un grand et gros garçon vigoureux; il habite Paris depuis 9 ans, et n'a jamais eu un instant de maladie. Rougeole il y a 2 ans. Revacciné. Entré le 22 *mars* pour une légère courbature fébrile avec embarras gastrique, il se promène dans la salle dès le second jour de son entrée.

27 *mars*, il descend dans la cour et s'y promène un moment.

28 *mars*, à la visite du matin, le malade se plaint d'un violent point de côté sous le mamelon gauche; la respiration est suspirieuse, la voix haletante; la figure est très-pâle. L'appétit est nul; l'estomac ne garde aucun aliment; il existe un état nauséeux continuel; enfin, il y a depuis 2 jours un peu de diarrhée. — Pas de fièvre.

Dans les *poumons*, submatité dans le tiers inférieur du poumon gauche; râles sous crépitants et crépitants gros dans la même étendue. Pas de toux ni de crachats. Le poumon droit est libre.

Au *cœur*, pas de souffle anormal, pas d'extension de la matité précordiale. Pouls régulier, petit, précipité.

La *rate* est normale. — Le *foie* est descendu, mais non congestionné. — 20 ventouses sèches.

29 *mars*. Même état. — Les râles sont moins abondants. Respiration légèrement soufflante à la base du poumon gauche.—Matin, T. 36°,6. Soir, 37°.8; Matin. R. 60. Soir 72; Matin, P. 136. Soir, insensible; Pot. XX. Teint. digitale.

Soir. La dyspnée a encore augmenté. La face est livide, le nez et les pommettes cyanosés; les mains sont bleues; les extrémités sont froides. Même état du poumon. Le poumon droit est toujours libre. — Le foie est très-douloureux à la percussion, sa limite supérieure est descendue à 4 travers de doigt, au-dessous du mamelon; il mesure 15 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

30 *mars*. En découvrant le matin la poitrine du malade, on aperçoit une éruption abondante sur la partie antérieure du tronc, et la portion supérieure des membres inférieurs. Elle est constituée par des taches d'un rouge lie de vin, tirant sur le bleu, irrégulières, de 2 à 3 millimètres de diamètre, très-rapprochées les unes des autres, disparaissant par la pression. Le malade a transpiré abondamment toute la nuit. Il éprouve bien la même dyspnée, mais son poumon gauche paraît presque entièrement libre; on n'entend plus que quelques râles ronflants disséminés, mêlés à quelques râles humides. — Toux rare, rauque, sans expectoration. Pas d'angine. Pas de conjonctivite. Un peu d'œdème des membres inférieurs. Le foie très-douloureux mesure 0,16;

Matin. T. 36°,3, Soir. 37°,3; Matin, et soir P. innumérable; Matin,R. 48. Soir, 50; Potion Todd. 4 grammes, acétate ammoniaque.

Soir. Même état. Quelques bouffées de râles crépitants à la base du poumon gauche.

31 *mars*. L'anxiété et la dyspnée ont fait encore des progrès. Le malade tourmenté par des nausées continuelles, s'agite dans son lit d'une façon désordonnée. Ses pupilles sont dilatées; ses extrémités cyanosées et froides; il pousse des gémissements, se plaignant surtout de la région hépatique, si sensible qu'il ne peut supporter même le contact des couvertures. — Rien ne peut expliquer une pareille dyspnée. Les poumons sont, à part quelques râles, tout à fait libres. Aucun souffle anormal au cœur, dont on ne peut compter les battements faibles et précipités. — L'éruption est toujours très-visible au tronc, sur les membres inférieurs et supérieurs. L'œdème des membres inférieurs a augmenté; la peau des cuisses est dure et tendue. — On ne constate dans l'urine qu'un simple nuage d'albumine.

Matin. T. 37°. Soir. 36°,8; Matin, R. 60. Soir: 0,50 sulfate de quinine.

1er *avril*. Même soif d'air, même anxiété contrastant avec l'intégrité du cœur et du péricarde, dans lesquels on n'entend rien, et des poumons où l'on n'entend que quelques râles sonores, surtout à gauche. Œdème considérable et très-dur des membres inférieurs. Le ventre est dur, extrêmement douloureux, surtout dans sa moitié droite.

Matin. T. 36°,4.—Soir. 36°. Pot. cordiale. Pot. 30 gr. S. Ether.

2 *avril*. Le malade a reposé une partie de la nuit. A partir de ce moment, se manifeste une amélioration qui persiste le 3 et le 4. L'œdème a diminué, et perdu de sa dureté; le ventre est peu douloureux; on le percute sans peine, et l'on peut constater la diminution progressive du foie. Le 3, il mesure 0,16, sur la ligne mamelonnaire; le 4, il mesure 0,14. Il existe un peu d'ascite. L'éruption, très-pâle le 3 a complétement disparu le 4, et se termine sans desquamation. Un peu d'appétit. Le pouls est mieux frappé, lent, régulier; quelques râles sous crépitant fins avec submatité dans le 1/5 inférieur du poumon gauche. 1 verre eau de Sedlitz.

2. T. matin, 36°,2; soir, 36°,4.
3. — 36°, — 36°,2. P. 88.
4. — 36°, — 36°,6. P. 96.

5 *avril*. La nuit a été moins bonne. L'oppression reparaît le matin et, dès le soir même, elle a atteint toute l'intensité des jours précédents. Cyanose en partie revenue. Rien que quelques râles humides et sibilants dans les poumons. Pouls de nouveau petit et précipité. Le foie mesure 0,22. Matin, T. 36°,2; soir, T. 37°,2.

6 *avril*. L'œdème, très-dur, occupe les membres inférieurs et les parois abdominales; les bourses et la verge sont extrêmement œdématiées. Région du foie très-douloureuse. Gémissements et agitation continuels; le malade se fait 10 fois par jour lever et asseoir dans un fauteuil. Foie 0,22. Calomel 0,02 c. 10 paquets. Matin, T. 35°,8; soir, 36°,6.

7 *avril*. Même état. 3 selles. Foie 0,22. Matin, T. 35°,2; soir, 36°,4.

8 *avril*. Dyspnée moindre; mais même cyanose, et œdème généralisé. Depuis hier, le malade n'a rendu que 50 gr. d'urine; il éprouve un faux besoin d'uriner; et le cathétérisme ne trouve pas d'urine dans la vessie. Il a joui jusqu'à ce jour de toute son intelligence; mais il paraît ce soir un peu surexcité; il cause beaucoup, avec animation. Foie, 0,19. Pas de selles. Matin, T. 35°,8; soir, 36°,5.

9 *avril* Même état. Le malade a uriné 1,000 gr. environ. La surexcitation a disparu. Foie 0,12 c. — Calomel supprimé.

Matin. T. 35°,4; soir, 34°,8.

10 *avril*. L'oppression est toujours extrême. Agitation et gémissements sans repos. On lève plus de 30 fois par jour le malade dans un fauteuil; il ne peut supporter aucune couverture. L'œdème a gagné les membres supérieurs. La cyanose des extrémités et de la face, est plus foncée encore; le corps est froid. L'auscultation du cœur et des poumons ne donne aucun signe nouveau, le foie mesure toujours 0, 12 cent.

11 *avril*. Le malade meurt le 15, dans la journée, dans une anxiété toujours croissante; son agitation n'a pas permis de prendre sa température dans les derniers jours.

Autopsie le 17 avril. A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une grande quantité de liquide séreux. Le *foie* déborde de 8 cent. environ le rebord des côtes; il présente à son maximum l'aspect du foie muscade; congestion intense du centre du lobule, et dégénérescence graisseuse de la périphérie. Ecchymoses nombreuses et punctiformes sur la face péritonéale de l'intestin. La *veine cave*, disséquée et ouverte avec soin est gorgée de sang; elle ne contient que quelques caillots rougeâtres, tout-à-fait récents; les veines émulgentes sont également pleines de sang, et libres de caillots.

La *rate* est normale. Sur son bord supérieur, petit infarctus pyramidal, à base périphérique, blanc et dur. Le *rein droit* est de volume et de couleur normale; cependant la décortication de la capsule entraîne avec elle quelques fragments de la couche corticale. Le rein gauche offre les mêmes altérations: pas d'infarctus.

A l'ouverture de la cavité thoracique, *les plèvres* sont distendues par une quantité considérable de liquide séreux; la cavité pleurale gauche est libre; dans la cavité droite, adhérences anciennes sous forme de fibrilles nombreuses, très résistantes, unissant le poumon à la plèvre costale.

Le *cœur*, enveloppé par le péricarde, mesure, en place 22 cent. dans son diamètre transversal; ce péricarde contient cependant à peine 55 grammes de liquide. Le cœur présente une hypertrophie considérable, surtout dans son diamètre transverse; sa forme est ovalaire à grand diamètre horizontal; il offre au toucher une sensation de dureté, de résistance prononcée surtout au niveau du cœur gauche, et beaucoup plus marquée que dans un cœur normal. Le ventricule droit, dont les parois mesurent 0,25 mm. d'épaisseur est absolument normal; seulement il contient, enkystés dans les loges musculaires de la pointe du ventricule, 3 caillots dont la description est exactement semblable à celle des caillots du ventricule gauche.

L'oreillette droite est saine; l'auricule, considérablement dilatée présente une couche de caillots fibrineux résistants, intriqués dans les anfractuosités de la paroi, de façon qu'il est difficile de les en détacher. Néanmoins l'endocarde ne présente à leur niveau ni rugosités ni colorations anormales.

Dans le cœur gauche, l'oreillette est dilatée ; le ventricule est absolument globuleux ; ses parois mesurent 2 cent d'épaisseur, les valvules mitrale et aortique sont entièrement saines. Mais dans les loges que forment dans la moitié inférieure du ventricule. les fibres musculaires, sont enfermés des *caillots* blanchâtres, à forme sphérique. Ils sont au nombre de 2 dans le ventricule gauche, et leur volume varie de celui d'une noix à celui d'une noisette. Ils sont constitués par une paroi fibrineuse dans laquelle il semble qu'on découvre des plans de stratification ; cette paroi mince renferme une bouillie épaisse, blanchâtre, qui au premier abord ressemble tellement à du pus, que l'ouverture d'un de ces caillots kystiques au moment de la section du cœur a fait penser un moment à une myocardite suppurée. Cette bouillie est constituée par de la fibrine granuleuse. Ces kystes sont très adhérents à l'endocarde qui tapisse les loges musculaires; on peut cependant les en détacher, car il y a là simple accolement et l'endocarde ne présente à leur niveau ni rugosités, ni rougeurs anormales ; la fibre musculaire paraît également intacte à l'œil.

Le *poumon gauche* est absolument sain. Le *poumon droit* présente dans sa totalité les traces d'une congestion intense ; de plus il est farci de noyaux apoplectiques, au nombre de 10 au moins, faisant saillie pour la plupart à la surface du poumon, du volume d'une noix en général, et rappelant tout-à-fait la truffe par leur coloration et par leur consistance.

13. Cancer primitif de la rate suivi de généralisation ; par MM. Affre et Moutard-Martin, internes des hôpitaux.

Banelet (Jean), menuisier, âgé de 51 ans, entre à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Félix, n° 3, le 5 avril 1876. Il est malade depuis plusieurs mois, ses forces ont considérablement diminué ; il aurait, dit-il, rendu au début de sa maladie du sang par la bouche, sans qu'on puisse savoir si ce sang venait de l'estomac ou de l'appareil respiratoire. Les digestions sont devenues lentes, pénibles sans qu'il y eût de vomissements. Alternatives de diarrhée et de constipation.

M. Voillez constate un amaigrissement notable : le teint est plombé, l'aspect cachectique. L'auscultation ne révèle aucun signe particulier. Le ventre parait volumineux ; la percussion donne une matité occupant les régions épigastique et ombilicale. La palpation fournit une sensation particulière d'empâtement qui fait penser à une péritonite chronique.

On porte le diagnostic de *cancer abdominal* siégeant probablement à l'estomac. Le malade meurt dans le marasme par affaiblissement progressif le 13 avril.

Autopsie. — Cavité crânienne; rien de particulier, la coloration et la consistance du cerveau sont normales, le liquide céphalo-rachidien n'est pas en excès.

Cavité thoracique. — Les *poumons* sont sains, ils ne contiennent pas de tubercules ; au sommet du poumon gauche, il y a un peu d'induration, mais en aucun point on ne peut rencontrer de granulations tuberculeuses. — Les plèvres sont intactes. Le cœur n'offre aucune modification dans la consistance de son tissu, ses orifices sont sains.

Cavité abdominale. — Les intestins sont distendus par des gaz; on voit nettement à leur surface de petites granulations miliaires. Des adhérences et des fausses membranes forment entre l'estomac et les anses intestinales une vaste cavité que vide une incision qui donne écoulement à une quantité considérable de pus séreux, mal lié. Dans le premier moment, on crut avoir ouvert l'estomac, mais en réalité ce viscère était intact, et formait la paroi supérieure de la loge. L'*estomac* est alors enlevé et ouvert : On ne constate *aucune altération* de sa muqueuse ni de ses parois; ses deux orifices et notamment le pylore sont absolument sains. Les intestins sont également enlevés et incisés jusqu'à l'anus : il n'existe sur toute leur longueur aucune altération; le *rectum* est *intact* ainsi que l'anus. On trouve dans la substance du *foie* quelques petites granulations miliaires ; le diaphragme adhère à sa face supérieure, et un bourgeon, nettement cancéreux, fait saillie dans la cavité pleurale droite qui ne présente aucune trace de lymphangite cancéreuse. A peine est-elle injectée et vascularisée. Mais la rate et les ganglions prévertébraux de la région lombaire offrent des altérations profondes.

La *rate* dont le volume est singulièrement augmenté puisqu'elle mesure 20 centimètres de hauteur et de largeur, a une consistance ligneuse ; elle est d'ailleurs absolument lisse, sans aucune saillie, sans aucun mamelon. Les coupes pratiquées en différents points offrent toutes le même aspect : sur un tissu de couleur rouge, presque hémorrhagique, se détachent des îlots d'un blanc jaunâtre, résistants à la coupe, dont quelques-uns sont légèrement ramollis à leur centre. Ils mesurent de un centimètre à un centimètre et demi de diamètre, souvent moins, ils sont arrondis, et leur nombre est tel que sur une coupe ils occupent plus de place que les restes du parenchyme splénique. — La capsule adhère fortement au tissu du viscère.

Les *ganglions lombaires* forment trois groupes dont l'un supérieur, du volume d'une petite noix, est placé au dessus du corps du pancréas, en dehors et à gauche de sa tête. — Les deux autres sont disposés au devant de l'aorte qu'ils compriment. et placés à cheval sur le vaisseau de façon à former une tumeur bilobée assez analogue à celle que constituent souvent les lobes hypertrophiés du corps thyroïde, réunis par un pont moins volumineux.

Le tissu de ces ganglions dégénérés offre les altérations caractéristiques du cancer. A ce niveau le calibre de l'aorte n'admet pas le petit doigt. La tumeur ainsi formée, s'étend des piliers du diaphragme à la bifurcation de l'aorte et offre un volume équivalent à celui du poing.

Le cancer est généralisé : des coupes pratiquées sur le sternum, les côtes, les vertèbres, nous ont permis de constater de nombreux dépôts de matière cancéreuse.

Réflexions. — La relation de ce fait, quelqu'incomplète qu'elle soit, nous a paru mériter d'être publiée, à cause de la rareté des cancers primitifs de la rate dont l'histoire est, on peut le dire, entièrement ignorée. L'envahissement de cet organe par un cancer secondaire est déjà un fait rare et dans le cas présent il faut écarter l'hypothèse d'un cancer qui aurait débuté par les ganglions lombaires, car ceux-ci sont proportionnellement bien moins altérés que la rate. Encore plus rare est le cancer primitif, puisque M. Besnier, dans son article récent du Dictionnaire encyclopédique, n'en cite qu'un seul exemple. Ce cancer a-t-il une marche rapidement envahissante? Nous l'ignorons; constatons seulement que celui-ci était généralisé aux ganglions lombaires, au foie, à la plèvre, au péritoine, et aux os.

Il n'existait, et nous insistons sur ce point, *aucune altération cancéreuse de l'estomac ni du rectum*. Ces viscères ont été examinés minutieusement à ce point de vue, car la constatation du fait avait une importance capitale.

15. Kyste hydatique du Foie ; par M. Léger, interne des hôpitaux.

Dag... (Jean), 49 ans, entre le 20 février 1876 dans le service de M. Bucquoy (salle St-Jean, n° 14).

Cet homme s'est toujours bien porté, n'a eu comme toute maladie qu'une fièvre typhoïde en 1873. Son père et sa mère sont morts de vieillesse à 83 et 97 ans.

Il a l'habitude de boire assez d'alcool, et, si ses mains ne tremblent pas, il a eu du moins il y a 6 ou 7 ans, des pituites qui lui ont duré un an et se trouve encore tourmenté par des cauchemars continuels.

En 1872, il s'aperçoit d'une dureté douloureuse à l'épigastre ; son appétit ne change pas. Il n'a alors ni vomissements, ni diarrhée, ni ictère. - La grosseur augmente peu à peu. Il maigrit, surtout depuis six mois, et se trouve très-faible depuis 2 ans. — Il y a un mois et demi, son ventre enfle assez rapidement ; il apparaît quelques douleurs à l'épigastre, puis vers la vessie, sans qu'on observe de nausées, et trois jours après les jambes gonflent modérément.

Les urines, rares depuis trois semaines, sont rouges depuis 2 ans.

A son entrée, cet homme, bien bâti, est très-maigre, et sa teinte est très-légèrement subictérique. Il présente un léger œdème des jambes, et un abdomen très-développé. — C'est l'hypochondre qui est surtout distendu. Une veine assez grosse part de l'ombilic et se dirige vers l'aisselle droite. — La palpation donne une sensation de flot, seulement à la partie inférieure, vers l'épigastre, en déprimant la paroi; on sent là une *plaque dure*, lisse, douloureuse, se terminant par un bord tranchant qui remonte vers l'hypochondre droit, pour s'enfoncer sous les fausses côtes. Mais presque aussitôt la même surface reparait, débordant de nouveau le bord de l'hypochondre. — La percussion donne du reste alors comme diamètres :

Diamètre *axillaire* 22 cent. 5 mm.
Diamètre *mammaire* 21 cent.
Diamètre *épigastrique* 13 cent.

La *rate* est alors grosse sans qu'on fixe exactement ses diamètres. Les urines sont rares, épaisses, rouge brique. — Pendant la durée de l'affection, les douleurs abdominales devinrent vives à plusieurs reprises. Les veines se dilatèrent de plus en plus. Les jambes et le ventre devinrent énormes, de manière à nécessiter la *ponction le 9 avril*. On obtint 12 litres de liquide citrin avec quelques flocons et après on sentit le *foie* qu'on ne trouvait plus auparavant à cause de l'ascite. Son bord, tranchant, sinueux descendait presque jusqu'à l'ombilic ; à l'épigastre et à droite de la ligne blanche on trouvait une saillie lisse, régulière comme un segment de sphère, à peu près du volume du poing. — La *rate* descendait presque jusqu'à la crête iliaque gauche. Il survint un affaiblissement progressif qui se termina par la *mort le 12 avril*.

A L'AUTOPSIE, outre le liquide ascitique on trouve tout le *paquet intestinal* réuni par des adhérences filamenteuses. Le *foie* fait à l'épigastre une saillie lisse adhérente à la paroi et qui formait la bosse sentie après la ponction ; il déborde énormément les fausses côtes.

Sa *surface convexe* offre par place avec le diaphragme des adhérences que des tractions détruisent facilement.

Le poids de l'organe ainsi extrait est de 3 k. 500 gr.; sur le milieu de sa face supérieure est une plaque grise dure, sans relief, attenant comme une tangente à une autre plaque ronde semée de mamelons peu saillants, irréguliers, du volume d'un pois à celui d'une noisette, et avoisinant le bord antérieur, à deux travers de doigts à gauche de la vésicule. Le reste de cette face a une couleur normale, teintée par places en gris opalin par suite de la péritonite, et a la consistance du foie sain.

A la *face inférieure*, le lobe droit, le lobule de Spigel et la fossette de la vésicule sont sains. A gauche du hile, apparaît une saillie médiane, blanchâtre, irrégulière, bosselée, presque de l'étendue de la paume de la main, tangente aussi à une autre saillie régulière, double d'étendue, fluctuante, touchant par sa limite circonférencielle au bord tranchant du foie.

A la jonction de ce bord et du bord gauche, petite tumeur rénitente, du volume d'un œuf de poule, légèrement lobulée, cachée à la face supérieure par une fausse membrane, et très fluctuante en même temps que très-tendue. La première tumeur, celle du milieu qui est irrégulière, est d'une dureté cartilagineuse *à la coupe*. La section est jaunâtre et présente des ilôts irréguliers de cette substance dure et élastique, séparés par une matière gris rosé, presque aussi dure, et d'aspect fibroïde, en même temps que plus enfoncée, ce qui constitue, selon la disposition de cette substance, ici des lacunes irrégulières, là des creux en forme de coupe longitudinale de canaux.

Les lacunes sont grosses comme un grain de millet ou une lentille. Nulle part on ne voit de grandes anfractuosités, et nulle part de substance colloïde remplissant ces lacunes.

Cette tumeur s'étend dans le parenchyme jusqu'aux deux saillies notées à la face supérieure, qui sont formées par elle. Elle pénètre jusqu'à l'embouchure des veines sus-hépatiques dans la veine cave, sans faire saillie dans le vaisseau ; mais le doigt sent son tissu dur contigu à cette veine. La limite gauche est adossée contre la paroi du kyste que nous allons décrire et dont elle semble partir. Antérieurement et postérieurement, elle laisse à peu près 25 centimètres de tissu hépatique sain. Sur ces limites, à la coupe, elle est irrégulière et son tissu et celui du foie s'engrènent un peu mutuellement. La portion voisine de tissu hépatique est plus lisse et plus pâle.

L'autre saillie, plus étendue à la face inférieure, mais ne se voyant pas à la face convexe, est un *kyste* qui laisse échapper à l'incision un *liquide eau de roche* et une masse de vésicules hydatiques du volume d'un pois à celui d'une petite prune, et il se détache de la paroi une membrane transparente, gélatineuse, qui la tapissait dans toute son étendue. Cette paroi est jaunâtre, un peu villeuse, très-dure, et d'une épaisseur de 3 à 4 millimètres dans ses parties les plus minces. A sa partie droite, elle se continue directement avec la tumeur dure déjà décrite, sans que la coupe montre de limites tranchées entre elles.

La petite tumeur du bord gauche montre à l'incision des hydatides flétries et séparées de la poche par une mince couche de liquide semblable à du lait caillé.

La *rate*, énorme, pesait 750 grammes, présentant une plaque fibreuse, jaune, épaisse, dure, limitée à son enveloppe, trace d'une ancienne périsplénite. Le reste de la surface est louche et opaque par place. *Petite rate surnuméraire* du volume d'une prune accolée à l'angle du colon descendant.

Tous les *autres viscères* ne présentent pas d'altération notable.

REVUE CHIRURGICALE

VII. Des accidents viscéraux et vasculaires dans les brulûres; par le Dr L. COUSTOU.

VIII. Du pansement ouaté dans les arthrites suppurées; par le Dr E. BLANC.

IX. Du traitement chirurgical des hémorrhoïdes et en particulier de la dilatation forcée; par le Dr J. CHRISTAFORI. A. Delahaye, 1876.

X. Contribution à l'histoire de l'hémorraghie consécutive à l'extraction des dents; par le Dr DON L. LUIGI. A. Delahaye, 1876.

XI. Traité pratique des maladies du larynx; par le Dr Ch. FAUVEL. A. Delahaye ; 1876.

XII. Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris; par le Dr P. GILLETTE. J. B. Baillière, 1876.

VII. Depuis longtemps déjà les observations de Curling, de Wilks, d'Erichsen, de Long, avaient appris que les *brûlures étendues*, ont un retentissement marqué sur les viscères et en particulier sur le tube digestif où elles amènent la formation d'ulcérations multiples. Elles créent un état général comparable à celui de la fièvre typhoïde. Les Archives de médecine navale contenaient aussi un grand nombre de faits de brûlures survenues pendant des incendies de navires en pleine mer et suivies d'altérations viscérales. Mais cette importante question n'avait été l'objet d'aucun travail spécial : le but de M. le Dr Coustou a été de combler cette lacune regrettable. Il a écrit ainsi une thèse fort remarquable. Le retentissement des brûlures sur le foie, le rein, les intestins, le cerveau est exposé dans une première partie ; la seconde est consacrée aux accidents vasculaires tels que phlébites à distance, phlegmatia alba dolens, coagulations sonptanées dans les gros vaisseaux, dans le cœur, embolies, etc.., et à tous les autres phénomènes sur lesquels déjà depuis quelque temps M. le Dr Baraduc avait attiré l'attention. Cet auteur, en effet, a établi qu'à la suite des brûlures étendues, le sang perd une grande partie de son sérum et manifeste une tendance très-marquée aux coagulations spontanées.

VIII. Dans une toute petite thèse, le Dr Blanc expose les excellents résultats que donne l'emploi du *pansement ouaté dans les arthrites suppurées*. La compression étroite et énergique exercée par cet appareil a pour effet, le plus souvent, d'arrêter la marche de l'inflammation et d'aider à la résorption des produits inflammatoires. L'immobilisation est d'autant plus parfaite que les muscles bien comprimés perdent une grande partie de leur puissance contractile. L'étude de la température

journalière permet d'ailleurs de suivre les modifications qui peuvent survenir sous l'appareil. Les résultats obtenus par MM. Verneuil et Guérin sont fort convaincants. Il y a, dans la thèse de M. Blanc, trois ou quatre observations de guérison pour ainsi dire inattendue, d'arthrites suppurées qui, depuis longtemps, résistaient à tous les modes de traitement. On est parvenu à sauver des membres que, selon tous les préceptes de la chirurgie la plus conservatrice, il eut fallu amputer.

IX. Depuis quelque temps déjà, M. le Pr Verneuil avait eu l'occasion d'observer le rôle considérable que joue la *contracture du sphincter anal dans la production des hémorrhoïdes*. Il y a tout une série de faits anatomiques, physiologiques et pathologiques que, pour notre part, nous avons eu l'occasion d'étudier dans un travail encore inédit, qui démontre la réalité de cette action: presque toutes les tumeurs hémorrhoïdaires sont entretenues par la contracture réflexe du sphincter. A l'aide d'un certain nombre d'observations, M. Christophori démontre qu'en faisant cesser cette contracture, en pratiquant la dilatation forcée de l'anus, on guérit radicalement la plupart des hémorrhoïdes, même volumineuses, quand elles ne forment pas encore une tumeur entièrement fibreuse. — Il décrit aussi le procédé de dilatation employé par M. Verneuil : on commence l'opération à l'aide du spéculum utérin et on l'achève avec les doigts, le malade étant préalablement chloroformé.

X. *Les hémorrhagies consécutives à l'extraction des dents* sont souvent fort abondantes et peuvent menacer la vie: des cas de mort ont été observés. M. le Dr Luigi, auquel le sujet présentait d'autant plus d'intérêt qu'il avait failli lui-même être récemment victime d'un accident de ce genre, en a fait l'objet d'une excellente monographie. M. le Dr Moreau avait publié, il y a quelques années, un mémoire très-complet sur ces hémorrhagies, dans les *Archives de médecine*. — Pour notre part, nous pouvons affirmer, à la suite de beaucoup d'autres, que cet accident est souvent redoutable et toujours embarrassant pour le chirurgien. Ce n'est qu'après toute une nuit d'efforts infructueux que nous sommes parvenus à nous rendre maître de l'hémorrhagie chez M. Luigi. La compression, les boulettes de cire, l'emploi du bouchon, n'ont pas réussi malgré la plus grande patience dans leur emploi. Seules, les cautérisations répétées avec un stylet rougi au feu, ont arrêté l'écoulement du sang. Mais huit jours plus tard, à la chute de l'escharre, survenait une hémorrhagie aussi redoutable que la première!... Cependant la compression à l'aide d'une boulette et d'un bouchon taillé spécialement et placé à cheval sur les arcades dentaires, finit, après six heures, par terminer l'hémorrhagie. La dent extirpée était la dernière grosse molaire supérieure droite. Ajoutons que, sur l'avis de M. Verneuil, nous avions administré la sulfate de quinine, auquel nous attribuons une large part du succès. Mais nous avions été sur le point de prier notre savant maître de venir voir, si, devant l'affaiblissement progressif et rapide de notre ami, il ne fallait pas songer à la ligature de la carotide externe. Et ce n'aurait pas été la première fois, qu'en pareil cas, on aurait été obligé de recourir à ce moyen extrême!

XI. Le volumineux ouvrage sur les *Maladies du larynx*, que vient de faire paraître M. le Dr Fauvel est certainement l'œuvre d'un spécialiste qui connait bien son métier. Mais il présente vraiment un luxe bien considérable d'observations et de planches et nous craignons que le *Traité pratique* ne soit pas à la portée de tous. Nous savons sans aucun doute que la lecture des observations est fort instructive, mais elle est parfois bien pénible. On eut pu faire un choix et profiter de l'espace gagné pour détailler un peu plus et compléter la description elle-même. On jugera de la justesse de nos observations quand on saura que cet ouvrage, qui n'a pas moins de 900 pages grand in-octavo et 20 planches chromo-lithographiées, n'est consacré qu'à l'étude de l'instrumentation laryngoscopique, des polypes et du cancer du larynx. Quoiqu'il en soit, notre littérature sur les maladies du larynx peut maintenant rivaliser avantageusement avec les littératures anglaise et allemande, si riches en monographies de ce genre.

XII. M. le Dr Gillette, en fréquentant les hôpitaux, a recueilli un certain nombre de notes élémentaires sur la thérapeutique chirurgicale des maîtres contemporains. Il a cru utile de les publier et de faire ainsi connaître leur pratique journalière. C'est là une excellente idée, et son livre sera évidemment très-utile à consulter par les chirurgiens éloignés de Paris et des grands centres.

H. DURET.

VARIA

Concours pour l'internat de Rhône et Loire.

Le conseil général de l'administration des hospices civils de Lyon donne avis que, le lundi 23 octobre 1876, à huit heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de 18 élèves internes provisoires à fixer au moment du concours, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux et les hospices civils de Lyon et de Saint-Etienne. Ce concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu, devant le conseil d'administration, assisté d'un jury médical. Il comprendra quatre séances. Le temps accordé pour traiter les questions orales et les questions écrites sera fixé par le jury.

1re séance : I. Préparation anatomique. — II. Question d'anatomie et de physiologie à traiter de vive voix. — 2e séance : Question de pathologie chirurgicale à traiter par écrit. — 3e séance : Question de pathologie médicale à traiter par écrit. — 4e séance : I. Opération de petite chirurgie. II. Trois questions, dites de garde, à traiter de vive voix : chirurgie, médecine, pathologie spéciale : — accouchement, aliénation mentale, syphilis, maladies de la peau.

Le traitement des internes faisant leur service à Lyon est le même que les années précédentes, une affiche ultérieure fera connaître les conditions de l'internat de St-Etienne.

L'autonomie de l'internat de Lyon n'existe plus. Ainsi l'a voulu l'administration hospitalière, malgré les protestations désintéressés des internes actuels des hôpitaux. L'ancien département de Rhône-et-Loire, qui n'a qu'un seul évêque, aura une seule catégorie d'internes et le chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, leur chef naturel, voit ainsi s'étendre les limites de son commandement. (*Lyon médical*).

Le papyrus d'Ebers. La médecine surnaturelle des prêtres égyptiens.

MM. Ebers et Stern ont publié en 1875 à Leipzig un papyrus égyptien vieux de plus de 3,000 ans. Il formait un rouleau de 21 mètres de long sur 0,80 centimètres de haut. On l'a coupé en 29 fragments pour le mettre sous verre. C'est un recueil de recettes religieuses pour guérir toutes sortes de maladies. Les dévots égyptiens en attribuaient la rédaction au dieu Thot. Les prêtres égyptiens disaient que le traité *de détruire les abcès sur tous les membres de l'homme*, avait été trouvé aux pieds du dieu Anubis de Sekem et porté au roi. On y lit que la dame Sesha, mère du roi Teta, avait inventé une manière de pommade *pour faire pousser les cheveux* ; une autre recette saintement embrouillée vient d'un temple d'Osiris. On trouve dans ce papyrus l'ordonnance d'un certain Khouï, *pour les yeux:* Une formule applicable *aux maladies de l'œil*, a été empruntée par les prêtres égyptiens, à un de leurs confrères étrangers de Byblos en Asie. Ils avaient toujours soin d'attribuer à quelque dieu l'origine de leurs remèdes. Les malades... dans ce temps-là... aimaient mieux le miracle et le charlatan que la science et le vrai médecin. « Cet écrit de santé, dit un papyrus médical de Londres, fut rencontré une nuit dans la grande salle du temple » de Debmout, par un prêtre. Toute la terre était plongée dans les ténèbres ; » mais la lune se leva soudain sur ce livre et l'enveloppa de ses rayons. On » (un prêtre peut-être) l'apporta comme une merveille (miracle) au roi » Cheops. » C'est absolument de la même façon que le grand prêtre Hiliath et le scribe ou clerc Shaphoin, ont découvert (par hasard) la Bible dans le temple de Jérusalem.

Les remèdes secrets et miraculeux du papyrus d'Ebers n'ont pas tous la même valeur pour montrer l'état de la science médicale en Egypte, il y a 3,000 ans. La plupart sont de simples recettes, des feuillets détachés et sanctifiés du Codex égyptien. On y trouve l'indication des substances, des quantités et des manipulations, selon la science médicale divine d'Egypte, pour chaque cas : — Pour débarrasser le ventre : *Lait de vache* 1; *graines* (?) 1; *miel* 1; *piler, passer, cuire; prendre en 4 fois.* — Pour guérir les tranchées : littéralement la douleur au milieu du ventre : *Melilot* (*awa*) 1, *dattes* 1; *cuire dans l'huile* ; *oindre la partie malade.* — Pour rafraîchir la tête malade (?) : *Farine* 1 ; *encens* 1; *bois d'Oua* 1; *plante Ouamb* 1; *menthe* (?) 1; *corne de cerf* 1 ; *graines de sycomores* 1 ; *graines de nouterit* (?) 1 ; *plâtre* (?!!!) *de maçon* 1 ; *graines de zart* 1 ; *eau* 1. Piler, appliquer sur la tête.

Les formules pharmaco-religieuses, d'ordinaire fort compliquées renferment jusqu'à dix substances, prises dans les trois règnes : plantes, herbes, graines, viande crue ou rôtie, du sang de bête ; le sabot de l'âne, huiles ; urine, copeaux de cèdre, sel, natron, de l'or et même des décoctions de vieux bouquins. C'est ainsi que les prêtres d'Egypte pratiquaient légalement la médecine.

Quel dommage vraiment que le défaut d'espace nous prive du plaisir d'achever l'édifiante analyse du papyrus d'Ebers ; nous apprendrions à nos confrères que : pour faire aller un enfant constipé, il faut prendre *un vieux livre : le faire bouillir dans l'huile, appliquer la moitié sur le ventre;* aussitôt les évacuations sont rétablies ; que pour faire disparaître tous les dé-

sordres de l'œil, on doit se procurer *une cervelle humaine :* la diviser *en ses deux moitiés ; mêler une moitié avec* du m el ; en enduire l'œil, le soir ; faire sécher *l'autre moitié, piler, passer, en enduire l'œil le matin*, etc., etc. Science et miracle ! Admirons sans critiquer ! Bornons-là notre incomplète analyse de l'article fort curieux consacré au papyrus d'Ebers, par la *Revue critique d'histoire et de littérature* (n° 15. 8 avril 1876).

Mortalité a Paris. — Population 1.851.792 habitants. Pendant la semaine finissant le 24 août 1876, on a constaté 1,221 décès, savoir : Variole, 11 ; — rougeole, 30 ; — scarlatine, 7 ; — fièvre typhoïde, 82 ; — érysipèle, 1 ; — bronchite aiguë, 14, — pneumonie, 53 ; — dyssenterie, 1 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 103 ; — choléra nostras, 3 ; — angine couenneuse, 12 ; — croup, 14 ; — affections puerpérales, 6 , — autres affections aiguës, 383 ; — affections chroniques, 395 dont 145 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 56 ; — causes accidentelles, 44.

Londres. — Population 3.489.428 habitants. Décès du 13 au 19 août 1876. 1.509, savoir : variole, 5 ; — rougeole, 25 ; — scarlatine, 46 ; — fièvre typhoïde, 6 ; — érysipèle, 5 ; — bronchite, 65 ; — pneumonie, 12 ; — dyssenterie, » ; — diarrhée, 232 ; — choléra nostras, 5 ; — diphthérie, 8 ; — croup, 6 ; — coqueluche, 26.

Faculté de médecine de Paris. — La Bibliothèque restera ouverte durant les vacances, à M. les étudiants, les mardis et vendredis, de midi à 4 heures.

Hôtel-Dieu. Clinique chirurgicale. M. Le Dentu a commencé des leçons de clinique chirurgicale le 22 août et les continue les mardi et samedi de chaque semaine, à 9 heures.

Concours. — Le concours pour la nomination à la place de prosecteur à l'Ecole préparatoire de médecine de Toulouse, vient de se terminer par la nomination de notre collaborateur M. Chabbert.

Nécrologie. — Un des chirurgiens allemands les plus connus, J. de Chelius. vient de mourir à Heidelberg à l'âge de 82 ans. En 1871, il avait été nommé professeur extraordinaire à l'Université d'Heidelberg. Son grand *Manuel de la chirurgie*, qui fut longtemps un ouvrage classique en Allemagne, a paru en 1822. Chelius a enseigné jusqu'en 1864. Il passa les dernières années de sa longue existence dans une sorte de disgrâce de l opinion publique, à cause de son hostilité contre la Prusse. (*Le Temps*). — M. le professeur Axenfeld a succombé, il y a huit jours, à la douloureuse maladie qui l'avait éloigné de sa chaire.

M. le dr Padieu, père, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine d'Anvers, vient de mourir. — M. le dr Jean, de Crueilly, quelques jours après avoir soigné un malade atteint de diphthérite, a lui-même succombé victime de cette terrible maladie. Il avait à peine 30 ans. C'était un ancien élève de l'école de Caen. Reçu docteur en 1873, il avait déjà su conquérir l'estime et la confiance d'une nombreuse clientèle. Il sera vivement regretté. (*L'Année médicale de Caen*).

Vacance médicale. — On demande un médecin non marié, âgé de 40 à 50 ans, pour être attaché par un traité à un malade. S'adresser par lettre à M. Bouissou, 25, quai Voltaire.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales ; directeur A. Dechambre. Vient de paraître la 2e partie du t. XVIII de la première série (COE-COL). Elle renferme entre autres les articles suivants : *Cœur*, pathologie générale, par Parrot ; — pathologie spéciale, par Potain et Rendu ; — pathologie chirurgicale. par Legouest ; — affections syphilitiques, par Rollet ; — *Colchique*, par Planchon et Dieloux de Savignac ; — *Colique*, par Morache et Zuber ; — *Collapsus*, par Dechambre.

Le gérant : Bourneville.

Versailles. — Imprimerie Cerf et fils, 59, rue du Plessis.

4e ANNÉE. — N° 37 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 9 SEPTEMBRE 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL NECKER. — M. le professeur HARDY.

De la Cyanose. — Persistance du trou de Botal. — Néphrite albumineuse

Leçon recueillie par BOUDET DE PÂRIS, externe du service.

Messieurs,

Vous avez pu voir au n° 1 de la salle Saint-Luc un petit malade, dont l'étude était excessivement intéressante. Ce jeune homme est mort samedi et je vais vous faire voir les pièces anatomiques recueillies à l'autopsie; mais auparavant, je veux vous dire quelques mots sur son histoire qui sera pour vous très-instructive.

Ce malade était âgé de dix-sept ans. Il avait toujours été frêle et délicat, et était atteint, depuis son enfance, d'une diarrhée perpétuelle ; il avait chaque jour cinq à six garde-robes liquides. Néanmoins, malgré sa faiblesse et cette diarrhée persistante, il pouvait se livrer à certaines occupations, et était employé comme commis dans une librairie.

Il y a deux mois, ce jeune homme commença à se sentir plus faible ; en même temps il vit son corps se couvrir d'une teinte d'un bleu noirâtre, l'appétit diminua ; enfin la faiblesse augmentant toujours, il se décida à entrer à l'hôpital le 17 mai.

Soumis alors à notre examen, voici ce que nous avons constaté : il était d'une taille assez élevée, mais excessivement émacié ; le système musculaire était fort peu développé; les parties génitales semblaient aussi avoir subi un arrêt de développement. Il nous dit alors qu'il avait la diarrhée depuis son enfance; les matières examinées étaient composées d'un liquide bilieux dans lequel nageaient des parties plus solides. En même temps, nous constatâmes une teinte bleuâtre, surtout très-marquée aux oreilles, aux joues, au nez, sur les mains, les pieds et les cuisses; en un mot la teinte bleue était généralisée et devenait plus foncée aux extrémités. On trouvait aussi un peu d'œdème aux malléoles. Le ventre n'était pas aussi plat qu'il l'est en général chez les personnes très-amaigries ; en l'examinant avec soin, il nous fut facile de percevoir une légère sensation de flot indiquant la présence d'une très-petite proportion de liquide dans le péritoine. Il n'y avait pas d'œdème à la face. La poitrine donnait partout une sonorité normale ; il nous fut impossible de découvrir aucun râle ; la respiration se faisait parfaitement. L'examen du cœur resta également négatif, si ce n'est que la palpation et l'auscultation de la région précordiale indiquaient une grande faiblesse de l'impulsion cardiaque ; les bruits étaient faibles quoique normaux quant au rhythme. A la radiale, on retrouvait cette même faiblesse d'impulsion ; le pouls était petit, à peine sensible quoique parfaitement régulier. En un mot, nous constations une langueur extrême de la circulation. L'intelligence était parfaitement conservée. L'urine, chauffée et traitée par l'acide azotique, laissait déposer une faible proportion d'albumine.—En somme, le résultat le plus saillant de cet examen était la teinte bleuâtre répandue sur tout le corps.

En face de tels symptômes, diarrhée et couleur bleue des téguments, on se demandait à quelle maladie on avait affaire. La diarrhée était évidemment chronique, puisque le malade s'en plaignait depuis de longues années. La présence de l'œdème et de l'albuminurie pouvait faire penser à un léger degré de néphrite ; mais pourquoi la teinte bleue? A quelle cause rattacher cette cyanose ? Nous n'hésitions pas à admettre son existence; mais ce n'était là qu'un symptôme dont il fallait trouver la signification.

Or, Messieurs, c'est précisément de cette cyanose que je veux vous entretenir aujourd'hui ; on la rencontre quelquefois, et il faut savoir quelle interprétation donner à ce symptôme et comment on peut en trouver la cause.

La cyanose est caractérisée par une teinte bleuâtre des téguments, teinte plus ou moins foncée, et surtout marquée aux extrémités; quelquefois elle envahit toute la surface du corps comme dans le cas actuel. Lorsqu'elle est très-marquée, il arrive souvent que, sous l'influence d'une attrition très-légère de la peau, telle que le simple entrecroisement des jambes, le sang est extravasé hors des capillaires et qu'il se produit de véritables ecchymoses ; vous avez pu en voir un exemple chez notre malade. La cyanose s'accompagne généralement d'une tendance au refroidissement: les malades se plaignent souvent du froid et chez eux le thermomètre s'arrête au-dessous de 37°, c'est là un fait habituel. La température centrale est elle-même abaissée, quelle que soit la cause de la cyanose ; ainsi dans les phases ultimes de la tuberculose ou des affections cardiaques, dès que surviennent les accidents d'asphyxie, vous voyez la température tomber à 38° ou même à 37°, alors même qu'elle était à 39° ou 40°, quelques heures auparavant. J'insiste sur cet abaissement de la température dans la cyanose, que celle-ci soit accidentelle ou permanente.

En outre, on observe souvent, surtout dans les cas de cyanose prolongée, une diminution très marquée des masses musculaires. Enfin, il y a aussi fréquemment des battements de cœur, qui ont manqué chez notre malade, et une tendance aux syncopes. Tel est l'ensemble des phénomènes que l'on a désigné sous le nom de cyanopathie.

Mais, Messieurs, cette cyanose n'est en somme qu'un symptôme et on peut la rencontrer dans un grand nombre de maladies. Il faut, avant tout, distinguer, la cyanose accidentelle de celle qui est permanente. La cyanose accidentelle tient à un trouble momentané de l'hématose, aussi la trouvez-vous dans les maladies du poumon et du cœur, dans la tuberculose alors que les poumons dégénérés ou détruits ne peuvent plus accomplir l'oxygénation du sang; dans la cachexie cardiaque, alors que survient la période d'asystolie, le cœur n'envoie plus une quantité suffisante de sang aux poumons. Vous retrouverez encore cette cyanose chez les asphyxiques et dans la dernière période du choléra ; elle s'accompagne encore là d'un notable abaissement de la température et d'une diminution des masses musculaires. Cette cyanose n'est qu'un symptôme qui dure quelques heures ou quelques jours, et qui indique un trouble profond de l'hématose.

Mais quelquefois on voit l'état cyanique persister des mois ou même des années; il a alors une toute autre signification ; la cyanose permanente, en effet, se rattache toujours à certaines altérations du système circulatoire. Mais quelles sont ces altérations ? Il existe à cet égard deux opinions différentes.

La première, qui appartient à Louis et à M. Bouillaud, admet une simple stase veineuse. D'après ces auteurs, la cyanose serait le résultat d'un obstacle quelconque au cours du sang noir, en un mot d'une exagération de la tension veineuse.

La seconde opinion a d'abord été soutenue par Sénac, puis par M. Gintrac, de Bordeaux, dans sa thèse inaugurale sur la Cyanose, en 1814, et plus tard dans un nouveau mémoire publié en 1824 et qui n'est que la réédition de sa thèse, augmentée de l'analyse de nouveaux faits observés. D'après ces auteurs, et particulièrement d'après M. Gintrac, la cyanose permanente serait toujours le résultat du mélange des deux sangs, artériel et veineux ; ce mélange se faisant par une communication anormale soit dans les ventricules ou les oreillettes, soit dans les vaisseaux. Ainsi,

dans tous les cas de cyanose, il faudrait penser à l'existence d'un mélange des deux sangs.

Cette opinion est certainement vraie, mais elle n'est pas cependant d'une vérité exclusive. Ainsi, on a souvent vu des femmes présenter une teinte cyanique et cela pendant des années, et comme cause, on n'a trouvé que des troubles dans les fonctions menstruelles. En élaguant ces variétés spéciales de cyanose, je dois dire que la vérité de l'opinion de Gintrac se trouve démontrée par l'observation. On rencontre, en effet, ordinairement pour expliquer la teinte bleuâtre des téguments, soit une persistance du trou de Botal, soit une communication entre les gros vaisseaux tels que l'aorte et les veines caves. Il y a alors une cyanose complète et durable.

D'après cette opinion, la cyanose de notre malade qui datait de plusieurs mois, devait donc être rapportée à une altération du cœur ou des gros vaisseaux ; il devait y avoir persistance du trou de Botal, ou communication par le système des ventricules, avec ou sans rétrécissement de l'artère pulmonaire ou de son orifice, ou bien communication entre l'aorte et une veine cave.

Quels étaient les signes anatomiques qui devaient nous guider dans la recherche de cette altération ?

Il n'y avait rien de particulier du côté du cœur ou des vaisseaux, si ce n'est les symptômes d'une grande faiblesse circulatoire. Le pouls était faible mais régulier ; les bruits cardiaques étaient normaux comme rhythme mais faibles et, je le répète en y insistant, tout indiquait une grande faiblesse de l'impulsion cardiaque. En face de ces quelques signes, j'ai pensé à une atrophie du cœur, altération qui marchait de pair avec l'atrophie générale du système musculaire. Cependant cela ne suffisait pas pour rendre compte de la cyanose. On aurait pu admettre que le cœur, affaibli et atrophié, n'envoyait que peu de sang dans les poumons ; de là défaut d'hématose, d'où enfin cyanose; mais celle-ci était trop prononcée et elle durait depuis trop longtemps pour qu'on pût s'arrêter définitivement à cette conclusion.

Il pouvait y avoir rétrécissement de l'orifice pulmonaire; mais dans ce cas la lésion est congénitale et elle s'accompagne d'un souffle au premier temps, souffle dur et très-prononcé. Or, cela n'existait pas ici. La cyanose existe encore lorsque l'artère pulmonaire est elle-même rétrécie ; mais alors il y a une hypertrophie très-marquée du cœur droit et les bruits cardiaques sont très-forts : rien de tout cela n'existait chez notre malade.

Avions-nous affaire à une rupture de la cloison interventriculaire ou inter-auriculaire? C'était impossible à diagnostiquer. L'aorte communiquait-elle avec l'une des veines caves? Nous avons posé la question sans la résoudre.

Notre malade a été en s'affaiblissant de plus en plus, et il est mort, après avoir eu quelques syncopes, et avec quelques signes d'engouement pulmonaire, comme cela arrive habituellement dans les cachexies cardiaques. Dans les derniers jours, la cyanose était extrêmement marquée.

Il s'agissait, à l'autopsie, d'éclaircir ce diagnostic si difficile et de rechercher les causes des trois symptômes présentés par ce malade : la diarrhée, l'albuminurie avec œdème, la cyanose.

Je commence par la cyanose. Nous avons trouvé un cœur très-petit, atrophié, ou du moins très-peu développé. Il avait environ 1/3 de moins qu'un cœur normal. Ainsi l'atrophie cardiaque, que j'avais diagnostiquée, est confirmée par l'autopsie ; mais à elle seule, elle ne rend pas compte de la cyanose. Et ce symptôme se trouve suffisamment expliqué par une persistance du trou de Botal ; vous voyez sur la cloison inter-auriculaire un canal qui permet le passage non-seulement d'une sonde, mais d'un gros crayon ; c'est là un fait qui vient confirmer l'opinion de Gintrac ; il est évident que de l'oreillette droite le sang pouvait facilement pénétrer dans l'oreillette gauche. Voilà donc l'explication de la cyanose. Cependant il s'élève là une difficulté. Le trou de Botal devait exister ainsi depuis la naissance, et néanmoins la cyanose ne datait que de quelques mois. Que s'est-il donc passé ?

Vous savez que, dans l'oreillette droite, il existe une valvule qui vient fermer l'orifice de Botal et empêcher le sang de passer d'une cavité dans l'autre ; seulement chez notre sujet, qui était soumis à une cause d'affaiblissement perpétuel, je veux parler de sa diarrhée chronique, il est possible, dis-je, que chez lui, à un moment donné, l'affaiblissement ait été plus prononcé ; il y a eu alors une tension moins considérable des parois cardiaques, la valvule qui fermait le trou ovale s'est affaiblie : il est survenu une insuffisance, et par suite, la possibilité au sang de passer d'un cœur dans l'autre. C'est là, Messieurs, une explication qui manque évidemment de preuve, mais qui peut être admise pour expliquer comment, chez notre malade, la cyanose n'avait pas toujours existé. En tout cas, c'est un fait instructif et qui peut servir à élucider la cause de bien des cyanoses permanentes.

On pourrait se demander si vraiment il y avait communication et si le sang passait réellement d'une oreillette dans l'autre. Mais quand on voit un phénomène aussi bien tranché que l'était celui-ci, et une lésion aussi manifeste, il est rationnel de les rattacher l'un à l'autre. Dans certains cœurs, on trouve, il est vrai, au niveau de la fosse ovale, un petit pertuis qui permet le passage d'un stylet, mais jamais cette communication n'est aussi large que celle que vous avez sous les yeux. Nous pouvons donc admettre ici que le mélange des deux sangs avait lieu dans les oreillettes.

Quant à la mort du malade, il faut l'attribuer à la cachexie qui est survenue par suite de l'affaiblissement du cœur ; l'affaiblissement trouvait d'ailleurs deux autres causes dans l'intestin et dans le rein.

La diarrhée ne coïncide avec aucune altération évidente du tube intestinal, ainsi que cela se voit ordinairement dans les diarrhées chroniques ; les lésions apparentes n'appartiennent qu'aux diarrhées aiguës. Ici, la diarrhée était un trouble fonctionnel ancien et qui a été pour beaucoup dans la cachexie.

La troisième cause de mort était l'albuminurie; en effet, nous avons trouvé la cause de l'œdème et de l'albuminurie dans une lésion avancée des reins, lésion qui se rapporte au second degré de la maladie de Bright. Vous voyez une décoloration très-marquée de la substance corticale qui est d'un jaune de cuir, et au contraire une coloration violette très-intense de la substance tubuleuse. Ce contraste dans la coloration des deux substances est un des meilleurs signes du mal de Bright dans sa forme de stéatose. M. Renaut a fait l'examen microscopique de la lésion et voici ce qu'il a trouvé:

Les cellules épithéliales des tubuli ont conservé leurs dimensions; mais au lieu des stries qu'elles présentent à l'état normal, on n'y trouve plus que des granulations ; en outre, elles sont devenues caduques et tombent dans le tube rénal. Si on les soumettait à la coloration par le bleu de quinoléine ou par l'acide osmique, on verrait certainement les granulations qui les remplissent devenir bleues dans le premier cas, noires dans le second; or, c'est là, vous le savez, la réaction caractéristique de la graisse.

Au centre des tubes, on trouve une masse d'un rose pâle; c'est un tube colloïde presque caractéristique des néphrites avancées. Les glomérules de Malpighi ne présentent pas de lésions considérables ; cependant les noyaux des capillaires sont augmentés de volume et de nombre ; la capsule du glomérule est épaissie.

Il est intéressant de comparer ces lésions de la stéatose rénale avec celles que l'on trouve dans la néphrite interstitielle ; on pourrait prendre comme type de cette dernière forme l'inflammation qui survient après que l'on a passé un fil dans le rein. On voit alors que l'épithélium des tubes est aplati ou plus ou moins déformé ; puis, au centre du tube, on trouve un cylindre colloïde, plus régulier que celui de la forme précédente. — Les tubes, au lieu de se toucher les uns les autres, et de n'avoir entre eux que des vaisseaux et des espaces lymphatiques, sont au contraire séparés par des masses considérables de tissu embryon-

naire. En même temps, les artères présentent un épaississement considérable de leur tunique musculaire et de la couche interne ; il en résulte une nutrition irrégulière et très-défectueuse de l'organe ; c'est là, en somme, la véritable cause de bien des altérations rénales, telles que transformation caséeuse, kystes et atrophie des reins.

PATHOLOGIE INTERNE

Essai sur la pathologie des névralgies;

Par le Dr **OUSPENSKY** (de Saint-Pétersbourg).

Le point de vue théorique que nous avons indiqué dans la première partie de notre travail est assez fortement établi par les faits suivants :

1° Durant l'existence de l'ataxie locomotrice progressive, les douleurs qui ont lieu dans la première période présentent tous les symptômes caractéristiques des névralgies et bien sûrement, au fond de ces dernières, réside une altération de la moelle épinière, dont les vaisseaux sont toujours plus ou moins lésés.

2° M. Benedict, dans la 2e édition de son Electrothérapie, cite brièvement un cas de névralgie du nerf trijumeau pour laquelle Billroth avait fait la névrotomie plusieurs fois, et même une fois on a opéré la ligature de l'artère carotide. Après la mort de ce malade, le Dr Hubbenet trouva *une atrophie considérable du noyau sensitif du trijumeau* (*Trigeminuskern*), *et, de plus, une dilatation assez grande des vaisseaux en ce dernier.*

M. Benedict fait à ce propos la remarque que la dilatation des vaisseaux chez ce malade, après la ligature de la carotide, montre que cette dilatation représente un moment fort important de la maladie. Quant à l'atrophie, il faut la considérer comme le résultat d'une irritation qui avait lieu.

Anstie a formulé aussi, touchant les névralgies, une opinion presque analogue. D'après lui, le fond de toutes les névralgies est l'atrophie ou bien un processus dans les cordons postérieurs qui mène à cette issue, aussi bien dans les cordons que dans la substance grise intimement liée avec ces derniers. Du compte-rendu de son ouvrage, on ne peut pas voir de quelle manière il est parvenu à cette opinion.

Ayant achevé l'analyse des symptômes caractéristiques de la névralgie, nous passerons maintenant à l'exploration expérimentale des altérations qui ont lieu dans le système nerveux durant l'action des causes déterminantes de la névralgie.

Avant tout, il faut remarquer que la cause de la névralgie n'est pas toujours connue. Mais, comme les symptômes des névralgies restent toujours les mêmes dans tous les cas, nous avons plein droit de tirer la conclusion suivante : que des causes connues aussi bien qu'inconnues produisent un effet égal sur le système nerveux, où elles évoquent des altérations égales qui représentent le fond de la névralgie.

Les causes des névralgies connues jusqu'à maintenant sont ordinairement divisées en prédisposantes et produisantes. Au premier ordre, il faut rapporter l'anémie et toutes les conditions qui affaiblissent la nutrition de l'organisme. L'influence de ces conditions sur le développement de la névralgie peut être expliqué seulement par ce fait, que l'impressionnabilité du système nerveux aux impressions est augmentée et l'activité des nerfs vaso-moteurs affaiblie. Si nous nous rappelons les conclusions tirées auparavant, il sera évident qu'il y a une visible influence de l'anémie et de conditions semblables sur l'origine des névralgies.

Pour ce qui est des causes nommées produisantes, on peut dire que malgré leur variété qui semble si grande, elles présentent toutes le même caractère, c'est-à-dire *une irritation des nerfs sensitifs, plus ou moins durable, quoique faible par son intensité, cette irritation doit être regardée comme la cause directe produisant la névralgie. D'après toute probabilité, les causes inconnues de la névralgie présentent une influence égale sur les nerfs sensitifs.*

(1) Voir le n° 35.

Donc la question touchant l'influence des causes produisantes sur le système nerveux est ramenée à cela : quelles altérations dans le système nerveux trouve-t-on après l'irritation des nerfs? Grâce aux expériences de Brown-Sequard, Vulpian et Feinberg, cette question est assez élucidée.

Brown-Sequard faisant la section du nerf sciatique chez les cochons d'Inde, quelque temps après, remarquait chez ces animaux le développement d'accès épileptiformes ; mais encore avant cela il observa chez eux une hyperesthésie de la moitié correspondante du tronc, ce qui pouvait seulement dépendre de l'irritation de la moelle.

Vulpian, explorant la moelle épinière quelques semaines après la section du sciatique, constatait ordinairement l'atrophie de la moitié correspondante, et cela non-seulement dans l'intumescence lombaire, mais même dans les parties situées plus haut, quoique exprimée avec moins de relief et localisée principalement dans le faisceau et la corne postérieurs.

Ce qui est remarquable encore, c'est que le bout central du sciatique disséqué, ne présentait aucune trace d'altération, même à l'analyse microscopique. De toutes les hypothèses énoncées par lui pour l'éclaircissement de ce fait, la plus probable est la suivante : l'irritation du nerf disséqué dans la blessure, quelquefois durant une longue période, présente le point d'issue pour l'atrophie de la moelle, laquelle, d'après toute probabilité, ne présente que le résultat de l'irritation antérieure.

Feinberg a présenté, touchant l'influence de l'irritation périphérique sur le système nerveux central, des expériences plus détaillées et multipliées. Il cautérisa chez huit lapins, et assez fortement, le nerf sciatique dénudé. Quelque temps après, il se développa chez eux de la paralysie, anesthésie et une perte des réflexes dans les deux extrémités postérieures. A la coupe, on constatait toujours de la myélite, principalement de la substance grise, et dans 7 cas, le sciatique ou son bout central ne présentait aucune altération. Mais il n'a pas examiné l'état des vaisseaux, ce qui aurait sans doute fortement contribué à l'explication du processus sur l'inflammation dans la moelle pendant l'irritation des nerfs périphériques; mais, en tout cas, *ces faits démontrent positivement que l'irritation des nerfs sensitifs périphériques, provoquent une altération dans le système nerveux central.*

On pourrait objecter que ces expériences de Feinberg concernent les anesthésies et les paralysies, mais nullement les névralgies, et que, pour cette raison, elles ne peuvent être citées pour les névralgies.

Cette contradiction apparente, d'après moi, dépend de ce que, dans les expériences de Feinberg, on employait une forte irritation des nerfs périphériques, et nous avons remarqué déjà auparavant que l'irritation primitive provoquant la névralgie, selon toute probabilité, agit faiblement, mais constamment. Il ne faut pas encore oublier, que dans les expériences de Feinberg avec l'anesthésie des deux extrémités à l'aide de l'appareil de Richardson, il est bien possible que les douleurs aient précédé la paralysie, mais seulement n'ont pas été remarquées, car les lapins expriment en général assez faiblement les symptômes de la douleur. Cette hypothèse est parfaitement secondée par l'hyperesthésie que constata Brown-Sequard après la section du sciatique, et qui amène à sa suite l'atrophie de la corne postérieure, comme le démontrent les expériences de M. Vulpian.

De sorte que l'hypothèse, déduite par nous de l'analyse des symptômes caractéristiques de la névralgie, est totalement appuyée par les recherches expérimentales et nous avons plein droit de dire *qu'au fond de chaque névralgie il reste une altération du noyau central du nerf attaqué.* Il va sans dire que dans les névralgies nous ne pouvons pas rencontrer et même supposer des altérations semblables à celles qu'a constatées Feinberg. Il est beaucoup plus probable de trouver ici une atrophie des cellules des cor-

nes postérieures, comme l'a constaté M. Vulpian et comme le suppose aussi Anstie. Une telle atrophie a été constatée par Hubbenet dans le cas de névralgie cité plus haut (nevralgia n. trigemini).

Malgré toute la valeur de telles observations pour l'anatomie pathologique des névralgies, elles sont insuffisantes pour fonder une thérapeutique rationnelle ; car l'atrophie, d'après toute probabilité, ne présente que le résultat final de l'irritation précédente.

Dans ce but, nous devons nous expliquer de quelle manière l'irritation des nerfs sensitifs périphériques produit l'irritation dans les cellules nerveuses centrales.

Plus haut, en analysant les symptômes caractéristiques des douleurs névralgiques, nous avons vu qu'au commencement de la névralgie participent, selon toute probabilité, assez énergiquement les nerfs vaso-moteurs, dont l'action modifiée doit influer aussi sur la dimension des vaisseaux. Cette conclusion purement théorique est fortement secondée par les faits suivants : 1° Dans la majorité des maladies de la moelle où les douleurs névralgiques présentent un des premiers symptômes, des altérations anatomo-pathologiques sont remarquées dans les parois des vaisseaux, d'où, pour la pluralité des cas, elles prennent leur origine. 2° Dans le cas de Hubbenet, malgré la ligature de la carotide, on constata une ectasie considérable des vaisseaux dans le noyau du trijumeau. 3° Tous les expérimentateurs conviennent que l'irritation des nerfs sensitifs périphériques, hormis les autres résultats, provoque toujours une altération des fonctions des nerfs vaso-moteurs et par cela même du diamètre des vaisseaux.

Mais il faut dire que tous les auteurs ne sont pas d'accord sur le caractère de ces changements. Tandis que les uns acceptent qu'il y a un rétrécissement des artérioles en général, les autres, au contraire, outre cela, ont remarqué la dilatation des vaisseaux dans la région du nerf qu'on irrite. Les expériences de MM. Onimus et Legros, qui n'ont pas pourtant attiré l'attention des physiologistes, sont très-intéressantes sous ce rapport et expliquent beaucoup de phénomènes physiologiques. Les expériences de ces savants démontrent qu'une forte irritation du grand sympathique provoque une contraction *tétanique* des muscles lisses des vaisseaux, et cela donne lieu aux phénomènes bien connus dans la physiologie ; au contraire, l'irritation faible ou de force moyenne du même grand sympathique, donne lieu aux contractions péristaltiques des vaisseaux, contractions qui sont particulières aux muscles lisses en général, et semblables à celles que nous observons dans le tractus intestinal.

L'hypérémie active est le résultat d'une telle contraction péristaltique des vaisseaux ; durant l'existence de cette dernière, la température de la partie correspondante est élevée et les vaisseaux présentent une pulsation très-énergique. Se fondant sur ces expériences, le processus anatomique dans les névralgies peut être représenté de la manière suivante :

Sous l'influence d'une irritation faible, mais continue des nerfs périphériques, les cellules sensitives des cornes postérieures sont continuellement excitées à l'activité, et en même temps il se produit une contraction réflexe péristaltique des vaisseaux, ce qui provoque à son tour l'absorption des produits de l'activité nerveuse. Avec le cours du temps, l'absorption devient plus faible, et par effet de l'épuisement des vaso-moteurs, alors les produits, qui irritaient le tissu nerveux, commencent à s'accumuler. Ayant atteint à une certaine quantité, en irritant les cellules nerveuses sensitives, ils produisent dans le commencement une contraction réflexe tétanique des vaisseaux, qui se transforme ensuite en une paralysie. Une telle anomalie de la circulation, se répétant souvent, peut naturellement amener avec soi l'atrophie des cellules nerveuses sensitives et en même temps une altération du calibre des vaisseaux avec la perte de leur tonus.

Il s'ensuit que, d'après notre théorie, le principal rôle dans la production des névralgies est dû aux nerfs vaso-moteurs. Nous avons déjà vu la nécessité d'admettre leur influence en analysant la douleur et surtout la périodicité de son apparition. Maintenant, nous allons appeler l'attention sur quelques phénomènes qu'on remarque dans les névralgies, qui ne peuvent être expliquées sans le concours des nerfs vaso-moteurs. C'est ici qu'on peut rapporter la pâleur de la peau dans le district du nerf affecté qu'on constate au commencement de l'accès de la névralgie, pâleur qui disparait ensuite pour faire place à la rougeur. Il faut aussi ranger dans cette catégorie et l'altération de nutrition et l'ectasie de vaisseaux dans le district où se ramifie le nerf attaqué ; ce fait a été remarqué par Romberg dans les cas de névralgie qui ont duré assez longtemps.

(*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

L'Assistance publique.

Une statistique publiée par le Ministère du commerce pour 1872, nous permet de nous rendre compte des efforts faits en France pour soulager la population nécessiteuse. Il faut d'abord constater un fait regrettable : l'augmentation de la proportion générale des individus inscrits aux bureaux de bienfaisance avec la population. De 1837 à 1872, c'est-à-dire en 40 ans environ, elle s'est élevée de 2,30 à 3,64 pour cent. En 1872, le nombre des individus secourus par les bureaux de bienfaisance de toute la France, s'est élevé à 1,313,579. Ce sont les départements industriels, comme le Nord (18,46 0/0), le Rhône (11,34 0/0), la Seine (6,71 0/0), qui comptent le plus grand nombre d'assistés ; la proportion minima se rencontre dans les départements essentiellement agricoles. Les revenus de tous les bureaux de bienfaisance se sont élevés en 1872 à 27,991,785 fr., leurs dépenses à 24,780,446 fr., sur lesquels il a été distribué en secours 20,638,456 fr., soit pour chaque pauvre 15 fr. 71 c. Il y a entre les dépenses et les secours distribués, une différence de 4,141,990 fr.; entre les revenus et les dépenses, une autre différence de 3,211,339 fr., pour lesquelles nous ne trouvons pas d'explication dans le journal le *Temps*, auquel nous empruntons ces chiffres. Probablement la première a été absorbée par des allocations à différentes institutions de charité, et la seconde est constituée par les fonds de réserve et les frais d'administration, qu'il serait intéressant de connaître.

Dans les hôpitaux de toute la France le nombre des lits était en 1872 de 69.296 pour les malades ; le nombre des malades traités a été de 421.740, en y comprenant tous ceux qui ont fait à l'hôpital un séjour d'une durée quelconque. Le nombre des malades présents à un jour donné, était de 49.180 le 1er janvier 1872. Il ressortirait de ces chiffres que la population des hôpitaux s'est renouvelée environ neuf fois dans le courant de l'année, ce qui donne un séjour moyen de 40 jours à l'hôpital ; il faudrait en conclure aussi en prenant des chiffres ronds, et supposant le chiffre journalier de la population à peu près constant, que 20.000 lits restent inoccupés. S'il en était ainsi, ces non-valeurs, d'autant plus regrettables que les secours aux indigents sont d'autre part insuffisants, indiqueraient que, sur certains points au moins, les efforts de la charité ne doivent plus tendre à la création ou à l'agrandissement des hôpitaux.

Les mêmes faits se reproduisent pour les hospices consacrés aux vieillards et aux infirmes. Le nombre des lits à

eux destinés en 1872 était de 54,144, le nombre des présents le 1er janvier 1872 de 48,139; c'est-à-dire qu'à cette date 6,000 lits étaient vacants. Ce résultat a de quoi surprendre; considéré isolément, il signifierait que l'offre est supérieure à la demande; pour qui sait les difficultés à vaincre et le temps à attendre avant d'obtenir une entrée à l'hospice, cette explication est inadmissible. Il faut donc chercher ailleurs la raison de ces nombreuses vacances : on ne peut la trouver que dans des exigences trop grandes pour l'admission ou dans une répartition des lits qui n'est pas en rapport avec les besoins de chaque région. Cette dernière hypothèse rendrait compte en même temps du fait analogue signalé pour les hôpitaux. Quoi qu'il en soit, il y a là un sujet d'études à signaler.

Le nombre des malades des hôpitaux, est dans la Seine, de 4,14 pour 100 habitants ; dans le reste de la France de 1 0/0; le nombre des infirmes et vieillards recueillis dans les hospices est, dans la Seine, de 0,89 0/0 habitants, et dans le reste de la France de 0,17 0/0. Ainsi la Seine compterait quatre et cinq fois plus d'assistés que les autres départements réunis.

C'est une proportion qui s'élèverait encore sans doute si du percentage pour la France on défalquait les gros appoints que doivent fournir les grands centres. On serait ainsi ramené à conclure que les ressources abondent surtout où les besoins sont moindres

Les revenus de tous les établissements hospitaliers étaient en 1872 de 106,691,644 francs ; les dépenses des hôpitaux ordinaires de 88.150,917 francs.

Au 1er janvier 1872, la France comptait 98,664 enfants assistés, dont 8,466 enfants trouvés, 46,609 abandonnés, 9.894 orphelins coûtant ensemble 8.117,718 francs compris dans les dépenses hospitalières, plus 33,695 enfants secourus à domicile et coûtant 3,087.023 francs. On voit que chaque enfant hospitalier coûte environ 125 francs et chaque enfant secouru à domicile environ 81 francs; l'économie et la morale se trouvent d'accord pour engager à suivre de plus en plus la voie des secours à domicile.

A la même date, le nombre des aliénés indigents était de 31 216, soignés soit dans les asiles départementaux au nombre de 18.701, soit dans les quartiers spéciaux des hospices, au nombre de 5.391, soit dans les asiles privés faisant fonction d'asiles publics, au nombre de 7,124; la dépense totale est de 13.445.829 fr., sur lesquels la portion versée aux quartiers spéciaux des hospices se trouve comprise dans le total des dépenses hospitalières ; on peut la fixer au sixième de la dépense totale, soit 2,235,000 fr. environ.

Le budget des dépenses de l'Assistance publique en France s'établirait donc ainsi pour 1872 :

Bureaux de bienfaisance.............	24.780,446 fr.
Hôpitaux et hospices..................	88,150.917
Enfants assistés au dehors...........	3,087,023
Aliénés au-dehors des quartiers..	11.210.839
Soit......	127,229.225 fr.
Les revenus étant de.......	134.683.429
Il est resté disponible......	7 454 204 fr.

Il serait consolant de penser que ce chiffre exprime ce dont les ressources surpassent les besoins ; mais comme l'optimisme le plus aveugle ne saurait accueillir cette illusion, force est d'en revenir à l'idée d'un mauvais aménagement des forces charitables de notre pays. Cette conclusion est d'autant plus obligée qu'en réalité les dépenses hospitalières utiles n'ont été que de 76,553,775 francs, le reste, soit 11,597,142 fr. ayant été employé en frais de régie des biens. Les administrations hospitalières dépensent donc environ 10 0/0 de leurs revenus en frais de régie ; nous avons peine à croire que la nature de leurs biens suffise à expliquer ce taux que pas un particulier n'accepterait. Encore ce taux de 10 0/0, le calculons-nous sur la totalité des sommes reçues ; or, de ce total la plus grande partie consiste en subventions qui n'exigent pas grands frais d'administration. La régie ne s'appliquerait d'après les chiffres du *Temps*, qu'à 17,971,015 francs de revenu en immeubles et à 15,047,702 francs de revenu en rentes ; ce qui reporterait le taux de régie à environ 30 0/0.

En face de ce chiffre formidable, il est impossible de croire que, comme le dit le *Temps*, les frais d'administration soient quatre fois plus considérables à Paris que dans les départements.

Les chiffres précédents s'appliquent à la France entière ; ils comprennent donc les recettes et les dépenses de l'assistance à Paris et le mouvement de la population secourue de cette ville. Cette population peut être d'environ 19,380 individus secourus dans un même moment, à savoir : 8.284 dans les hôpitaux, 8,814 dans les hospices généraux, 510 dans les hospices spéciaux et maisons de retraite, 570 à l'hospice des Enfants-Aliénés, et 1,.02 dans les quartiers d'aliénés. Dans l'année, les catégories correspondantes s'élèvent à 88,733 individus pour les hôpitaux, à 9,512 dans les hospices généraux, à 487 dans les maisons de retraite et hospices spéciaux, et à 6.933 enfants assistés, indépendamment de 2.500 enfants placés à la campagne, à 2,443 aliénés à Bicêtre et à la Salpêtrière, enfin à 2,000 enfants placés par la direction des nourrices, et à 186.000 individus secourus à domicile et par les bureaux de bienfaisance.

Deux observations nous sont suggérées par ces chiffres. D'abord il est surprenant que les hôpitaux spéciaux et maisons de retraite pouvant recevoir 510 personnes n'en reçoivent que 487 ; il faut bien ici attribuer les vacances aux difficultés de l'admission, car ce ne sont pas les demandes qui font défaut. Nous signalerons ensuite ce fait qu'à Paris, la population annuelle des hôpitaux est environ décuple de la population journalière, le mouvement y est donc plus rapide et la durée de séjour moindre (36) d'environ 14 jours qu'en province. Pour interpréter ce résultat, les données nécessaires nous manquent.

En totalité donc, il y a 225,000 individus secourus à Paris, à un même moment et 321,000 pendant l'année. Pour faire face à ces besoins, l'Assistance dispose en 1876 d'un budget de 28,800,000 francs, sur lequel prélèvent 4,383,000 francs la construction du nouvel Hôtel-Dieu et du nouvel hôpital de Ménilmontant. Les revenus propres de l'Assistance, en loyers d'immeubles et en rentes sont de 5,511,600 francs; en outre, elle reçoit du département 727,080 francs d'une part, et 92,200 de l'autre, en remboursement des dépenses des aliénés et des enfants assistés à l'hospice ; elle vend pour 1,916,950 fr. de produits divers fabriqués dans ses magasins généraux. C'est en tout 8,247,630 fr. La diffé-

rence est parfaite au moyen de deux impôts, et d'une subvention de la ville. De ces impôts, l'un, du dixième du prix des places dans les théâtres rapporte 2,200,000 fr.; l'autre, d'un tiers du prix des concessions dans les cimetières, donne 210,000 francs; la subvention sera pour 1876 de 11,190,000 fr.

Nous remarquons que le total de ces sommes n'atteint que 21,637,630 fr., laissant un déficit de 7,182,370 fr. qui doit être comblé par d'autres ressources. En outre incombent à l'Assistance les dépenses des aliénés placés dans les asiles spéciaux et des enfants assistés qui ne sont pas à l'hospice dépositaire, et elles doivent arriver à un chiffre assez rond.

E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 septembre 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

Après la lecture du procès-verbal, M. le Président annonce à l'Académie, qu'elle vient de perdre deux de ses membres, M. Putégnat de Lunéville, membre correspondant national, et M. René Gobley, membre titulaire. La séance est levée en signe de deuil.

M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances d'avril 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

14. Hémorrhagie du cervelet; par M. MAGNANT, interne des hôpitaux.

La nommée L.... Marie, 54 ans, entrait le 11 janvier 1876 dans le service de M. MESNET, à l'hôpital Saint-Antoine, pour une hémiplégie du côté gauche. Les accidents s'étaient montrés d'une façon subite trois jours auparavant, le matin, au réveil, sans qu'aucun phénomène prémonitoire pût les faire prévoir.

En voulant se lever, cette femme était tombée à terre privée du mouvement dans le bras et la jambe du côté gauche. Il n'y avait eu ni perte de connaissance, ni troubles de la parole ou de l'intelligence.

Lors de son entrée dans le service nous constatons, en effet, une paralysie du côté gauche, limitée aux deux membres supérieurs et inférieurs de ce côté, sans paralysie de la face ou de la langue, sans troubles de la sensibilité sous aucune de ses formes. L'intelligence était parfaitement conservée; la réponse était précise et ne laissait pas de doute sur la manière dont les choses s'étaient passées.

Les jours suivants, les phénomènes commencent à s'amender, et permettent de porter un pronostic assez favorable, quant au présent. Dès la fin du mois le mouvement revenait un peu, et vers la fin de février l'état était tel que L.... pouvait se lever et se servir un peu de son bras. Au mois de mars elle pouvait aller et venir, n'accusant aucune gène, aucun trouble nouveau. Cependant, dans les premiers jours, elle avait été prise subitement d'une perte de connaissance ayant duré dix minutes, et s'étant accompagnée de vomissements, mais sans troubles du mouvement ou de l'intelligence.

Le 16 *avril*, alors que rien ne faisait prévoir une pareille terminaison, après une journée assez bonne, cette femme était prise tout-à-coup, le soir, d'accidents nouveaux. Il était environ huit heures, lorsqu'elle se lève sur son lit, appelle à son secours, et dit qu'elle va étouffer. On lui fait respirer du vinaigre et on lui frictionne les tempes. A ce moment elle est prise de vomissements. La parole est lente, entrecoupée; mais on n'observe pas de paralysie.

Vers neuf heures la parole s'embarrasse, et la malade, qui s'était jusqu'alors tenue assise dans son lit, tombe sur le côté droit, et semble avoir tendance à s'incliner de plus en plus vers ce côté. Vers dix heures la parole et l'intelligence sont anéanties, et le stertor commence. Enfin, elle succombe à une heure du matin.

Malheureusement les choses s'étant passées le soir, et l'interne de garde n'ayant pas été appelé, nous ne savons s'il y a eu paralysie, ni de quel côté elle aurait siégé. Les seuls faits observés se réduisent donc à trois : 1° Une anxiété et une dyspnée croissantes; 2° des vomissements spontanés, sans cause apparente; 3° une tendance à être entraînée dans le décubitus sur le côté droit.

AUTOPSIE. — Rien de remarquable dans les divers organes: *poumons*, *foie*, *reins*, etc., si ce n'est partout de la dégénérescence graisseuse.

Cerveau. — La *surface* ne présente rien au niveau de la face convexe. A peine un peu d'injection ou plutôt de congestion de la pie-mère. A la base, au niveau de la protubérance annulaire, un peu de sang infiltré sous l'arachnoïde. Partout ailleurs rien. En faisant des *coupes* de la substance cérébrale on trouve à la partie supérieure de la corne frontale droite, à un demi-centimètre environ au-dessous de la substance grise, dans la substance blanche, un foyer ocreux de 0,02 c. environ de longueur, linéaire et allongé, autour duquel la pulpe cérébrale est saine. Ce foyer paraît ancien, trop ancien même pour que M. Mesnet le regarde comme la cause des accidents paralytiques du mois de janvier. Cependant, quelque attention que l'on ait apportée à l'examen du cerveau, nulle part ailleurs on n'a trouvé d'autres traces d'hémorrhagie ancienne. Mais le point vraiment intéressant ici était la recherche du foyer qui avait causé les accidents si rapidement mortels. Incisant alors le *cervelet*, on trouve ce dernier rempli de caillots rouges, absolument nouveaux, occupant tout le centre de l'organe, mais ayant envahi surtout le *lobe gauche*, lequel était comme converti en une coque de 0,015 à 0,020 m. d'épaisseur. Nulle part la surface du cervelet n'était altérée. Au contraire, le centre était très-ramolli et infiltré. Les caillots avaient de plus envahi les ventricules, et même la corne occipitale du côté droit. Mais dans tous ces points la pénétration avait été consécutive et s'était faite par extension sans lésion de tissu. Enfin, les caillots s'étendaient encore sur les parties latérales gauches du *bulbe*.

Cette femme a donc succombé à une *hémorrhagie du cervelet*, et la mort est vraisemblablement arrivée quand le sang a fait irruption au niveau du bulbe. Malheureusement, les faits en tant que symptômes n'ont pu être suffisamment observés.

16. Péricardite hémorrhagique; par M. VALUDE, externe des hôpitaux.

X..., cocher, âgé de 40 ans, est né dans l'Yonne; il a eu la vérole il y a dix-sept ans environ ; il avoue des habitudes d'alcoolisme dont il offre du reste divers symptômes, tels que cauchemars effrayants, vomissements pituiteux du matin, dyspepsie habituelle et tremblement caractéristique. Depuis trois ans au printemps la peau de la face dorsale de ses mains devient rouge, épaissie et se couvre de phlyctènes remplies d'une sérosité transparente. Ces phlyctènes se flétrissent et se dessèchent sans s'ouvrir, puis la peau prend un peu de coloration rouge mais reste épaisse, sèche et un peu fendillée.

A la même époque aurait paru pour la première fois, un œdème des jambes qui disparaissait peu à peu pour revenir l'année suivante.

Cet homme ne s'inquiétait pas autrement de ces accidents lorsqu'il y a dix mois environ, sans cause appréciable, il vit sa respiration s'embarrasser en même temps qu'un peu de toux et une expectoration spumeuse légère apparaissaient. La dyspnée, augmentée à chaque effort mais sans accès de suffocation nocturne, s'accrut peu à peu; l'œdème des jambes reparut pour ne plus s'en aller.

Enfin, il y a quinze jours environ, tous ces symptômes ayant subi une recrudescence considérable, cet homme ne pouvant continuer son travail entra à l'hôpital le 7 avril 1876, (service de M. MOUTARD-MARTIN, salle Saint-François, n° 8).

A la visite du lendemain, on se trouve en presence d'un homme paraissant vigoureusement constitué, et qui est en même temps un peu obèse.

Mais la face est bouffie et offre une coloration qui est un mélange de la teinte cyanotique marquée surtout aux lèvres et d'une teinte rouge brun, occupant le reste de la face et qui semble comme brûlée par le soleil. Le malade est en proie à une dyspnée extrême qui porte à examiner tout d'abord la poitrine. Celle-ci est globuleuse, arrondie et donne une sonorité exagérée à la percussion dans toute son étendue. L'auscultation révèle des râles sibilants et ronflants d'emphysème disséminés dans les deux poumons, et des râles sous-crépitants limités aux deux lobes inférieurs, en arrière ; l'absence de fièvre et de matité les fait rapporter à un œdème de la base des deux poumons.

La région précordiale ne semble pas déformée, et ses déformations, si elles existent, disparaissent au milieu de la forme globuleuse générale de la poitrine. Pas de douleur précordiale. La percussion est très-gênée en haut et à gauche par la présence d'une lame pulmonaire emphysémateuse qui s'étend au devant du cœur ; cependant on peut constater que la matité dépasse le bord droit du sternum d'un bon travers de doigt, et qu'elle descend au-dessous de la sixième côte. Les battements du cœur ne sont pas perçus à la palpation. A l'auscultation les bruits sont sourds, voilés mais aucun bruit anormal ne semble en altérer le timbre. On diagnostique un épanchement dans la péricarde. On constate en outre les accidents cutanés qui ont été décrits plus haut, et sur lesquels nous ne reviendrons que pour dire qu'ils semblent limités à la partie de la face dorsale de la main qui n'est pas protégée par les vêtements, et qu'ils semblent dus à une brûlure causée par le soleil.

En découvrant le malade pour examiner l'œdème des jambes dont il se plaint, on constate en effet une infiltration séreuse remontant jusqu'au genou et assez prononcée: mais de plus sur la région antérieure du cou-de-pied apparaît une plaque d'un rouge brun ressemblant à celle de la face dorsale de la main mais sans phlyctènes. Elle est limitée aux malléoles d'une part sur les côtés, et d'autre part elle remonte de quelques centimètres sur la face antérieure de la jambe, tandis qu'elle descend jusqu'au niveau de la tête des métatarsiens et va en se dégradant.

La peau à ce niveau est dure, épaissie et sèche ; le malade a des varices. — Le ventre est gros, il y a un peu d'ascite. — Le foie volumineux déborde les fausses côtes.

Le malade a complétement perdu l'appétit, ne digère pas, et de plus, depuis quelques jours, il a une diarrhée séreuse très-abondante. Pas de fièvre, le pouls est petit, dépressible mais régulier. Pas de troubles intellectuels. Pas d'affaiblissement musculaire insolite. Les urines sont rares et très-colorées mais sans albumine ni sucre.

En présence de ces accidents insolites, de ces hydropisies et de la diarrhée séreuse, on aurait pu penser à une altération générale du sang et peut-être à la pellagre. Le traitement institué porte uniquement contre la diarrhée. Pendant quelques jours le malade offre un peu moins de dyspnée sous l'influence du repos; mais les signes stéthoscopiques du poumon et du cœur restent les mêmes. La diarrhée a disparu.

Dans la nuit du 11 au 12, probablement sous l'influence des variations atmosphériques, la dyspnée reparaît intense ; et à la visite du 12 le malade est cyanosé, très affaibli, le pouls est petit, misérable, les bruits cardiaques semblent plus voilés.

La nuit du 12 au 13 est encore plus mauvaise : la dyspnée atteint son maximum d'intensité, le malade a conscience de sa fin prochaine ; il meurt dans la journée du 13.

Autopsie, faite 24 heures après la mort :

Le cerveau est sain ; un peu de congestion méningée.

Le foie, très-volumineux, est également congestionné et légèrement cirrhotique. Hernie épiploïque droite congénitale.

Les deux *poumons* sont emphysémateux et offrent de l'œdème à la base en arrière.

Le *péricarde*, énormément distendu par du liquide, forme entre eux une masse grosse comme une tête d'adulte. La face externe est recouverte d'une épaisse couche de graisse.

Une incision pratiquée à sa partie inférieure laisse écouler plus d'un litre de liquide qui semble du sang pur, sans mélange de sérosité. L'incision prolongée du péricarde permet enfin de constater entre l'épaississement et l'imbibition du feuillet pariétal par le sang, une couche de fausses membranes peu marquées sur le péricarde pariétal, mais très-épaisse sur le cœur, où elles atteignent 1 centimètre d'épaisseur environ ; de légers tractus que l'on détruit en écartant le péricarde relient les deux faces de la séreuse. Ces fausses membranes offrent une surface tomenteuse, et sont fortement imbibées par le sang. Elles offrent des dépressions, des enfoncements limités par des tractus plus saillants et le cœur, ainsi complétement enveloppé, ressemble exactement à une pomme de pin débarrassée de ses écailles.

Les tractus qui unissent le cœur au péricarde sont plus solides sur la face postérieure et surtout près de l'origine des vaisseaux.

Le *cœur* est lui-même hypertrophié ; son tissu offre une coloration jaunâtre et ses fibres ont subi une dégénérescence graisseuse très-marquée.

17. Cicatrices des reins; par le Dr Ferrand, médecin des hôpitaux.

M. Ferrand présente deux *reins* dont la surface est sillonnée par une quantité de dépressions plus ou moins marquées. Ils ont été recueillis chez une malade atteinte d'affection cardiaque et emphysémateuse qui mourut de son emphysème pulmonaire. M. Ferrand se demande s'il y a lieu de voir là la trace d'abcès, d'infarctus, de kystes, où s'il a simplement affaire dans ce cas à un rein lobulé.

M. Charcot. Ces dépressions sont des traces d'infarctus qui remontent peut-être à 25 ou 30 ans et témoignent de l'existence d'une endocardite végétante heureusement guérie.

M. Ferrand. Cette femme avait 60 ans.

18. Ankylose du coude; par M. A. Heydenreich, interne des hôpitaux.

Cette pièce provient d'un homme de 34 ans, entré dans le service de M. Duplay, à l'hôpital Saint-Louis, pour une fracture compliquée de l'avant-bras gauche, qui nécessita l'ablation du membre.

M. Duplay se disposait à faire la désarticulation du coude, lorsqu'il constata que cette articulation était ankylosée ; il fut obligé d'amputer le bras vers son extrémité inférieure. En interrogeant les antécédents de cet homme, nous avons appris qu'en 1870 il a été atteint de variole, et immédiatement après de fièvre typhoïde ; pendant la période de déclin de cette dernière affection, il a été pris d'une arthrite du coude gauche, arthrite qui dura deux mois et demi, s'accompagna de suppuration et laissa après elle des fistules qui persistèrent plusieurs mois. Depuis cette époque, les mouvements du coude sont totalement perdus.

On remarque dans cette pièce, une fusion intime des trois os qui concourent à former l'articulation du coude. A l'extérieur, il est fort difficile de reconnaître d'une façon précise où est la limite de ces os ; toutefois le cubitus est manifestement déplacé en dedans et en bas, et les cavités olécrânienne et coronoïde de l'humérus sont libres. A la coupe, la fusion est tout aussi intime, et c'est à peine si une légère différence de coloration permet de délimiter les trois os.

19. Diphthérie. Expulsion de fausses membranes. Avortement. Enfant vivant; par M. Michel, interne des hôpitaux.

M. Michel montre deux fausses membranes tubulées, longues de plus de 10 centimètres, et ramifiées à leur extrémité la plus mince, comme la bronche qu'elles obstruaient. Elles ont été rendues par une femme qui bientôt avortait (au huitième mois de sa grossesse). L'enfant est vivant, et n'offre aucune trace de diphthérie.

20. Adéno-lymphocèle du mésentère; par M. Sabourin, interne des hôpitaux.

Marguerite G..., 70 ans, morte de cystite purulente, salle Saint-Michel, 8, Salpêtrière, service de M. Le Dentu.

Sur la face droite du mésentère, dans l'angle de réunion avec le feuillet inférieur du mésocolon transverse, tout près de l'in-

sertion vertébrale, on trouve *une poche liquide*, de couleur blanc de lait, de la grosseur d'un œuf de poule, entourée d'un tissu cellulaire très-lâche, qui permet son énucléation facile : on ne trouve dans le voisinage aucune trace de vaisseau lymphatique dilaté, aboutissant à la poche ; on cherche le canal thoracique qu'on suit dans toute son étendue, il est parfaitement normal. Aucun des siéges des ganglions lymphatiques ne présente de tumeur. La poche ouverte donne issue à un *liquide* absolument *semblable à du lait*, qui s'écoule incomplétement comme s'il était contenu dans des poches isolées ; par des ouvertures multiples, on en recueille environ 30 gr.

La tumeur est disséquée : les *parois* sont minces, transparentes, la cavité est divisée en loges multiples par des cloisons incomplètes, circonscrivant des aréoles irrégulières, sur les parois desquelles s'ouvrent des loges plus petites ; c'est tout à fait l'aspect de la trame des tumeurs carcinomateuses. Le liquide est parfaitement homogène, demeure fluide ; *au microscope*, il présente seulement des granulations extrêmement fixes, toutes de même volume, que l'on reconnait être de nature graisseuse, en les traitant par l'éther. Avec cela, quelques rares globules rouges venant évidemment de rupture vasculaire ; mais aucune trace d'éléments figurés quelconques.

21. Hemiplégie gauche. Lésion du lobule paracentral droit; par M. Pitres, interne des hôpitaux.

M. Pitres présente un cerveau desséché par l'action d'une solution d'acide azotique au sixième et l'exposition à la chaleur solaire. Sur ce cerveau ont été figurées les lésions corticales que révéla l'autopsie d'une malade dont il rapporte l'histoire. Il s'agit d'une ataxique qui était entrée à l'infirmerie de la Salpétrière, pour une fracture. Elle présenta bientôt une *hémiplegie gauche*, le côté droit était absolument respecté. A l'autopsie, on trouva des lésions très étendues sur les deux hémisphères, mais *seulement à droite*, les circonvolutions du cerveau moyen (lobule paracentral) étaient atteintes.

23. Cancer du rein, avec cancer du foie; Corps fibreux de l'utérus ; par M. A. Sevestre, chef de clinique de la Faculté.

X***, cuisinière, âgée de 47 ans, est entrée le 7 mars 1876 à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Anne, n° 24 (service de M. G. Sée).

Cette femme se plaint de souffrir dans le ventre, et fait remonter à 8 jours seulement le début des accidents qui l'amènent à l'hôpital. Toujours bien portante jusqu'alors, dit-elle, elle aurait été prise brusquement d'une douleur dans l'hypochondre droit, et depuis lors cette douleur a persisté d'une façon continue, sans s'accompagner d'autre chose que d'un certain malaise général.

Au moment de l'entrée, voici ce que l'on constate : La malade est un peu maigre, mais prétend n'avoir jamais été plus grasse ; sa figure exprime la souffrance, et en effet depuis 8 jours elle a dans le côté droit de l'épigastre et dans l'hypochondre droit une douleur modérément intense, mais continue, et qui de ces points se propage un peu vers l'ombilic. L'appétit est bien conservé ; il y a parfois quelques nausées, mais jamais de vomissements. La langue est normale ; les selles sont un peu rares. Il n'y a pas de fièvre ; enfin la malade présente sur la peau et les conjonctives une légère teinte ictérique ; les urines, sauf une faible coloration par la bile, sont normales.

L'abdomen est volumineux, et la main appliquée sur lui constate une sensation de flot qui indique l'existence d'un certain degré d'ascite; mais ce n'est pas à l'ascite seule, d'ailleurs peu considérable, que tient cette augmentation de volume du ventre. La palpation permet en effet de constater l'existence de tumeurs solides en différents points de l'abdomen. A droite, au-dessous du rebord des fausses côtes, la palpation et la percussion font reconnaitre une masse qui se continue directement avec le foie, sans que l'on puisse saisir de ligne de démarcation entre les deux. Le bord supérieur remonte au voisinage du mamelon et son bord inférieur descend jusqu'au niveau de l'ombilic. Ce bord n'est point absolument régulier, mais un peu festonné, et, en outre, sur la face antérieure de cet organe, on trouve des tumeurs arrondies, un peu déprimées au centre et donnant tout-à-fait la sensation de noyaux cancéreux. Le foie est aussi très-développé dans son sens transversal ; il recouvre l'épigastre et se prolonge jusque dans l'hypochondre gauche. On constate aussi par la palpation à ce niveau, des frottements péritonéaux extrêmement nets ; cet examen augmente un peu les douleurs que la malade accuse à l'épigastre.

Une autre tumeur existe à l'hypogastre. Cette tumeur parait formée de plusieurs lobes dont le plus gros, du volume du poing environ, occupe le côté gauche de la région. En combinant la palpation hypogastrique et le toucher vaginal, on constate facilement que ces tumeurs sont réunies les unes aux autres et font corps avec l'utérus ; il est évident qu'elles ne sont point seulement accolées à cet organe, mais se sont développées dans son intérieur. En outre, au niveau du point où la grosse tumeur est appréciable par le vagin, on reconnait aussi très-nettement que la muqueuse glisse sur elle.

Le col est d'ailleurs normal, mais seulement rejeté vers le côté gauche La malade, interrogée au sujet de ses fonctions menstruelles, répond qu'elle a toujours été bien réglée, et n'a jamais eu de pertes ; elle a cessé d'être menstruée depuis quelques mois, sans le moindre dérangement. Enfin, dans le flanc droit, entre le bord inférieur du foie et la tumeur utérine, on trouve une résistance particulière assez difficile à définir, et qui parait devoir être attribuée à l'existence d'une tumeur située profondément. Il semble également que la région lombaire de ce côté est plus résistante que du côté opposé.

La malade, interrogée de nouveau après la constatation de sa tumeur, affirme qu'elle ne souffrait pas avant ces huit derniers jours, et que son attention n'avait jamais été dirigée de ce côté. Elle avait seulement remarqué que depuis quelque temps, son ventre était un peu plus volumineux, mais ne s'en était nullement préoccupée; elle a, du reste, continué son travail qui est assez pénible, jusqu'à ces derniers jours. Sa santé a toujours été bonne ; seulement depuis 2 ans, elle ressentait de temps en temps quelques douleurs dans la région lombaire du côté droit, douleurs qui étaient du reste bien différentes de celles qu'elle éprouve aujourd'hui dans le ventre, et qui ne l'avaient jamais inquiétée. C'est seulement à la suite de demandes réitérées sur l'existence de troubles antérieurs qu'elle donne ce renseignement.

Sous d'autres rapports, la santé est du reste parfaitement conservée; la malade ne tousse pas et l'examen de la poitrine révèle les caractères de l'état normal. Il en est de même pour le cœur.

En somme, tous les phénomènes morbides sont limités à l'abdomen. Il est tout d'abord bien certain qu'il existe un cancer du foie. L'augmentation considérable de volume de cet organe, les bosselures qu'il présente, ne peuvent guère s'expliquer dans une autre hypothèse. Mais n'y a-t-il pas dans quelque autre organe un cancer primitif, ou bien s'agit-il d'un cancer primitif du foie? La conservation parfaite de l'appétit et des fonctions digestives ne s'accorde guère avec l'hypothèse d'un cancer de l'estomac. Quant à la tumeur utérine, on ne peut en faire un cancer. Le col est absolument sain, et le cancer se fût-il développé seulement dans le corps, il y aurait eu quelques troubles utérins ; enfin on n'aurait pas la sensation d'une certaine épaisseur de tissus glissant sur la tumeur, sensation qui, au contraire, rappelle absolument celle que donnent les tumeurs fibreuses.

Une autre hypothèse semble plus vraisemblable. Dans le flanc droit existe une tumeur située profondément dans la région du rein, et peut-être faut-il y chercher le point de départ des accidents ? Sans doute, l'urine n'a jamais présenté, au dire de la malade, d'altération appréciable, et particulièrement n'a jamais renfermé de sang ; mais, d'un autre côté, on trouve dans les auteurs un certain nombre de faits semblables, et de plus, l'existence depuis deux ans de douleurs sourdes dans cette région concorde assez bien avec l'hypothèse d'une lésion primitive du rein.

Il semble donc que le diagnostic puisse être ainsi formulé : *Cancer du foie et probablement cancer primitif du rein ; corps fibreux de l'utérus.*

Dans les jours qui suivent, les phénomènes prennent une gravité rapidement croissante : la malade s'amaigrit, la cachexie s'accuse de plus en plus et trois semaines après, la mort survient, sans autre symptôme. On avait seulement remarqué pendant quelques jours des tumeurs dures disséminées en différents points de l'abdomen, et par suite, on s'était demandé si l'on n'avait pas affaire à un cancer du péritoine : mais ces tumeurs, très-évidentes à un moment donné, l'étaient beaucoup moins quelques jours après, et avaient même disparu un peu avant la mort. Il s'agissait donc de matières fécales.

Autopsie. — L'ouverture de l'*abdomen* donne issue à une petite quantité de liquide ascitique. Le foie remplit la plus grande partie de la cavité abdominale et le bassin est occupé par la tumeur utérine ; entre ces deux tumeurs se trouvent tassés les intestins sur lesquels on ne constate aucune altération. L'épiploon est sain. Le *foie* présente un volume énorme il mesure 30 centimètres transversalement, et dans le sens de la hauteur 25 dans le point le plus large, et 17 au niveau du hile. Sur sa face antérieure, existent des brides fibreuses et des épaississements partiels de la capsule ; en outre il adhère au diaphragme dans la plus grande étendue de celui-ci. La surface du foie est parsemée de noyaux marronnés, déprimés à leur centre et qui offrent tous les caractères de noyaux cancéreux ; sur des coupes, on trouve aussi des noyaux analogues extrêmement nombreux, de sorte qu'ils constituent au moins les trois quarts du tissu de cet organe. Le raclage donne du suc très-abondant.

L'*estomac* et les *intestins* ne présentent aucune altération.

La *rate*, un peu grosse, présente quelques adhérences avec le diaphragme mais offre d'ailleurs les caractères de l'état normal.

Le *rein* gauche est sain, mais le rein droit présente au contraire des lésions fort intéressantes. Il a un volume double de l'état normal et semble transformé en une poche kystique ; lorsqu'on incise cette poche il s'écoule un liquide (240 c. c.) trouble, séro-purulent et qui donne par le repos un dépôt grumeleux, paraissant au microscope constitué surtout par des globules de pus plus ou moins altérés. La poche elle-même est formée par la dilatation du bassinet et des calices, et par le refoulement de la substance rénale étalée sur la moitié externe de cette poche. En outre, dans le bout inférieur de ce rein, existe une masse blanche, assez dure, d'apparence squirrheuse et dont la présence à ce niveau rend compte de l'hydronéphrose signalée tout à l'heure. En effet, l'uretère est accolé à cette masse et se confond avec elle, de telle façon que son calibre est complétement oblitéré ; à quelques centimètres au-dessous seulement, on retrouve le calibre de ce canal. La vessie est saine.

L'*utérus* présente le volume d'une grosse tête de fœtus ; sa surface est bosselée et sur cette surface comme à la coupe, on voit que ces bosselures sont dues à des tumeurs disséminées dans la masse du tissu utérin. La plus volumineuse, qui a le volume du poing, est située dans la partie postérieure du corps de l'organe et la cavité utérine est étalée sur sa face antérieure ; le col est un peu aplati d'avant en arrière, et presque complétement libre. La tumeur est d'ailleurs parfaitement isolée dans le tissu utérin, et s'énuclée assez facilement. Le tissu qui la constitue est beaucoup plus dur que celui de l'utérus ; c'est en effet un corps fibreux calcifié par places, ainsi que le montre un examen à l'œil nu et au microscope. Outre ce gros corps fibreux, on en trouve quelques autres plus petits, du volume d'une noisette à un petit œuf disséminés en différents points de l'utérus. Les ovaires sont sains.

Le *cœur* est peu volumineux, et sans apparence de lésion quelconque. Les *poumons* sont libres d'adhérences : la face pleurale du diaphragme, même du côté droit, ne présente rien de particulier. Dans les poumons, on ne trouve non plus aucune altération, si ce n'est quelques traces de congestion surtout à la base droite, et au sommet quelques points d'induration ancienne.

Réflexions. Je signalerai dans cette observation plusieurs points intéressants : 1° Le début du cancer par le rein n'a rien de bien rare, mais il est moins fréquent de voir ce cancer évoluer sans troubles de la sécrétion urinaire. Ici, l'examen du rein malade permet de comprendre pourquoi l'urine n'a point présenté de caractères anormaux. En effet, le cancer siégeant à l'origine de l'uretère, il est bien probable que ce conduit s'est trouvé presque de suite oblitéré, et que l'urine était fournie seulement par le rein du côté opposé resté sain.

2° Pendant longtemps, le cancert est resté limité au rein, puis le foie a été envahi, et c'est seulement lorsque s'est développée la péritonite périhépatique (accusée au moment de l'entrée par des frottements) que la malade a commencé à ressentir des douleurs.

3° Le développement de corps fibreux aussi volumineux, déjà calcifiés en partie, et ne donnant lieu à aucun trouble utérin, mérite aussi d'être signalé.

4° Enfin, ce fait démontre une fois de plus la possibilité de la coïncidence du corps fibreux et du cancer, coïncidence niée autrefois, mais démontrée actuellement par un certain nombre de faits.

24. Cancer primitif du foie ; par M. Duraussay, interne des hôpitaux.

B..., Marc, 70 ans, orfèvre, est entré, le 16 mars 1876, à Lariboisière, et a été couché au n° 16 de la salle de Saint-Vincent, (service de M. Millard).

Aucun antécédent héréditaire. Les parents de B... sont morts à un âge avancé sans avoir jamais présenté aucun symptôme pouvant faire supposer chez eux une affection analogue à celle que nous trouvons chez notre malade. Ce dernier, de son côté, n'a jamais eu d'affection grave, et jusqu'à ces derniers temps, a joui d'une très-bonne santé.

C'est vers le milieu de novembre 1875, c'est-à-dire il y a 4 mois, qu'a débuté la maladie pour laquelle B... entre à l'hôpital. Ce début aurait été assez brusque et aurait consisté en un ictère survenant rapidement après une émotion morale vive. Quoi qu'il en soit, depuis cette époque le malade a conservé son ictère ; il a perdu ses forces et il a beaucoup maigri. Ce sont ces raisons qui le décident aujourd'hui à venir se faire traiter dans nos salles.

Etat à l'entrée. Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'ictère généralisé. Tous les téguments présentent une coloration jaune-vert foncé et sont le siége de démangeaisons très-accusées qui empêchent souvent le malade de dormir.

Amaigrissement très-prononcé. Aucune trace d'infiltration œdémateuse. Ventre assez volumineux, avec développement notable des veines sous-cutanées. Le ventre est sonore partout, il est assez dépressible et n'est douloureux à la pression que dans la région hépatique. Il n'y a pas trace d'ascite.

Foie. Par la percussion, on trouve que la matité commence au mamelon droit pour descendre jusqu'à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Par la palpation, on sent très-nettement, à la limite de la matité, le bord antérieur du foie. Sur la ligne médiane, où l'on a sous la main une certaine étendue de la face supérieure de l'organe, on trouve celui-ci dur, inégal, mamelonné. Le foie n'a jamais été et n'est pas le siége de douleurs spontanées ; mais il est assez sensible à la pression.

La *rate* n'est pas augmentée de volume. Jamais de troubles digestifs. L'appétit, sans être bien grand, a toujours été régulier, les digestions se font bien, le malade n'a jamais vomi, n'a jamais eu de diarrhée ; il est plutôt légèrement constipé. Ses matières sont décolorées.

Rien au cœur. Rien dans les poumons. Jamais d'hémorrhagies par aucune voie. Rien à noter du côté de l'encéphale.

10 *avril.* Pendant les premiers temps, l'état a persisté sans changement appréciable. Mais depuis quelques jours le malade décline visiblement. Il peut à peine se retourner dans son lit, a maigri davantage, mange à peine quelques cuillerées de potage, et mouche continuellement du sang. Rien dans la poitrine.

Pas de vomissements. L'ictère est encore plus foncé si c'est

possible. Le foie est plus volumineux qu'à l'entrée ; il descend presque jusqu'à l'ombilic, et forme à la région épigastrique une voussure très-accusée. Il est dur et parsemé de nodosités très-rapprochées les unes des autres. Toujours pas d'ascite, mais un peu d'œdème des deux pieds.

20 *avril*. L'état général s'aggrave de plus en plus; l'amaigrissement est considérable. Le malade ne vomit pas, mais il a depuis 4 à 5 jours une diarrhée continuelle avec éprcintes et ténesme anal. Les selles sont très-fréquentes, peu abondantes, formées de glaires sanguinolents. Les autres symptômes persistent tels qu'ils sont notés plus haut.

24 *avril*. Le malade s'affaiblit de plus en plus. Epistaxis continuelles. Dysenterie persistante. Même état du ventre ; en plus cependant un peu de matité dans les deux flancs (ascite modérée). — Mort le 25 avril.

AUTOPSIE. Un litre et demi de sérosité ascitique ordinaire. Pas de péritonite.

Foie très-volumineux, recouvert de marrons cancéreux tellement abondants, qu'en certains points ces tumeurs laissent à peine entre elles une étroite bande de tissu hépatique. A la coupe, on retrouve ces noyaux partout, séparés par un tissu hépatique de couleur verdâtre foncée, un peu lobulé. Les canaux biliaires intra-hépatiques ne paraissent pas dilatés à l'œil nu. La vésicule biliaire renferme une petite quantité de mucus épais, grisâtre. Les voies biliaires sont normales.

La rate a son volume normal; elle renferme beaucoup de grains calcaires du volume d'un pois.

Les *deux poumons* sont parsemés de petits noyaux cancéreux du volume d'un pois à une lentille.

Dans les 15 derniers centimètres du *rectum*, nombreuses érosions tout-à-fait superficielles.

Aucun autre cancer. Rien dans le tube digestif examiné dans son entier, rien dans le pancréas, les reins, la prostate, les vésicules séminales, les testicules, le cerveau, etc.

CHIMIE MÉDICALE

Réflexions sur un rapport du Dr Caulet intitulé: *De la valeur des procédés dits cliniques de dosage de l'Urée*, par YVON.

M. le Dr Caulet vient de présenter à la *Société médicale de l'Elysée* un rapport sur le sujet que nous indiquons, rapport dont les conclusions sont bien malheureuses et ne tendraient ni plus ni moins qu'à arrêter, si cela était possible, je ne dirai pas la tendauce, car c'est aujourd'hui un fait acquis, mais la direction scientifique (au point de vue clinique) que suit aujourd'hui la médecine. Heureusement M. Caulet s'y prend un peu tard et ses efforts ne serviront qu'à mettre en relief les avantages des méthodes qu'il voudrait faire oublier.

Il est probable que l'opinion de l'honorable rapporteur eut été tout autre s'il eut approfondi, autant que l'ouvrage de M. Boymond, tous les autres travaux publiés depuis sur ce sujet. Loin de moi la pensée de vouloir critiquer en rien l'excellent travail de mon collègue et ami M. Boymond ; j'ai trop souvent même puisé à çette source pour ne pas en reconnaitre le mérite; mais le procédé de M. Boymond étant antérieur à tous les procédés cliniques l'auteur n'a pas établi de comparaison entre eux et du reste il ne l'aurait pu, car ils sont d'un ordre tout-à-fait différent.

Il serait regrettable que M. Caulet ne s'applaudisse pas que de toutes parts les chimistes et les physiologiques convient le praticien à mesurer l'urée urinaire ; et en disant que les médecins ont mis peu d'empressement à répondre à ses avances il fait évidemment allusion à une faible minorité toujours attachée aux vieux errements, et qui ne veut pas accepter ce qui est nouveau, par préjugé ou par insouciance. Oh ! certes, M. Caulet se trompe étrangement; qu'il parcoure les hôpitaux, ce berceau de la médecine, où s'élaborent les grands hommes et ceux qui seront plus tard l'honneur de leur profession; il y verra que la chimie est devenue un moyen clinique de diagnostic et qu'à côté du thermomètre et du sphygmographe se trouvent les instruments destinés à l'analyse de l'urine. Cette analyse est une question tellement à l'ordre du jour que le public médical lira avec attention le rapport de M. Caulet, ne serait-ce que pour protester contre ses conclusions.

Les procédés de dosage de l'urée peuvent se diviser en deux groupes bien distincts : procédés *chimiques* proprement dits et procédés *cliniques*.

Les premiers, plus ou moins exacts ne sont susceptibles d'aucune application clinique : soit à cause du temps considérable qu'exige une détermination soit à cause de la complication des appareils.

Les seconds tout aussi exacts que les premiers lorsqu'on opère sur des liquides préparés (dosage de l'urée dans le sang, les vomissements etc..) sont, quoi qu'en dise M. Caulet encore préférables lorsqu'il s'agit de l'urine.

Considérées au point de vue de la science pure les remarques de M. Caulet sont très-judicieuses et très-exactes; mais il faut bien sortir de la théorie et en venir à la pratique et sur ce terrain il n'est pas difficile d'argumenter M. Caulet.

Et d'abord de quelle utilité peut être au praticien la détermination exacte d'un chiffre, la quantité absolue d'urée. Quel renseignement pourra-t-il retirer de ce fait que ce n'est pas 29 gr. 50 mais bien 29 gr. 10 d'urée que le malade aura éliminé dans les 24 heures; ce qu'il lui faut avant tout, ce sont des rapports. Le procédé clinique donne l'urée avec une approximation de 1 pour 100; mettons 10 pour 100, les rapports seront toujours exacts. Un clinicien se trouve en présence d'un cas d'urémie; tous les jours il dose l'urée et fait une courbe; le chimiste arrive et vient leur dire : Votre courbe est exacte dans son ensemble : mais il faudrait qu'elle fût un peu abaissée, le point de départ exact n'est pas 14 gr. 60 mais bien 14 gr. 25. — Que lui répondra le médecin? Rien; car le chimiste a raison et il s'en prévaudra pour tirer de son étui un Fastré ou un Baudin et le remettra au clinicien en lui disant : « Votre thermomètre habituel n'est pas assez précis, il nous faut le centième de degré. »

L'hypobromite de soude ne décompose pas seulement l'urée ; mais aussi la créatine, la créatinine, l'acide urique et *toute cette innombrable* série de matières *protéiques* nommées ou innommées que la chimie découvre chaque jour dans l'urine ; cela est vrai; mais en mettant en parallèle d'un côté l'urée, l'urée toute seule : et de l'autre cette *innombrable série de matières protéiques* M. Caulet veut évidemment leur attribuer une importance exagérée. Je suis au regret d'avoir à le contredire, mais ces matières n'augmentent jamais que de 4,5 0/0 à 5 0/0 au plus le chiffre de l'urée ; il y a loin de là au 20 0/0 indiqué par l'auteur; et si l'on prend la précaution de déféquer l'urine par le sous acétate de plomb, l'erreur devient assez faible pour être rangée dans l'ordre des erreurs d'analyse. Il ne faut point chercher à s'illusionner à ce sujet et affecter de ne vouloir déterminer un poids qu'avec une balance donnant les 10/e de miligrammes quand le centigramme suffit pour la pesée que l'on doit effectuer.

Le chiffre de correction, 4,5 0/0 ne s'applique qu'à une urine normale. dit M. Caulet et il a parfaitement raison, j'irai même plus loin que lui, il ne s'applique qu'au même individu et encore au même individu pris dans les mêmes conditions : en réalité il ne peut pas plus y avoir de chiffre de correction qu'il y n'a de moyenne d'urée pour les 24 heures. Ce chiffre de 4,5 0/0 résulte de la moyenne d'un nombre considérable de déterminations d'urée.

M. Caulet termine son rapport d'une façon qui me semble un peu étrange, je dois l'avouer. On devait s'attendre d'après tout ce qu'il a dit, à lui voir accorder cette importance majeure à la détermination du chiffre absolu de l'urée ; pas du tout, ce que le médecin demande dit-il, ce qu'il *recherche*, *c'est la mesure dans laquelle l'urée est remplacée par des matériaux anormaux et pathologiques ? : autrement dit c'est le changement apporté, dans ce rapport de 4,5 (?) que la physiologie constate entre l'urée et l'ensemble des substances quaternaires de l'urine*.— Or, ce rapport, si toutefois il est utile de le connaître, aucun procédé ne peut le donner d'une façon exacte ; les procédés chimiques bien moins encore que les autres :

En effet, nous avons :

Urée + ensemble des matériaux azotés autres que l'urée = Total des matières azotées.

Le procédé de M. Boymond nous donnera seulement le chiffre exact de l'urée ; c'est-à-dire un terme, comme le dit M. Caulet, mais rieu autre chose.

Avec un des procédés dits cliniques une première détermination fournira d'une façon suffisamment approximative le total des matériaux azotés et une seconde détermination après défécation par le sous acétate de plomb dounera le chiffre de l'urée.

Nous connaissons dans une somme le total et l'une des parties ; nous avons tous les éléments nécessaires ; et il vaut mieux connaître ces deux quantités, d'une façon approximative, j'en conviens, plutôt que d'en connaître une seule d'une façon exacte du moment que cette quantité est insuffisante à elle seule à donner cette conclusion. Il est donc permis de s'étonner de ce que M. Caulet termine en disant que les procédés approximatifs sont absolument impuissants à donner ce rapport ; tandis que c'est précisément le contraire qui a lieu.

Un dernier mot pour terminer. M. Caulet a dû, je n'en doute nullement faire de nombreux dosages d'urée ; je suis dès lors très-surpris qu'il ne mentionne pas un cas très-fréquent et souvent embarrassant.

Toutes les fois qu'une urine est devenue alcaline (par suite de la décomposition de l'urée en carbonate d'ammoniaque) le réactif de Millon, quel que soit du reste le mode opératoire suivi, ne peut iudiquer le véritable chiffre d'urée existant ou plutôt ayant existé dans l'urine. On sait combien sont fréquents les cas où l'urine est alcaline au moment de l'examen ; soit qu'elle le fût déjà dans la vessie ou se soit décomposée depuis l'émission ; dans tous ces cas les procédés basés sur l'action du réactif de Millou ne peuvent être employés ; les voilà douc restreints à un groupe d'urine : les urines acides et dès lors leur emploi n'est plus général.

Le réactif de Millon décompose l'urée en acide carbonique et azote ; dans une urine dont l'urée est en partie transformée en carbonate d'ammoniaque ; la dernière par l'action dégagera bien son acide carbonique ; mais l'ammoniaque restera et par conséquent l'azote.

Si avant de faire agir le réactif de Millon on fait bouillir avec un acide, on dégagera l'acide carbonique ; si l'on fait la même opération avec un alcali, l'eau de baryte, l'ammoniaque se dégagera et dès lors on dosera d'une façon exacte l'urée restante.

D'une façon ou de l'autre le réactif de Millon ne permet de doser que l'urée existant à l'état d'urée dans l'urine. Au contraire avec les procédés qui ont pour base la décomposition de l'urée par une liqueur alcaline, on peut aussi longtemps que l'on veut après l'émission doser l'urée totale ; qu'elle soit décomposée ou non ; en effet la partie existante encore se décomposera en acide carbonique et azote ; et le carbonate d'ammoniaque dégagera également son azote sous l'influence de la liqueur alcaline (hypochlorite ou hypobromite) et en résumé on obtiendra l'azote total provenant de l'urée. Un exemple fera ressortir l'importance de ce qui précède : pour une analyse rigoureuse on doit opérer sur l'urine dès 24 heures ; or en été et pour certaines urines la fermention ammoniacale s'établit dans ce laps de temps ; et il sera impossible de déterminer la quantité d'urée de cette urine si l'on applique le procédé recommandé par M. Caulet. Ce qui précède suffit largement pour prouver que le docteur Caulet, est beaucoup trop avancé en condamnant les procédés qu'il appelle cliniques ; ils sont d'une exactitude plus que suffisante et d'une application générale ; en outre leur rapidité et facilité d'exécution les met à la portée de tous les praticiens.

BIBLIOGRAPHIE

Des troubles intellectuels dus à l'intoxication lente par le gaz oxyde de carbone ; par M. le Dr Paul MOREAU (de Tours). Br. in 8° 70 pages, chez Asselin.

L'an passé, dans ce journal, nous avons longuement analysé la remarquable thèse inaugurale de M. Paul Moreau (de Tours) sur la *Contagion croissante du suicide*. Obéissant à la tradition paternelle et poursuivant ses recherches de pathologie mentale, notre jeune confrère vient de publier un nouveau travail fort intéressant. On counait les effets immédiats de l'oxyde de carbone. Les accidents peuvent aller jusqu'à l'asphyxie. Tous les traités de toxicologie en contiennent de nombreux exemples. Mais ce qu'ou sait moius et qui se conçoit pourtant, c'est que l'habitude de vivre dans une atmosphère plus ou moins imprégnée de ce gaz, finit par créer une prédisposition fâcheuse ou déterminer même une véritable folie.

Dans son tableau des professions, Esquirol, sur 245 cas relevés à la Salpêtrière, mentionne 16 cuisinières. M. Moreau (de Tours) père, observant dans le même asile, a coustaté une non moindre fréquence. Il est même arrivé à se convaincre que, soit seule ou secondée par quelqu'autre cause physique ou morale, l'action continue des vapeurs de charbon a souvent suscité le délire, en lui imprimant un cachet spécial. Sa préoccupation à ce sujet, aurait été telle que, plus d'une fois, il songea à consacrer une monographie à la *folie des cuisiniers*.

C'est cette donnée qui, précisément, a inspiré et guidé M. Paul Moreau dans son étude ; les faits sur lesquels il s'appuie sont au nombre de vingt sept, quelques-uns empruntés aux auteurs, la plupart recueillis dans la section de son père. Ce qui, d'abord, a frappé l'auteur c'est, dans l'ensemble comme dans les détails, l'aspect uniforme des phénomènes, où se marient, sur un fond d'hébétude anxieuse, les vertiges, les éblouissements, les syncopes, les conceptious délirantes, les idées de persécution, etc. L'exaltation de la pythonisse de Delphes avait avec cet état une certaine ressemblance. Dans les vapeurs émanant de la grotte, l'analyse a mis en évidence la présence d'une notable proportion de gaz acide carbonique, oxyde de carbone et sulfureux.

Analogie, toutefois, n'est pas identité. M. Paul Moreau admet trois catégories, selon que l'affection se présente dans sa simplicité typique, qu'elle se mélange d'alcoolisme ou que les symptômes moins accusés, ont besoin de rapprochement pour se révéler dans leur caractère. La première comprend 11 cas, la seconde 6 seulement et la troisième 10.

Toutes les malades, sauf une, étaient cuisinières. On conçoit que le délire ne se manifeste pas d'emblée. Il y a une période prodromique, une préparation. Souvent aussi la transition à un trouble caractérisé est favorisée par une circonstance étrangère ou accidentelle, par des chagrins, une frayeur, une émotion, une commotion cérébrale, des perturbations cataméniales, etc.

Les premiers accideuts sont surtout physiques. On commence par éprouver de la pesanteur de tête, de la compression aux tempes, une céphalalgie incommode, des bourdonnements d'oreille, des éblouissements, du vague dans les conceptions, un malaise enfin qui se dissipe au grand air. Insensiblement, la digestion languit et, chez quelques-uns, l'habitude de boire aggrave la situation.

De l'obscurité du discernement, nait l'incertitude mentale, l'un des traits les plus saillants. Surgissent les craintes, la défiance, les idées de persécution, où monsieur ON joue le principal rôle. Les hallucinations qui, apparaissent à leur tour, surtout dont les complications ébrieuses n'ont pas plus de fixité et de consistance. Il en existe des divers sens, du goût de l'odorat, de l'ouïe, mais celle de la vue, par leur fréquence, constituent en quelque sorte la *règle*. Communément ce sont des étincelles, des points brillants, des gerbes de feu, des jets de lumière, etc. Quelques-uns voient Dieu, la vierge, les anges. Dans la double intoxication par l'oxyde de carbone et l'alcool, circonstance curieuse, les deux ordres de visions coïncideraient sans se confondre : chiens, chats, rats, serpents, etc., s'agiteraient au milieu des étincelles ou des flammes.

Esquirol, sans spécifier de cas particuliers, attribuait aux folies occasionnées par le charbon la tendance à dégénérer en démence. Le résultat, d'après la statistique de M. Paul Moreau, serait moius défavorable. Dans la moitié des faits qu'il a cités, la guérison s'est effectuée dans un temps assez court. Quand l'affection est récente et que le patient, soustrait à temps au milieu délétère, reçoit le bienfait d'un traitement approprié, on a lieu de compter sur une terminaison heureuse.

Dans notre classification des maladies mentales, nous avons consacré plusieurs articles aux folies par intoxication. Si le

désordre psychique dû à l'oxyde de carbone n'y figure pas nominalement, il y est implicitement compris (*Journal de méd. ment.*, t III, p. 11, 137, 170 213, 218, 220, 224). Nous en avons fait des variétés d'une de nos espèces stupides et nous sommes heureux de pouvoir y ajouter celle sur laquelle M. Paul Moreau vient d'appeler l'attention. Par sa fréquence et son importance, elle méritait assurément une description spéciale, et l'on a droit de s'étonner que nul jusqu'ici n'ait conçu l'idée de tracer son histoire. M. Paul Moreau aura eu la bonne chance de combler une lacune. Comme il l'a bien jugé, la stupeur, l'hébétude, l'incertitude morale, dominent ici la scène, où se produisent, au hasard de l'action cérébrale, les phénomènes hallucinatoires et conceptifs. Nous n'avons pas dit autre chose. Ajoutons, comme nous en avons fait la remarque qu'en regard des folies ébrieuse et saturnine, les autres troubles dûs à des agents délétères sont rares, par cette excellente raison qu'on ne fait pas métier de s'empoisonner. Combien de gens au contraire sont, en permanence, exposés aux vapeurs de charbon? Or, l'omission signalée n'en est que plus surprenante.

DELASIAUVE.

VARIA

Traitement de la variole par la suppression de la lumière solaire.

MM. Waters et John de Goddesden ont préconisé (1870-1871) contre les fièvres éruptives une médication qui consiste à supprimer complètement la lumière du jour dans la chambre des malades. En 1870-1871, M. le Dr Patin a employé chez sept malades cette médication. Des faits rapportés par le Dr Patin ressortent les conclusions suivantes que nous rapportons sous toutes réserves :

1° En se rappelant que, dans la variole cohérente et dans la variole confluente, les trois périodes d'invasion, d'éruption et de suppuration durent chacune quatre jours, que les croûtes tombent généralement du seizième au vingtième jour, et que ces rougeurs consécutives à ces croûtes persistent souvent jusqu'à la fin du second mois, on devra reconnaître que la suppression de la lumière solaire a manifestement favorisé et surtout hâté la guérison chez quatre malades (Obs. I, V, VI et III) La variole confluente qui, suivant les épidémies, cause une mortalité de 30 à 80 pour 100, a épargné ici les malades qui en étaient atteints, même une dame non vaccinée et accouchée de la veille.

2° Chez l'enfant nouveau-né (Obs. II), la suppression momentanée de l'obscurité paraît avoir provoqué une recrudescence de la variole et la mort du malade.

3° Chez la jeune fille de l'observation IX, la suppression de la lumière solaire a peut être fait avorter la variole.

4° Les faits précédents ne sont pas assez nombreux pour nous autoriser à juger le traitement de la variole par l'obscurité; mais ils doivent nous encourager néanmoins à expérimenter ce traitement qui s'est montré sans inconvénients et dans quatre cas, a manifestement favorisé la guérison et abrégé la durée de la maladie. D'ailleurs, je le répète, on peut concurremment employer les médications usuelles.

5° Les assertions des deux médecins anglais et les succès précités de leur médication dans la variole doivent-ils nous autoriser à expérimenter, dans les autres fièvres éruptives, ce traitement par l'obscurité

6° Ce traitement paraît supprimer dans la variole la période de suppuration, pourrait-il entraver celle-ci dans la fièvre purulente des opérés et des femmes nouvellement accouchées.

7° Dans les régions polaires, où la nuit dure suivant les latitudes, depuis une semaine jusqu'à six mois de suite, les fièvres éruptives ont-elles une gravité moindre que dans les jours polaires correspondants à la même latitude? C'est ce que pourraient nous apprendre les médecins du nord de l'Europe. (*Lyon médical*).

De la mortalité dans les grandes villes

— Les relevés mortuaires que publient maintenant chaque semaine les administrations municipales, dans la plupart des grandes villes, permettent de dresser des statistiques comparées, qui offrent de l'intérêt. La *Gazette d'Augsbourg* publie régulièrement depuis quelque temps une statistique de ce genre. Voici, pour la semaine ayant pris fin le 29 juillet, l'état de la mortalité, en plusieurs grandes villes du globe :

Sur 100,000 habitants, il en est mort à Paris : 47. En Allemagne, à Berlin : 72; à Breslau : 76; à Cologne : 75, à Francfort-sur-le Mein : 70; à Magdebourg : 59; à Karlsruhe : 54; à Munich : 69; à Leipzig : 50; à Wiesbaden : 37, etc. En Autriche, à Vienne : 43 : à Prague : 79; à Bude Pesth : 96. En Belgique, à Bruxelles : 53. En Hollande, à Amsterdam : 45; à Rotterdam : 52; à La Haye : 70. En Suisse, à Bâle : 48. En Scandinavie, à Christiana : 47; à Stockolm : 36; à Copenhague : 46. En Italie, à Rome : 58; à Turin : 42. En Angleterre, à Londres : 56; à Glascow : 42; à Liverpool : 48; à Dublin : 36; à Edimbourg : 34. En Egypte, à Alexandrie : 73.

Aux Etats-Unis, à New-York : 82; à Philadelphie : 77; à Boston : 46; à Chicago : 56.

Dans l'Inde, à Bombay : 45; à Calcutta : 43; à Madras : 79.

MORTALITÉ A PARIS. — Population, d'après le recensement de 1872 — 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 31 août 1876, on a constaté 1.054 décès, savoir : variole, 25; rougeole, 7; scarlatine, 5; fièvre typhoïde, 78; érysipèle, 4; bronchite aiguë, 26; pneumonie, 40; dyssenterie, 6; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 54; choléra nostras, 1; angine couenneuse, 12; croup, 18; affections puerpérales, 5; autres affections aiguës, 357; affections chroniques, 351 dont 151 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 46; causes accidentelles, 19.

LONDRES. — Population : 3,489,428 hab. Décès du 20 au 26 août 1876, 1,370 : variole, 10; rougeole, 10; scarlatine, 57; fièvre typhoïde, 1; érysipèle, 8; bronchite, 51; pneumonie, 50; dyssenterie, 1; diarrhée, 198; choléra nostras, 4; diphthérie, 8; croup, 2; coqueluche, 91.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Daremberg, préparateur du laboratoire de la Charité, est autorisé à se faire suppléer du 15 novembre 1876 au 15 mai 1877, par M. Cazeneuve, docteur en médecine, licencié ès-lettres, pharmacien de 1re classe. M. Cadiat, agrégé stagiaire, est appelé à l'activité pour une période de six années. M. Hermann (Gustave), né à Fénétrange (Meurthe), le 28 novembre 1854, est nommé préparateur du laboratoire d'histologie, en remplacement de M. Cadiat, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Cordoue (Giovani-Joseph-Hyppolite), né à Brest, le 1er janvier 1847, bachelier ès-lettres et bachelier ès-sciences, est nommé préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique et d'histologie, en remplacement de M. Servel, démissionnaire. — M. Carrier (Marius-Samuel-César), né à Ledignan (Gard), le 12 septembre 1851, docteur en médecine, est institué chef de clinique médicale pour une période de trois ans, à dater du 1er novembre 1876.

FACULTÉ DE LILLE. — NOMINATIONS Le Président de la République française décrète : Art. 1er. L'enseignement de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est constitué comme il suit : une chaire de physiologie; une chaire d'anatomie; une chaire d'anatomie pathologique et histologie normale élémentaire; une chaire de pathologie et thérapeutique générale; une chaire de pathologie interne; une chaire de pathologie externe; une chaire de médecine opératoire; une chaire de matière médicale et thérapeutique: une chaire d'histoire naturelle; une chaire de chimie organique; une chaire de chimie médicale; une chaire de physique; une chaire d'hygiène; une chaire de médecine légale, une chaire de pharmacie; deux chaires de clinique interne: deux chaires de clinique externe; une chaire de clinique obstétricale et accouchements.

Le Président de la République française; décrète : Art. 1er. Sont nommés à la Faculté de médecine de Lille : *Professeurs de clinique externe* : MM. Cazeneuve et Vannebroucq, anciens professeurs de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille — *Professeurs de clinique externe* : MM. Parise et Houzé, anciens professeurs de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille. — *Professeurs de pathologie externe* : M. Morisson, ancien professeur de ladite école préparatoire — *Professeur de clinique obstétricale et accouchements* : M. Pillat, ancien professeur de ladite école. — *Professeur de médecine opératoire* : M. Paquet, ancien professeur de ladite école. — *Professeur de chimie minérale* : M. Garreau, ancien professeur de ladite école. — *Professeur de matière médicale et thérapeutique* : M. Joire, ancien professeur de ladite école. — *Professeur d'anatomie pathologique et d'histoire normale élémentaire* : M. Coyne, docteur médecin, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris, directeur-adjoint du laboratoire d'anatomie pathologique de l'hôpital de la Charité.

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. Simon, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de clinique et de pathologie externes et d'accouchements.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. Ganul (Louis Paul), docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. Domergue, élève en pharmacie, est nommé préparateur des cours de chimie et de pharmacie. MM. Ollive et Gergaud, internes des hôpitaux, sont institués aides de clinique. M Barbin, étudiant en pharmacie, est nommé préparateur de physique.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. Un ouvrier tisseur vient d'être condamné, à Paris, par la 10e chambre, pour exercice illégal de la médecine, à une amende de 3 francs par visite, soit pour 328 visites, un millier de francs environ; plus une amende de 500 fr. pour vente illégale de médicaments, et, enfin à une indemnité de 3,200 francs en faveur de la partie civile. (*Gazette des hôpitaux.*)

NÉCROLOGIE. — M. le dr CHARLE, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital St Denis, vient de mourir.

4e ANNÉE.— N° 38 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 16 SEPTEMBRE 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Des chéloïdes

Leçon recueillie par le Dr CARTAZ.

Messieurs,

Je n'ai pas l'intention d'entrer dans des détails minutieux sur cette affection, je désire seulement vous dire quelques mots au sujet d'un malade qui nous présente un cas de récidive de chéloïde, entouré de particularités fort intéressantes et qui m'ont paru dignes de vous être signalées.

C'est un jeune homme nègre, de 21 ans, né à la Pointe-à-Pitre, qui, il y a un an, fut blessé au menton par un éclat de verre; l'hémorrhagie assez abondante, qui résulta de cette plaie, fut arrêtée au moyen du perchlorure de fer. La suppuration persista pendant environ quinze jours, puis la plaie parut cicatrisée. Au bout de peu de temps, ce jeune malade, fort intelligent, s'aperçut que la ligne cicatricielle se tuméfiait, faisait un relief sur la peau; le développement eut lieu graduellement, mais d'une façon assez rapide pour que six mois après, la cicatrice formât une tumeur grosse comme l'index, faisant une saillie transversale au travers de la lèvre et du menton et constituant de ce fait une difformité des plus désagréables.

J'enlevai cette tumeur au bistouri, et dans l'espoir de me mettre davantage à l'abri d'une récidive, je réunis la plaie par première intention; le succès, à ce point de vue, fut complet et la réunion se fit point par point d'une façon admirable. Mais deux mois après, la chéloïde récidivait; le malade est rentré dans notre service pour d'autres accidents et vous pouvez constater l'hypertrophie déjà sensible de la ligne d'incision.

La chéloïde (de χηλη, pince d'écrevisse, ειδος, figure, à cause de certaines formes bizarres qu'elle peut revêtir), a été divisée par les dermatologistes en chéloïde vraie et fausse chéloïde. Je n'ai jamais pour ma part pu comprendre cette classification, et l'on peut dire que ce qu'il y a de plus faux dans cette dénomination, c'est l'idée qui y a conduit.

Réty est le premier qui ait signalé cette affection; il l'a décrite sous le nom de *dartre de graisse;* depuis, bon nombre d'auteurs ont traité cette question et je ne puis mieux faire que de vous renvoyer, pour l'étude complète, au point de vue historique et pathologique, aux excellents articles de M. Gintrac (*Cours théorique de path. interne*, tome V) et de MM. Bazin et Hardy dans les deux grands dictionnaires.

Les chéloïdes peuvent apparaître à la suite de toute irritation (brûlure, froissement); elles sont assez fréquentes à la suite d'applications intempestives de révulsifs et enfin elles se développent souvent sans cause appréciable. Elles semblent plus communes chez les femmes; peut-être est-ce, comme le dit M. Bazin, parce que les femmes, par des motifs faciles à comprendre, doivent supporter beaucoup plus impatiemment que les hommes la difformité qui résulte de cette affection.

Leur coloration varie du rouge à une teinte pâle; d'une façon générale on peut dire que les chéloïdes rouges sont en voie d'évolution et que les chéloïdes pâles ont atteint la période d'état; ce n'est en somme qu'un degré de plus ou moins de vascularisation.

Leur développement, ordinairement assez lent, peut suivre quelquefois une marche très rapide; chez notre malade la tumeur s'est formée en dix mois. On en a vu guérir spontanément, mais cette terminaison est malheureusement assez rare.

Je ne m'étends pas davantage sur les caractères cliniques que vous trouverez bien décrits partout et je reviens à cette distinction établie entre les deux formes vraie et fausse. La chéloïde vraie se développe spontanément; la chéloïde fausse est, d'après les partisans de cette classification, celle qui est consécutive à une cicatrice préexistante. M. Bazin les regarde même comme distinctes, à part l'étiologie, au point de vue de la forme et de l'évolution; leur structure seule serait sensiblement identique.

Je ne puis admettre pour mon compte cette différence; j'ai fait à mon malade une opération autoplastique, la cicatrice était linéaire, à peine apparente; peut-on dire que la seconde chéloïde a paru sur un tissu cicatriciel? Autre détail plus frappant encore: pour faire cette réunion, j'ai mis des points de suture avec des fils d'argent très-fins, environ huit à dix. Allez voir le malade; sur chaque point de suture il y a une chéloïde commençante, constituée par une petite tumeur visible, saillante à peine, comme la tête d'une épingle et tranchant par sa blancheur sur cette peau noire. Etait-ce là une cicatrice? Il n'y avait pas de perte de substance.

M. Michon a signalé un cas tout à fait analogue: il s'agissait d'une tumeur ovalaire, dure, douloureuse, située sur l'épaule gauche d'une jeune dame, femme de médecin; l'ablation en fut faite par Michon qui, pour se mettre à l'abri de la récidive, réunit aussitôt la plaie par suture entortillée; la réunion immédiate eut lieu en effet, mais deux mois ne s'étaient pas écoulés que de petites excroissances apparaissaient à chacun des trous laissés par les épingles.

Que reste-t-il alors de la distinction entre la chéloïde vraie et la chéloïde fausse? A mon avis, c'est absolument la même chose. On ne peut pas croire, Messieurs, à une maladie étrange, bizarre; c'est plutôt une maladie de la peau qu'une maladie de la cicatrice elle-même; c'est sur le bord de la cicatrice que survient la chéloïde, mais c'est la peau, le tissu dermique qui en fournit les éléments; d'après les signes histologiques, c'est une hyperplasie interstitielle fibreuse du derme. Ces tumeurs ont une tendance extraordinaire à récidiver; vous les enlevez, vous ne laissez pas de cicatrice, mais c'est dans la peau qu'elles prennent naissance.

Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elles se développent plus facilement sur les uns que sur les autres; elles peuvent être manifestement diathésiques, et M. Bazin n'admet pas, à l'exemple de Rayer et Hardy, qu'il s'agisse d'une simple difformité du derme; il les rattache à la diathèse fibro-plastique.

Malgré cette tendance bien connue à la récidive, tous les chirurgiens ont tenté des ablations; j'ai cédé moi-même à cette tentation. C'est à tort et le jugement de M. Hardy, à propos de cette question du traitement, est de tous points excellent. Ce qu'il faut savoir, dit-il, c'est qu'il ne faut y toucher ni avec le bistouri, ni avec les caustiques.

On a observé quelques cas, bien rares, il est vrai, de résolution spontanée; aussi le meilleur parti à prendre, quand la tumeur n'est pas gênante, douloureuse, est-il d'abandonner l'affection à elle-même.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des rétrécissements du larynx et de la trachée par la dilatation;

Par le Dr L. THAON (de Nice).

La syphilis, la variole, la fièvre typhoïde, par leur localisation sur le larynx et la trachée, sont la cause la plus fréquente des rétrécissements chroniques du conduit aérien. Ce sont les lésions des tissus sous-jacents à la muqueuse, qui provoquent le plus sûrement la sténose. La périchon-

drite est notée dans presque toutes les observations. Elle amène la nécrose des os, l'ankylose des petites articulations; elle développe des exsudats qui font saillie sous la muqueuse, s'ulcèrent ou subissent la transformation fibreuse : les muscles, comprimés et devenus inactifs, passent à l'état graisseux. Au laryngoscope, on se rend à peine compte de tant de désordres ; quelquefois l'épiglotte est détruite ou bien elle est couchée sur la glotte, retenue dans cette position vicieuse par quelque adhérence.

Il faut la soulever avec une sonde recourbée pour découvrir la glotte complétement obstruée. On se demande souvent comment les malades peuvent encore respirer par un canal si tortueux et si effacé.— D'autres fois, la lumière du conduit est fermée par un véritable diaphragme percé plus ou moins excentriquement et constitué par une véritable membrane blanchâtre, cicatricielle.

Les symptômes remontent quelquefois bien loin. Le malade est d'abord frappé de raucité; puis, il survient de la dyspnée, enfin des accès d'étouffement redoutables ; dans les rétrécissements de la trachée, on entend un véritable cornage.

En présence de ces phénomènes menaçants, les chirurgiens s'empressaient de sauver la vie des patients par la trachéotomie. Le malade n'était pas guéri, il avait échappé à la mort, mais il gardait à la fois son rétrécissement laryngé et une nouvelle infirmité, une véritable fistule, et des plus dangereuses. — C'était acheter bien cher l'existence.

Depuis longtemps les chirurgiens se sont attachés à faire disparaître cette infirmité, mais il fallait rétablir le passage naturel de l'air avant de songer à supprimer la canule trachéale. La littérature médicale est remplie de ces tentatives plus hardies qu'heureuses. C'est par la plaie que l'on s'est toujours proposé de faire remonter les instruments dilatateurs jusque dans le larynx. C'est ainsi qu'ont opéré : Liston en 1827, Czermak, en 1851, Guérin, Richet, Busch, Brake, Gurlt, Bruns, Dolbeau, Gerhardt, Treudelenburg.

La voie la plus directe, celle par la bouche et l'orifice supérieur du larynx, n'a été suivie que par J. Roux (de Toulon), par Després, par Thiersch, par Navratil, et toujours sans résultat utile.

Dans un article critique, publié récemment par M. Duret (*Arch. de médecine*, juin-juillet), on peut lire l'énumération de toutes ces tentatives. Après la lecture de ce travail si consciencieux, on serait tenté de répéter ce que disait le professeur G. Johnson (de Londres), en mai 1874, dans le *British Medical Journal*, à propos des sténoses-laryngiennes consécutives à la syphilis : « Little or nothing can be done to remedy this state of larynx. » Nous pensons qu'il n'en est pas tout-à-fait ainsi, et c'est après avoir pendant deux mois vu et expérimenté la nouvelle méthode du professeur Schrötter (1) (de Vienne) contre les laryngosténose que nous allons la résumer ici, et la livrer au contrôle de nos chirurgiens et de nos spécialistes.

Schrötter introduit constamment les instruments dilatateurs par la voie naturelle ou supérieure ; mais la forme des instruments et le manuel opératoire varient selon qu'il s'agit: A. De malades qui ont déjà subi la trachéotomie; B. Ou bien des sujets qui ne portent aucune ouverture chirurgicale au cou.

A. — La fistule trachéale est utilisée dans ce cas seulement pour fixer dans le larynx un prisme dilatateur, introduit par la bouche. Les prismes sont en zinc, triangulaires, à bords arrondis ; ils affectent la forme de la glotte. A leur partie inférieure, ils présentent un petit étranglement, suivi d'une petite tête arrondie. Le prisme descend dans le tube aérien et s'engage jusque dans la canule trachéale ouverte, vers son dôme : une pince à mors minces et à pression continue, introduite par le cou, vient saisir le prisme au niveau de son étranglement et le maintient dans sa position. A son extrémité supérieure, le prisme porte un fil solide.

Au moment de l'introduction on fait passer le fil dans un long tube courbé; on le fixe solidement par un nœud contre le talon d'un manche par lequel ce tube est porté.

Ainsi constitué tout l'ensemble représente un instrument ininterrompu composé d'une tige courbée (tube) et d'un renflement terminal (prisme). Il est engagé dans le larynx à l'aide du miroir laryngien et fixé au bas par la pince trachéale. Le nœud est alors défait, le tube qui n'est plus retenu contre le prisme est retiré, le fil qui reste appendu au prisme sort de la bouche et est attaché au pavillon de l'oreille. Le malade ou le médecin n'a qu'à tirer sur ce fil et à lâcher la pince pour extraire le prisme.

La dilatation est précédée de quelques séances préparatoires qui habituent le larynx. Une fois commencée, elle est menée plus ou moins vite ; elle est progressivement croissante grâce à une série composée de vingt-quatre numéros, le plus petit d'entre eux a 8 mil. d'avant en arrière, 6 mil. de droite à gauche, le plus gros 20 mil. ant. post., 16 mil. transv.; tous ont 4 centimètres de hauteur. La durée de la dilatation, qui est de quelques minutes au début, se prolonge par l'accoutumance au point que les malades mangent et passent la nuit avec l'instrument en place.

Ils sont rapidement soulagés, ils sentent leur gêne respiratoire diminuée. Si on pratique alors un nouvel examen laryngoscopique, on trouve la forme de la glotte complétement changée; en comparant les dessins, pris à différentes phases, on est surpris du résultat.

Entre temps, on peut saisir de nouvelles indications : une bride qu'on n'avait pu découvrir jusqu'alors est devenue très-nette et peut être incisée avec le couteau ou le galvano-cautère; ou bien c'est un gonflement limité que l'on use par le nitrate d'argent ou les caustiques divers. Quelquefois on est assez heureux pour voir même revenir la voix. A ce moment, on songe à retirer la canule: c'est le couronnement du traitement. Il est rare qu'il ne faille pas tâtonner plusieurs fois, et même il faut bien le dire, la méthode est si jeune que Schrötter ne trouve pas à citer plus d'un cas tout-à-fait définitif. Il s'agit, je crois, d'une infirmière de l'hôpital général de Vienne que nous avons vue complétement guérie. D'autres fois, le malade respire, parle à haute voix la canule bouchée ; mais si, enhardi par cette épreuve, on retire l'instrument, on est obligé de le réintroduire au bout de quelques heures. C'est qu'il reste un obstacle plus bas dans la trachée même. En s'aidant d'un très-bon éclairage, en plaçant bien le malade, on peut découvrir le point rétréci et se conduire comme il sera indiqué plus bas. On ne considérera pas comme une contre-indication le temps déjà fort long, écoulé depuis la trachéotomie.

Voici quelques chiffres extraits du mémoire de Schrötter.

Menreth, 2 ans après la	trachéotomie.
Dame, 1 1/2 an	—
Fürst, 2 ans	—
Schuller, 11 mois	—
Brabanetz, 10 mois	—
Ostapovits, 8 mois	—
Kopatshaka, 4 mois	—
Ondrasch, 3 mois	—
Juhacs, 3 mois	—
Olbrich, 1 1/2 mois	—
F. M., 1 mois.	—

Néanmoins les cas les plus favorables sont les moins anciens; alors, en effet, l'ankylose des articulations est plus facile à vaincre, les muscles, moins altérés, reprennent plus vite leur contractilité, etc. On ne peut donner de moyenne pour la durée du traitement. D'après Schrötter les sujets suivants ont eu leur glotte normale :

1 après 18 mois avec interruption de 6 mois.
1 après 17 mois.
1 — 13 mois.
2 — 6 mois.
1 — 3 mois.

B. La dilatation peut être essayée contre des rétrécis-

(1) *Jahresbericht der Klinik für Laryngoskopie* an der Wiener Universitæt, 1871-1873. — *Beitrag zur Behandlung der Larynx-Stenosen*. Wien, 1876. In *Berliner Klinischen Wochenschrift*, 1875-1876, par Grossmann, élève de Schrötter.

sements chez les sujets non encore trachéotomisés. Dans ce cas, les sondes doivent s'adapter à ces nouvelles conditions. Au bout de quelque temps, on peut répéter les séances plusieurs fois par jour. Les malades apprennent très-vite à les placer eux-mêmes. Ils abaissent la base de la langue avec le doigt et font pénétrer l'instrument sans hésitation. Aussi peut-on, une fois la glotte à peu près rétablie, pratiquer la dilatation 2 ou 3 fois par mois et s'en remettre au malade pour ce complément de traitement.

Les sondes en caoutchouc peuvent également vaincre les rétrécissements de la trachée, mais pour peu que l'obstacle siége très-bas, il convient de donner une plus grande longueur à la portion verticale et de couder en haut la portion horizontale.

Dans ce but, Schrötter emploie des sondes en caoutchouc durci, longues de 26 centimètres, courbées. Leur extrémité laryngienne est triangulaire à bords arrondis pour s'adapter à la forme de la glotte ; elle est munie d'ouvertures latérales pour laisser passer les mucosités. Le pavillon de la sonde est pourvu d'un ajutage en caoutchouc durci, plié à angles droits, afin que les mucosités soient projetées vers le sol et non vers la figure du médecin. Ces sondes composent une série qui offre les mêmes proportions croissantes et le même numérotage que les prismes en zinc décrits ci-dessus. On les introduit aisément en s'éclairant du miroir laryngien et on les laisse en place pendant 15 ou 20 minutes, afin que, dans le mouvement d'élévation, nécessaire à l'introduction de la sonde, jusque dans la trachée l'instrument ne soit pas arrêté par l'arcade dentaire.

Les sondes en caoutchouc feront merveille dans les rétrécissements par diaphragmes membraneux mentionnés plus haut. Il suffit, dans ce cas, d'une incision pratiquée avec le couteau ou le galvano-cautère et maintenue béante par les sondes. On ne peut s'empêcher ici encore de mettre cette pratique en regard de celle suivie dans le rétrécissement de l'urèthre : c'est l'urèthrotomie interne, suivie de la sonde à demeure.

En résumé, par la méthode de Schrötter, on peut parvenir:

1° Après la trachéotomie, à supprimer la fistule du cou en rétablissant le passage de l'air à travers le larynx ;

2° A dilater d'emblée les rétrécissements du larynx et quelquefois ceux de la trachée, en évitant la trachéotomie.

On peut se demander aussi quelle serait la valeur de la dilatation dans les cas de rétrécissement aigu inflammatoire ou dans les cas de tuberculose laryngée. Avant de conseiller de revenir au précepte du tubage aérien, nous préférons attendre les leçons de l'expérience, guidée par les règles de la prudence la plus sévère.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. CHARCOT.

XXI[e] LEÇON. — De la cirrhose hypertrophique avec ictère.

(Résumé de la leçon du 12 juin).

Messieurs,

A la fin de la dernière séance, j'ai terminé, ou peu s'en faut, l'exposé des lésions anatomiques du foie qui caractérisent la *cirrhose hypertrophique avec ictère*. Il est pourtant, dans ma description, un point sur lequel je n'ai pas suffisamment insisté et qui demande à être mis tout particulièrement en relief, par suite de l'intérêt qui s'y rattache non-seulement pour ce qui concerne le côté nosographique, mais encore pour ce qui a trait à la théorie pathogénique.

Je vous ai fait remarquer qu'un des traits fondamentaux de cette espèce de cirrhose est le développement considérable et la multiplication, au moins apparente, du système des canalicules biliaires les plus ténus ; ceux qui occupent normalement les *espaces* et les *fissures*, sont revêtus d'un épithélium cubique et mesurent environ de 20 à 40 μ. Or, ces canalicules, dans la cirrhose hypertrophique, se voient dans les tractus conjonctifs de formation nouvelle, en plus grand nombre qu'à l'état normal et constituant des réseaux semblables à ceux qu'on observe à l'état physiologique sur les préparations injectées bien réussies. Seulement, ils y paraissent beaucoup plus multipliés.

Un examen attentif, dans ces cas pathologiques, fait, ainsi que l'ont montré les observations de MM. Cornil et Hayem, reconnaître ce qui suit :

1° Parmi les canaux, les uns, les plus gros, siégent dans les parties centrales des tractus fibreux de formation nouvelle ; ils dépassent les dimensions normales de 20 à 40 μ ; ils sont plus contournés, plus sinueux, quelquefois moniliformes. Ils paraissent avoir une paroi plus distincte ; ils sont pourvus d'un revêtement épithélial cubique, régulier. Si dans la plupart la lumière est libre, dans quelques-uns cependant elle est oblitérée par des cellules entassées ou par des masses de pigment biliaire.

2° De ces canaux ou des réseaux qu'ils forment partent des canaux plus petits de 10 à 5 μ et qui se rapprochent déjà du calibre des capillaires biliaires : Ceux-ci sont remplis de cellules épithéliales placées bout à bout et n'ont plus de revêtement complet. Ces derniers ont envahi d'habitude l'aire occupée autrefois par les lobules.

Ici se présente une question que j'ai déjà touchée dans l'exposé général des lésions anatomiques du foie, à propos de l'atrophie jaune aiguë où s'observent des altérations du même genre. Y a-t-il en pareil cas création de nouveaux conduits par une espèce de bourgeonnement ou bien n'est-ce qu'une modification des réseaux préexistants ? Je vous ai montré naguère que cette seconde hypothèse, adoptée du reste par M. Cornil, est de toutes la plus plausible. Les petits canaux de 10 à 5 μ seraient les capillaires biliaires dilatés, mais ayant acquis un épithélium distinct. Provient-il des conduits de plus fort calibre ? Les cellules qui le composent pénétreraient-elles dans les capillaires par une sorte de refoulement ? Ou serait-ce l'épithélium décrit par Legros, ayant subi un certain degré de gonflement ? C'est ce qu'on ignore (1).

Un autre fait, sur lequel il y a lieu d'insister, c'est qu'en examinant avec soin les tractus conjonctifs épaissis, on remarque que les indices anatomiques du processus inflammatoire sont surtout prononcés au voisinage immédiat des voies biliaires. Ainsi, c'est autour de ces canaux et non pas au voisinage des vaisseaux artériels et veineux, qu'on rencontre plus particulièrement les cellules embryonnaires ou encore les faisceaux conjonctifs de nouvelle formation et les cellules fusiformes. Les cellules embryonnaires prédominent en particulier autour des conduits biliaires qui confinent aux lobules. Donc il y a *péri-angiocholite*. Et cette inflammation de voisinage paraît s'étendre progressivement de la périphérie vers le centre du lobule.

Il faut relever encore ce fait à savoir que la lésion — *angiocholite* et *périangiocholite* — est pour ainsi dire générale, en ce sens qu'elle se montre la même, à peu près aussi avancée dans toute l'étendue du foie et, de plus, qu'elle paraît affecter systématiquement les voies biliaires *interlobulaires*, n'intéressant pas ou n'intéressant que médiocrement celles de plus fort calibre.

Après avoir constaté cette lésion systématique des canalicules biliaires et la périangiocholite qui l'accompagne, il convient de reconnaître que c'est là le phénomène fondamental dans la série des lésions de la cirrhose hypertrophique avec ictère, et, suivant toute apparence, le premier en date, celui d'où dérivent tous les autres.

Tout porte à croire que, d'abord, c'est l'angiocholite qui s'établit. Pourquoi cette limitation aux petits canalicules et sous quelle influence se produit-elle ? Faut-il invoquer une altération initiale du produit de sécrétion biliaire, entraînant à sa suite une lésion de la paroi des plus fins canaux d'excrétion ? on ne sait. Toujours est-il que la périangiocholite est vraiment un phénomène consécutif. Mais la formation du tissu conjonctif en est la conséquence qui n'en est pas moins un fait de la plus grande importance, puisqu'il faut lui rapporter une augmentation de volume du foie, et que, envahissant les lobules, elle aboutit à la destruction du parenchyme hépatique.

Nous avons donc sous les yeux, en résumé, une forme de cirrhose dont le point de départ est dans les canicules biliaires de petit calibre, les canaux interlobulaires principalement. Ceci contraste avec la cirrhose vulgaire qui, ainsi que nous le verrons, semble prendre origine dans le système de la veine porte.

Il y a intérêt à rapprocher, au point de vue spécial que nous

(1) Voir les numéros 13 à 35.

(1) Voir sur cette question : Charcot et Gombault. *Archives de physiologie*, 1876.

envisageons, les lésions de la cirrhose hypertrophique de celles que déjà nous avons étudiées comme résultant de l'oblitération du canal cholédoque. L'analogie est frappante. Ainsi, dans l'oblitération artificielle du canal cholédoque, les *espaces* sont dilatés, les canaux biliaires interlobulaires sont tortueux, multipliés, etc.; le foie est volumineux, à l'origine au moins. Nous savons, d'autre part, que, à la suite de l'oblitération du canal cholédoque, l'on observe chez l'homme des phénomènes semblables. Où gît la différence entre la cirrhose dite hypertrophique, et celle qui se produit en conséquence de l'oblitération du canal cholédoque, c'est surtout que dans celle-ci, les canaux biliaires les plus volumineux sont affectés et que la lésion ne s'étend que secondairement aux conduits interlobulaires qui, au contraire, sont principalement et primitivement envahis dans la cirrhose hypertrophique avec ictère.

Dans les deux cas, le mécanisme est analogue, puisqu'il s'agit toujours d'une lésion systématique, originelle des voies biliaires, mais, en raison sans doute de la différence des circonstances étiologiques, le siége de l'altération dans l'arbre biliaire et son mode d'évolution se montrent différents.

C'en est assez, Messieurs, relativement à l'anatomie pathologique proprement dite. Il faut maintenant animer le tableau et indiquer au moins sommairement les principaux symptômes qui se rattachent à ces lésions. Car « ce n'est pas seulement » l'organe altéré, mort, qu'il s'agit de connaître, c'est l'organe » altéré, vivant, exerçant ses fonctions modifiées par l'état pa- » thologique. » Nous allons voir d'ailleurs que les particularités anatomiques qui distinguent la cirrhose hypertrophique, comparée à la cirrhose atrophique, peuvent être le plus souvent rapportées à des différences anatomo-pathologique correspondantes.

1° *L'ictère*, ainsi que je vous l'ai fait remarquer déjà par anticipation, est une complication rare dans la cirrhose de Laennec, tandis qu'il constitue l'un des caractères de la cirrhose hypertrophique. Voici un document intéressant à cet égard. Sur 130 cas de cirrhose sans distinction, consignés en 21 ans sur les registres de *Guy's Hospital* et relevés par M. Hilton Fagge, on en compte 35 dans lesquels il y a eu ictère et 10 où l'ictère a été intense (1). Or, dans presque tous ces dix cas, le foie était volumineux, pesait 2,100 à 3,950 gr. [au lieu de 1,450 gr., poids normal (Sappey)]. L'ictère apparaît de bonne heure. Une fois établi, il persiste avec des exacerbations marquées souvent par un état fébrile. Ces exacerbations sont, vous le savez, fréquentes dans les inflammations chroniques primitives en général, ainsi que nous l'avons fait remarquer dans la dernière séance. Quelquefois, les matières fécales sont décolorées; mais, dans certains cas, la bile passe encore en certaine quantité.

Quelle est la théorie capable d'expliquer la production de cet ictère ? Il faut, je crois, se reporter à l'examen des lésions des canalicules biliaires. On relève alors une oblitération de ces canalicules opérée par l'épithélium. Parfois, elle est totale, générale et, alors, comme dans le cas de M. Gee, il ne passe plus de bile dans les grandes voies biliaires. Plus communément cependant la lésion est partielle, sans doute plus prononcée sur certains points que sur d'autres, et il passe encore une certaine quantité de bile dans l'intestin. Des modifications survenant dans la production épithéliale des voies biliaires, permettent de comprendre les modifications dans l'intensité de l'ictère si souvent observé dans la clinique.

Voilà donc une forme particulière d'obstruction des voies biliaires, cause d'ictère par rétention. Il y a là un point intéressant pour l'histoire générale de l'ictère lié aux affections hépatiques. Depuis le travail, plusieurs fois cité de Virchow, beaucoup d'auteurs, comme M. Virchow lui-même, ont une grande propension à rapporter tous les ictères qui surviennent dans le cours d'une maladie du foie à une occlusion du canal cholédoque déterminée soit mécaniquement, par compression, ainsi que cela se voit dans le cancer, par exemple, soit par une duodéno-cholédocite dont je vous ai décrit en détail la genèse. A mon avis, il y a là exagération. En effet, il est des cas où évidemment l'ictère concomittant d'une affection hépatique ne peut se rattacher à la cholédocite. L'observation de ce qui a lieu dans l'empoisonnement par le phosphore nous en fournit la preuve. MM. Virchow, Munck, Leyden, admettent que, en pareille circonstance, il s'agit d'un ictère catarrhal par oblitération du canal cholédoque, mais le fait n'est pas général. Car M. O. Wyss (2) a vu manquer chez l'homme le bouchon muqueux de la portion intestinale du cholédoque et la distension consécutive des voies dans l'intoxication phosphorée des voies biliaires externes. Ceci l'a conduit à instituer les expériences suivantes chez le chien. Il établissait des fistules biliaires permettant le libre écoulement de la bile et rendant par conséquent impossible l'ictère par cholédocite; les animaux une fois remis des suites de l'opération, il les soumettait à l'intoxication par le phosphore; l'ictère se produisait pourtant dans ces cas, et l'on ne trouvait à l'autopsie que peu de bile, quand il s'en rencontrait, dans les grandes voies biliaires, des mucosités, et causaient seules les conduits et la vésicule du fiel. Il y a donc lieu d'admettre, ici encore, une oblitération des voies biliaires profondes.

2° L'*hypertrophie du foie* ou mieux l'*hépatomégalie*, signalée dans la description anatomo-pathologique, reparaît dans l'étude clinique avec ses caractères spéciaux : la forme, le volume et quelques-uns des autres caractères physiques d'autant plus faciles à apprécier que l'absence d'ascite rend habituellement la percussion et même la palpation très-faciles.

Cette hypertrophie se manifeste vraisemblablement de très-bonne heure. Ce fut au bout de huit mois dans l'observation de Cornil, évidemment relative à une cirrhose hypertrophique avec lésions des canalicules biliaires. Dans le cas de M. Samuel Gee, elle se montra environ du troisième au quatrième mois après l'apparition des premiers symptômes. Une fois confirmée, l'hypertrophie est sujette à des oscillations : ainsi, le foie augmente au moment des exacerbations fébriles de l'ictère dont il a été question. Quoi qu'il en soit, l'hépatomégalie est une des plus considérables qu'il soit possible de rencontrer. Il est noté dans les observations que le bord du foie déborde de quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes, qu'il descend jusqu'à l'ombilic et même plus bas, dans la fosse iliaque droite. Si on laisse de côté les cas assez rares de leucémie et d'adénie, il ne reste guère que le *cancer du foie* qui atteigne de telles dimensions. En somme, dans la *cirrhose hypertrophique avec ictère*, le foie présente, en quelque sorte, un volume intermédiaire à celui qu'on observe dans le cancer du foie qu'il égale quelquefois et à celui du *foie amyloïde*.

3° L'appréciation de certaines particularités, renouvelées par une palpation attentive, permettrait d'ailleurs déjà, à volume égal, de distinguer les diverses altérations du foie capables de produire l'hépatomégalie permanente. Ainsi, dans la *cirrhose hypertrophique*, le foie est lisse ou très-légèrement granuleux ; on voit que les granulations peuvent quelquefois être senties par le palper abdominal, suivant M. Frerichs et Murchison, contrairement à l'opinion de Bamberger. Ces caractères, du reste, sont bien différents de ceux qu'offrent les tumeurs marronnées du cancer.

La *tumeur hépatique amyloïde* est lisse également, mais le bord du foie est mou, arrondi, tandis que, dans la *cirrhose hypertrophique*, le bord du foie reste tranchant, ce qui constitue pour elle un caractère distinctif.

Ces caractères, en quelque sorte anatomo-pathologiques, recueillis sur le vivant, quelque précieux qu'ils soient, ne doivent pas naturellement faire dédaigner les autres. Ainsi la coexistence de l'ictère servira habituellement à faire distinguer la *tumeur de la cirrhose hypertrophique* de la *tumeur amyloïde* dont elle se rapproche par la coexistence d'une hypertrophie splénique. Elle la différencie également du foie gras.

La *cirrhose hypertrophique* se distingue d'ailleurs de l'*hypermégalie consécutive à l'oblitération du canal cholédoque* par le développement plus ou moins prononcé que subit la vésicule du fiel dans le dernier cas. — La tuméfaction hépatique peut persister durant six ou sept ans, avec ictère dans la cirrhose hypertrophique; il y a, au contraire, à une certaine époque, un retrait nécessaire des limites du foie dans l'oblitération du canal cholédoque ; le caractère tiré de la durée de l'affection la séparerait aussi de la tumeur hépatique cancéreuse dont l'évolution est beaucoup plus rapide.

Je n'insiste pas plus longuement. Il me suffit de vous montrer, par quelques exemples, l'utilité des notions anatomo-pathologiques dans les études cliniques.

4° Nous avons mentionné, parmi les caractères de la cirrhose hypertrophique l'*absence d'ascite*. L'épanchement péritonéal y est tout au moins tardif, quand il s'y montre, et il est d'ordinaire très-peu prononcé. En général, on est autorisé du reste à avancer que les phénomènes de stase dans les vaisseaux portes, phénomènes qui jouent un rôle si prédominant dans la cirrhose de Laennec font à peu près complétement défaut dans la cirrhose dite hypertrophique et, à l'appui, nous citerons en outre de l'absence de l'ascite celle

(1) *Guy's hospital Reports*, 1875, p. 191.
(2) *Archiv der Heilkunde*, 1867, p. 469.

des hémorrhagies par diverses voies, des hémorrhagies gastro-intestinales, en particulier, des troubles dyspeptiques, de la dilatation des veines abdominales, etc.

5° Ces considérations nous conduisent à parler d'un caractère différentiel tiré de l'état général. Il est remarquable que la santé relative, vraisemblablement en grande partie à cause du maintien des fonctions digestives, laisse pendant plusieurs années, quelquefois pendant 7 ou 8 ans, le malade vaquer à ses affaires, continuer son travail. Tandis que, une fois qu'elle est installée, la cirrhose vulgaire marche progressivement, mais promptement, sans répit, vers la terminaison fatale.

Un dernier trait distinctif est fourni par le genre de mort qui, dans la cirrhose hypertrophique le plus souvent peut-être, est déterminé par le syndrome *ictère grave* avec élévation de la température centrale, délire, coma, etc., mode de terminaison tout-à-fait exceptionnel dans la cirrhose vulgaire.

(*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

M. le Professeur Axenfeld.

Nous nous sommes bornés à annoncer dans notre avant-dernier numéro la triste nouvelle de la mort de M. AXENFELD, espérant pouvoir donner aujourd'hui des détails biographiques complets sur le jeune et regretté professeur. Malheureusement, la plupart des journaux n'ont publié que des appréciations tout-à-fait générales où nous ne pouvons puiser aucun renseignement. Ce que nous savons, c'est que M. Axenfeld est né à Odessa en 1825 ; qu'il a été nommé interne des hôpitaux en 1848 ; qu'il a passé sa thèse de doctorat en 1853 ; qu'il a été nommé professeur agrégé à la Faculté en 1857 et à peu près vers la même époque médecin des hôpitaux.

Quant à ses publications scientifiques, voici celles qui sont venues à notre connaissance :

1° *Des principaux accidents que l'on observe après la trachéotomie chez les enfants atteints de croup* ; — 2° *Des influences nosocomiales*, thèse d'agrégation ; — 3° *Des lésions atrophiques de la moelle épinière* ; — 4° Des communications à la *Société anatomique* dont M. Axenfeld a été secrétaire en 1855 ; — 5° Son livre *Des névroses*, qui a paru d'abord dans le *Traité de pathologie interne* de Requin ; — 6° Enfin, une conférence très-remarquable sur *Jean de Wier et les sorciers* (1865).

Ces divers travaux mettent en relief les caractères principaux du talent de M. Axenfeld. Son langage est précis, élégant ; ses appréciations critiques sont justes et modérées ; ses opinions en physiologie exemptes d'engouement pour des idées nées la veille et mortes le lendemain. Très-versé dans la connaissance des langues, il utilisait avec mesure les mémoires les plus importants de la littérature médicale étrangère. Le cours de pathologie générale qu'il fit plusieurs fois à la Faculté, son cours de pathologie interne, lorsqu'il était professeur titulaire, étaient travaillés avec soin et prouvaient qu'il était soucieux de tenir son enseignement au niveau des connaissances actuelles et respectueux du public auquel il s'adressait.

Dans son service hospitalier, M. Axenfeld témoignait toujours la plus grande bienveillance à ses malades qui le chérissaient. Il s'intéressait vivement à ses élèves, surtout à ceux qui travaillaient, les traitant plutôt en amis qu'en subordonnés. Il avait un haut sentiment de la justice et ce sentiment maintes fois il eut l'occasion de le manifester dans les concours. Son esprit généreux et large était ouvert à toutes les idées de progrès. Dans son enseignement, dans ses causeries familières à l'hôpital, dans sa conférence sur Jean de Wier et les sorciers, il était heureux de montrer — et cela sans rechercher une vaine et facile popularité — qu'il était fermement libre-penseur. Dans quelle religion était né M. Axenfeld ? Nous l'ignorons. Ce que nous savons c'est que, en conformité avec la simplicité et la modestie de son caractère, en conformité avec les opinions qu'il avait toujours défendues, il a voulu que son convoi fût aussi simple que possible et qu'il fût privé de toute cérémonie religieuse. Honneur aux hommes qui, en nous quittant, donnent ainsi l'exemple d'une fin en harmonie avec leur vie tout entière!

La Bibliothèque de l'Ecole de médecine.

Bien des fois depuis dix ans, nous avons réclamé soit dans le *Progrès médical*, soit dans les autres journaux que nous avons rédigés, l'ouverture, au moins à certains jours de la *Bibliothèque de l'Ecole de médecine* pendant les vacances. Nous savions, en effet, que durant les mois d'août, septembre et octobre, à côté des médecins de la ville qui ont parfois recours à la Bibliothèque, il reste à Paris des étudiants avancés dans leurs études, qui ont besoin de faire des recherches pour leur thèse ou des externes des hôpitaux qui se préparent à l'internat auxquels la fermeture de la bibliothèque causait un réel préjudice. Aussi est-ce avec plaisir que nous avons enregistré, dans le dernier numéro du *Progrès médical*, que M. le Doyen avait décidé que, pendant les vacances, la bibliothèque serait ouverte les mardis et vendredis de midi à 4 heures.

Nous avons la conviction que M. le Doyen ne se contentera pas de cette innovation et qu'il prendra les mesures nécessaires : 1° pour que durant l'année scolaire la bibliothèque soit ouverte jusqu'à 6 heures du soir ; 2° pour que les livres nouveaux et les journaux ne séjournent plus aussi longtemps « chez le relieur. »

L'Assistance publique. — Les nouvelles pancartes des hôpitaux. — Les infirmiers.

Nous avons été étonné d'apprendre que l'Assistance publique avait introduit une modification dans la rédaction des pancartes accrochées au pied des lits des malades ; sept petits carrés pointillés et numérotés ont été placés sur les noms, prénoms, etc., et autour de l'endroit réservé aux signatures. Une instruction imprimée, communiquée seulement aux surveillantes et aux religieuses, nous donne la clef de ce petit mystère : Dans la case 1re, une initiale doit indiquer la religion du malade ; l'aumônier signera dans la case 2, et notera si les sacrements ont été reçus ; la case 4 servira à mettre si *le malade a changé de religion pendant son séjour à l'hôpital* ; les quatre autres cases sont réservées à des renseignements administratifs. Nous voyons dans cette modification une grave atteinte portée à la liberté de conscience, et il nous semble au moins singulier qu'une administration laïque puisse prévoir le cas où une obsession cléricale arriverait à faire abjurer un malheureux malade ; donner une telle importance au rôle de l'aumônier, c'est justifier les critiques de ceux qui, comme nous, ont toujours blâmé le zèle intempestif des sœurs qui s'occupent souvent beaucoup plus de propagande

religieuse qu'il ne leur conviendrait de le faire, à elles, salariées par une assistance publique et par cela même laïque. Loin de nous la pensée d'empêcher les malades d'avoir recours aux offices des ministres de leur culte.

Qu'on puisse aller même à la messe ;
Ainsi le veut la liberté.

Mais ceux-ci doivent rester dans l'exacte limite de leurs attributions ; et nous estimons que pour un malade, ce serait chèrement payer sa guérison que de l'acheter en quelque sorte au prix d'un abjuration qui pourrait fort bien n'être pas d'ailleurs désintéressée, car à la case de l'abjuration en est immédiatement accolée une autre pour indiquer les secours accordés au malade à sa sortie.

Après la critique qui précède et que tout lecteur impartial trouvera juste, nous sommes heureux d'annoncer, que, dans un autre ordre d'idées, l'administration de l'Assistance publique vient de prendre une bonne mesure que nous nous empressons de signaler. Bien des fois nous les avons entretenus de la situation des infirmiers dans les hôpitaux, et nous avions insisté entre autres sur la nourriture qui leur est donnée. Ces hommes qui font un travail pénible étaient soumis à deux jours de *maigre* par semaine, le vendredi et le samedi et, nous sommes obligés de déclarer que l'alimentation, ces jours-là, méritait non-seulement au figuré, mais encore au propre la désignation de *maigre*. Or, l'administration a pris la sage résolution de ne plus faire faire maigre aux infirmiers qu'un seul jour par semaine. Cette petite réforme nous indique que, en persévérant dans ses réclamations, la presse peut arriver à obtenir sinon tout au moins une petite partie des réformes qu'elle demande. Nous reviendrons prochainement sur la *question des infirmiers* et nous espérons parvenir à fixer sérieusement sur elle l'attention de l'administration.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 septembre 1876. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. DELPECH donne lecture du discours qu'il a improvisé sur la tombe de M. Gobley.

M. J. GUÉRIN lit une note sur un nouveau mode de traitement abortif de l'anthrax. Partant de ce principe que la nocivité de l'anthrax résulte du transport au loin des liquides purulents formés autour du tourbillon, M. Guérin pense que le meilleur moyen d'arrêter la maladie est de couper le chemin aux liquides septiques. Pour ce faire, il applique un large vésicatoire sur toute la surface de l'anthrax et, quand la tumeur est ouverte, en badigeonne le fond avec une solution de nitrate d'argent. — Le même procédé peut s'appliquer au furoncle, à quelques variétés d'érysipèle, au phlegmon diffus. M. J. Guérin cite l'observation d'un confrère qu'il a guéri en quelques jours, sans bistouri, d'un vaste anthrax de la cuisse.

Suite de la discussion sur la spirophore.

M. PIORRY trouve que l'instrument de M. Woillez, trop volumineux et trop pesant, ne pourra rendre tous les services qu'on attend de lui. L'insufflation directe du poumon suffit dans l'asphyxie. La rupture des vésicules pulmonaires n'est pas à craindre. L'Académie se forme en comité secret à 4 1/4.

M. L.

ASSISTANCE PUBLIQUE. NOMINATIONS. Par décret en date du 5 septembre 1876, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés membres du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris : MM. Davillier, régent de la Banque de France ; Nast, ancien adjoint au maire du 9e arrondissement ; Teissonnière, membre de la Chambre de commerce ; Thivier, administrateur du bureau de bienfaisance du 2e arrondissement ; Vayssié, avocat.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances d'avril 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

25. Tumeur du noyau extra-ventriculaire de chaque côté. — Hémiplégie gauche, puis affaiblissement musculaire à droite. — Défaut d'équilibre. — Phénomènes d'impulsion en avant et en arrière. — Suicide par les vapeurs de charbon ; par M. L. de BEURMANN, interne des hôpitaux.

Vié, Auguste, âgé de 38 ans, est trouvé sans connaissance dans une chambre le 5 avril 1876. Il présente les traces évidentes d'une tentative de suicide par les vapeurs de charbon. Transporté immédiatement à l'hôpital, il arrive vers huit heures dans la salle Saint-Eloi (Service de M. PROUST).

Il est dans le coma, la respiration est stertoreuse et accélérée, le corps est couvert de sueur, les membres sont dans la résolution. On lui couvre la poitrine de ventouses sèches et on lui promène plusieurs fois pendant la nuit des sinapismes sur les cuisses.

6 *avril, matin.* Le malade est encore dans le coma. La respiration est stertoreuse, la face congestionnée, les veines du cou gonflées ; à l'auscultation on n'entend rien de particulier, les râles trachéaux couvrent tout autre bruit. Rien à l'auscultation du cœur, le pouls est régulier, accéléré et assez fort. Les pupilles sont dilatées et peu sensibles à la lumière, en touchant la conjonctive, on provoque l'occlusion des paupières, mais la face reste inerte. Il n'y a pas de déviation des yeux ni de la tête ; les deux côtés de la face sont semblables ; la bouche est entr'ouverte, et les deux joues sont un peu soulevées à chaque expiration ; l'haleine offre une odeur particulière.

Les quatre membres sont dans la résolution, et les excitations ordinaires ne provoquent aucun mouvement ; mais, en pinçant très-fortement la peau du côté gauche, on obtient quelques mouvements de retrait du bras et de la jambe, tandis que du côté droit rien ne se produit.

Saignée de 450 grammes, à la suite de laquelle le malade fait quelques efforts de vomissements et rend quelques mucosités rougeâtres. Même état comateux : râles abondants dans toute la poitrine.

Dans l'après-midi, inhalation d'oxygène pur avec un appareil Limousin. 20 litres environ sont dépensés, mais une notable partie en est perdue par suite de la difficulté qu'on éprouve à diriger les mouvements du malade.

Le pouls, très-faible avant l'inhalation, se relève, la respiration devient plus lente et plus profonde.

Le soir la respiration est de nouveau très-embarrassée ; râle trachéal, écume rougeâtre à la bouche. T. R. 42° à 6 heures. A 8 heures, mort dans le coma.

Vié avait quitté l'hôpital le 4 avril après un long séjour dans le service de M. Mesnet, en manifestant l'intention d'en finir avec la vie. Le découragement causé par les progrès d'une affection du système nerveux, dont il souffrait depuis longtemps, l'avaient amené à cette résolution, qu'il exécuta le lendemain même de sa sortie.

Nous devons, à l'obligeance de M. Mesnet, de pouvoir rapprocher des lésions constatées à l'autopsie, l'observation de ce malade : Vié était entré le 19 octobre 1875, salle Saint-Hilaire, lit n° 40, service de M. Mesnet. Il donnait alors les renseignements suivants :

Dans sa jeunesse, cet homme dont la constitution était assez forte, a toujours joui d'une bonne santé, quoique pendant un certain temps il ait été atteint d'une teigne faveuse très-tenace. En 1854, il eût un chancre suivi de bubon, mais il affirme n'avoir point eu depuis de manifestation cutanée de la syphilis.

Il y a cinq ans environ que sa santé a commencé à s'altérer sérieusement. Il est vrai que depuis plusieurs années déjà, il se plaignait de douleurs vives dans les jambes, douleurs qui atteignaient parfois un degré d'acuité tel que le sommeil devenait impossible pendant plusieurs nuits consécutives ; mais l'état général n'était pas altéré, et le malade ne suspendait point ses travaux. En avril 1870 et en janvier 1871, il fut atteint d'affections thoraciques aiguës sur la nature desquelles nous ne sommes pas fixés ; nous savons seulement que des vésicatoires furent appliqués sur le côté droit de la poitrine.

C'est à la suite de cette maladie qu'un affaiblissement musculaire notable se manifesta dans le bras gauche ; ainsi le malade éprouvait plus de peine qu'à l'ordinaire à supporter des fardeaux, et il remarquait qu'un poids médiocre soulevé avec la main gauche le forçait promptement à lâcher prise. Un peu plus tard, au mois de mai 1871, il constata un affaiblissement égal de la jambe du même côté, et conséquemment de la gène dans la démarche.

Il importe de noter que ces troubles de la motilité ne se produisent pas brusquement, mais au contraire insensiblement. Pendant tout ce temps, les douleurs profondes des membres continuaient à se faire sentir fréquemment sans augmenter d'intensité et sans se montrer plus vives d'un côté ou de l'autre.

Depuis ce temps les symptômes ont été en s'aggravant lentement, présentant parfois des temps d'arrêt, mais sans jamais rétrocéder. Bientôt les mouvements des doigts de la main gauche sont devenus très-difficiles, au point que le malade ne pouvait plus saisir solidement les objets, que ses instruments lui échappaient en travaillant et que sa fourchette lui glissait des doigts pendant les repas. De plus, quand l'action musculaire entrait en jeu, la main devenait agitée d'un tremblement involontaire plus ou moins accentué.

Malgré cela, l'état général se maintenait à peu près satisfaisant, l'appétit était conservé quoique troublé de temps à autre par des crampes d'estomac et des vomissements.

Vers le *milieu de l'année* 1874 la parole à son tour s'est embarrassée, la prononciation des mots devint malaisée, si bien que le malade qui habituellement parlait avec une certaine volubilité, éprouva dès lors de la peine à s'exprimer et parfois même une réelle difficulté à se faire comprendre.

Au *commencement de l'année* 1875 tous les troubles signalés plus haut sont arrivés à un degré tel qu'il a fallu renoncer à tout travail. Déjà, l'année précédente, pendant un court séjour à l'hôpital Lariboisière (service de M. Siredey), un traitement à l'iodure de potassium et au sirop de Gibert fut entrepris. Vers le mois de juillet dernier le malade est entré de nouveau à Lariboisière et a été traité par le bromure de potassium et l'électrisation. Il dit en avoir éprouvé une amélioration sensible. Voici l'*état constaté à l'entrée* du malade dans le service :

La physionomie est immobile, la bouche ordinairement entr'ouverte, le regard fixe. Les pupilles sont inégalement dilatées, celle de gauche l'étant notablement plus que celle de droite. De plus la vue est obscurcie, les objets placés à quelques pas sont vus comme dans un nuage et leurs contours sont mal dessinés. — Il y a rarement de la céphalalgie. — Le goût et l'odorat sont intacts. — Il n'y a pas d'accès épileptiformes.

La *sensibilité cutanée* est parfaitement conservée sur tous les points du corps et elle est égale d'un côté à l'autre. Les mouvements réflexes sont aussi conservés; si on appuie la pointe d'une épingle sous la plante des pieds on détermine un mouvement de retrait instantané des membres. La sensibilité à la chaleur paraît intacte. Toutefois la main et l'avant-bras gauche sont notablement plus froids que le côté opposé, ce qui n'exclut pas, d'ailleurs, la sensibilité thermométrique.

Les *troubles musculaires* sont très-accentués. Si, le malade étant couché, on lui ordonne de lever la jambe gauche, on voit qu'il l'élève lentement et péniblement au-dessus du lit ; le même mouvement s'exécute mieux du côté droit. En outre, en se soulevant au-dessus du lit, la jambe et le pied gauches sont pris d'un tremblement continuel qui ne s'arrête que quand le membre trouve un point d'appui. Même affaiblissement du bras gauche; toutefois un objet peut être maintenu avec une certaine force entre les doigts fléchis; mais si le bras n'est pas appuyé sur le tronc ou sur un point fixe extérieur, il est agité de la même trémulation que la jambe et à un degré plus accentué.

La *marche* n'est pas celle d'un hémiplégique ordinaire ; pour conserver son équilibre, le malade est obligé de s'incliner fortement en avant et de courir en sautillant pour ne pas tomber, comme dans la paralysie agitante. Dans cette progression rapide en avant, le pied gauche ne quitte pas le sol sur lequel il glisse, appuyé sur la pointe et non sur le talon. En même temps le bras gauche prend un point d'appui sur le tronc. S on arrête la marche tout à coup et qu'on cherche à redresser le corps, celui-ci s'incline alors en arrière et le patient marche à reculons avec la même allure sautillante, mais l'équilibre est alors fort instable, et au bout de quelques pas le malade tomberait si on ne le soutenait.

Le bras droit lui-même perd depuis quelque temps de sa force musculaire, en sorte que les actes journaliers de la vie, tels que celui de s'habiller, de se déshabiller, de se coucher, de manger, etc., deviennent de plus en plus difficiles et exigent même l'aide d'autres personnes.

Du côté des *organes génito-urinaires*, on observe d'une part l'impuissance, d'autre part une fréquence de la miction voisine de l'incontinence.

Depuis environ 4 mois, Vié prend de l'iodure de potassium d'une manière régulière, d'abord, à la dose de 1 gramme, puis à la dose de 2 grammes.

Ce malade qui a conservé toute son intelligence s'inquiète de plus en plus de son état, nous demande fréquemment, pendant nos visites, de lui donner d'autres médicaments, devient de plus en plus soucieux de notre impuissance devant son mal qui fait des progrès, et insiste tout particulièrement sur l'emploi de l'électricité dont il nous dit avoir éprouvé déjà de bons effets.

Nous cédons à ses sollicitations, et pendant cinq semaines il est soumis, chaque matin, à des électrisations. — Aucune amélioration n'étant survenue il s'attriste de plus en plus, et demande à quitter l'hôpital en manifestant à ses voisins le découragement et le dégoût de l'existence. — A ce moment la paralysie s'est étendue du côté droit, d'une manière fort appréciable, quoique l'hémiplégie gauche soit notablement plus accusée. Hémiplégie faciale gauche. La station debout est impossible si le malade n'a pas un point d'appui, mais il peut aller d'un bout de la salle à l'autre, aux lieux d'aisance sans canne ni soutien, à la condition qu'une fois debout il se lance en avant comme s'il courait après son centre de gravité.

Autopsie. — *Encéphale.* Congestion très-considérable des vaisseaux de la pie-mère. Méninges saines, non adhérentes. — Rien à la surface des circonvolutions.— Sur une série de *coupes horizontales* comprenant les deux hémisphères, on ne constate aucune lésion jusqu'au moment où on arrive au niveau des corps striés. Ceux-ci étant découverts on voit *deux corps ovoïdes* ayant à peu près la grosseur d'une amande et placés symétriquement de chaque côté à cheval sur le noyau lenticulaire et la partie antérieure de la couronne rayonnante. Ces deux productions ont à peu près le même volume ; toutes deux ont leur grand axe dirigé d'avant en arrière dans le sens de la longueur du noyau extraventriculaire dont ils occupent la partie interne antérieure et supérieure. Leur couleur est grisâtre, ils sont couverts de fins vaisseaux tortueux, leur surface est un peu mamelonnée. Autour d'elles la substance blanche de la couronne rayonnante et la substance grise du noyau lenticulaire semblent tout-à-fait saines ; en versant doucement un filet d'eau sur les points altérés on constate que la substance se détache facilement des productions nouvelles tandis qu'en dehors la substance grise du noyau lenticulaire y adhère assez intimement. — Les seules différences qu'on puisse constater entre ces deux tumeurs sont un volume un peu plus considérable et une situation un peu plus externe et postérieure de celle du côté droit. Encore ces caractères distinctifs sont-ils très peu accusés (1).

L'examen *à l'état frais* montre que ce sont des *gliomes* avec vaisseaux très-nombreux et très-développés.

Congestion considérable des enveloppes de la moelle, rien de particulier d'ailleurs à l'œil nu.

Cavité thoracique. — Cœur rempli de caillots rouges de formation récente. Poumons très congestionnés dans toute leur étendue. — Emphysème du bord antérieur des deux côtés. — Hépatisation grise du lobe inférieur droit.

Congestion du *foie*, des *reins* et des autres organes. — *Sang* noir, fluide.

M. Charcot. Quelques expériences physiologiques montrent

(1) Voir l'Album de la Société.

que la lésion des points atteints dans le cas précédent produit en effet un entraînement soit en avant, soit en arrière.

26. Corps étranger de la vessie. Taille médiane. Guérison; par M. Letulle, interne des hôpitaux.

S... Jacques, 41 ans, entre le 14 avril 1876 à l'hôpital de la Charité, service de M. Trélat. Ce malade raconte que, il y a six mois, pris subitement de rétention d'urine, il se plongea dans l'urèthre, afin de rendre le canal perméable, un porte-plume en os long de 7 à 8 centimètres; l'instrument lui ayant échappé, malgré tous ses efforts, fut avalé par l'urèthre et disparut tout-à-coup. D'après l'aveu du malade, il paraitrait que ces manœuvres sont fort usuelles au régiment, et il ne nous cache pas que maintes fois déjà il avait procédé de cette façon au traitement de rétentions d'urine problématiques pour nous. Quelle que soit la raison qui poussait notre malade à glisser dans son urèthre ce corps étranger, il est certain que la miction se faisait d'ordinaire fort bien et qu'il n'avait jamais eu de blennorrhagie.

Durant les trois premiers mois qui suivirent l'accident, l'urine continua d'être expulsée journellement avec un jet aussi facile et aussi vigoureux que par le passé; toutefois elle contenait par instants de petits graviers blanchâtres qu'il considérait comme autant de fragments du porte-plume. Mais bientôt les graviers disparurent; les urines devinrent de plus en plus troubles, et le sang y apparut à certains moments. Les douleurs ne furent jamais bien vives; cependant la miction est toujours suivie d'une sensation de pesanteur au périnée assez pénible et qui dure quelques minutes. Le malade entre à l'hôpital.

Le canal est franchi sans difficulté par le cathéter explorateur; il n'y a pas le moindre rétrécissement. Aussitôt dans la vessie, on sent le corps étranger à droite et en haut. Il est absolument immobile.

Les urines sont chargées de phosphates et de mucus. Le malade est mis au repos et aux bains pendant une quinzaine.

26 *avril*. — M. Trélat refuse de faire la moindre tentative d'extraction par les voies naturelles. Il préfère profiter du bon état des organes, afin d'utiliser toutes les chances possibles en faveur de la taille. Taille médiane, dilatation moyenne.

Il arrive sur une couche épaisse de phosphates qui tapissent la vessie en entourant le calcul. Enfin, ayant reconnu le corps étranger obliquement situé dans la vessie, il le place dans l'axe du canal et l'enlève.

Le malade quitte l'hôpital *vingt jours après* l'opération, sans avoir présenté le moindre accident. Dès le sixième jour, l'urine avait cessé de s'écouler par la plaie, et le jet était aussi fort qu'avant l'opération.

Le corps étranger est un manche de porte-plume en os, long de 8 centimètres, légèrement conique, lisse, mais entouré d'une masse considérable de phosphates qui a été enlevée par fragments avant l'extraction du corps du délit. Les concrétions phosphatiques les plus volumineuses ont été recueillies et pèsent une centaine de grammes. Il en est sorti encore une certaine quantité par la plaie. Au moment du départ du malade, l'urine est encore assez trouble et riche en phosphates.

27. Epithélioma du nez; par M. E. Monod, interne des hôpitaux.

Le nommé M..., âgé de 56 ans, est entré le 23 mars à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Desprès. Il ne présente pas d'antécédents héréditaires; on ne trouve pas chez lui de traces de scrofule ni de syphilis. — Il y a *sept mois* apparut sur le nez un petit bouton, siégeant à la partie la plus reculée de l'aile droite de cet organe. A la suite des démangeaisons qu'il lui causait, le malade l'écorcha bientôt; la petite plaie suppura quelque temps, puis se couvrit d'une croûte rougeâtre. L'excroissance augmenta régulièrement de volume; lorsqu'elle fut grosse comme une amande, la croûte se détacha et laissa à sa place une ulcération.

Actuellement le nez offre l'aspect d'une grosse masse d'un gris rougeâtre, mesurant environ 5 centimètres dans tous les sens. La surface de l'ulcération est bourgeonnante et criblée de petits points gris jaunâtres sur un fond rouge. Par la pression qui est douloureuse on fait sourdre de ces points du pus et de petits cylindres jaunâtres. La tumeur est peu douloureuse spontanément; elle saigne de temps en temps. On constate sous l'angle de la mâchoire du côté droit un ganglion du volume d'une noisette. L'état général paraît très-bon; cependant le malade dit avoir maigri depuis quelque temps. M. Desprès fait avec l'instrument tranchant l'ablation totale du nez.

Réflexions. L'intérêt de ce fait réside dans le diagnostic. A ne considérer que l'aspect extérieur de la tumeur, on songeait tout d'abord à un acné hypertrophique; la présence de ces petits cylindres jaunâtres qu'on faisait sourdre de chaque orifice glandulaire aurait légitimé cette supposition. Mais en tenant compte de la marche du mal, le seul fait de la rapidité de son évolution conduisit à l'idée de tumeur maligne Ce diagnostic porté par M. Després a été confirmé par l'*examen histologique*. Il résulte de cet examen, qui a été fait par M. Malassez, que la tumeur est uniquement composée de cellules épithéliales pavimenteuses. D'après les symptômes que nous avons signalés, il est très-probable que le siége primitif se trouvait dans les glandes sébacées de la région. On a constaté au microscope que les culs de sac glandulaires sont envahis par la prolifération des cellules épithéliales et détruits par places. — En résumé nous avons affaire à un *épithélioma pavimenteux, d'origine probablement glandulaire*.

Séance du 5 mai 1876.—Présidence de M. Charcot.

1. Myo-myxôme de la grande lèvre; par M. Léon Chardin, externe des hôpitaux.

Cette tumeur provient d'une femme de 35 ans, soignée par le Dr Chardin, à Bar-le-Duc, et opérée à l'hôpital de cette ville. La malade réclame les soins du médecin le 17 *février* 1876 pour un accouchement prochain. Mariée depuis plusieurs années, elle a toujours joui d'une excellente santé. Rien de particulier à noter dans ses antécédents. Elle a toujours été bien réglée et a eu, à la suite de couches régulières deux enfants morts en bas-âge. C'est vers le mois de *septembre* 1875, second mois de sa grossesse, que cette femme a remarqué une petite tumeur du volume d'une cerise, mobile, non douloureuse, et siégeant vers la partie moyenne de la grande lèvre gauche. Elle ne serait la conséquence d'aucun traumatisme. L'accroissement de la tumeur qui avait marché graduellement était déjà assez notable au mois de décembre pour que la malade ne pût s'asseoir sur une chaise.

Au mois de février 1876, elle commença seulement à prendre les conseils du médecin. A cette époque, on constate une tumeur du volume d'un gros œuf de poule occupant la partie moyenne de la grande lèvre, et l'entraînant par son poids vers la partie déclive. Sa forme est ovoïde à grosse extrémité regardant en arrière. La coloration diffère de celle de la lèvre voisine par un aspect plus rosé, quelques veines se dessinent à la surface. La peau ne glisse point sur la tumeur, elle est adhérente et fortement tendue. La tumeur ne remonte point dans le vagin, mais présente un bord postérieur un peu tranchant. Sur sa face interne ou vaginale, la muqueuse s'est escharifiée et présente une solution de continuité arrondie du diamètre d'une pièce d'un franc. Au palper, la tumeur est rénitente, mate à la percussion.

Au commencement de *mars* 1876, une *ponction exploratrice* est faite dans la tumeur avec le trocart capillaire. Une goutte de sang se montre à l'orifice de la canule. La mobilité de la canule permettait de croire à une tumeur liquide et probablement à un thrombus: la canule retirée, il s'échappa un jet de sang qui fournit environ 100 grammes. Dans les premiers jours d'avril, quelques hémorrhagies légères se firent par les téguments ulcérés de la tumeur.

Dans la nuit du 4 *avril*, il survint, pendant le sommeil, une hémorrhagie qui dépassa 1,500 grammes. Un pansement provisoire mit fin à l'hémorrhagie et la malade entra le lendemain à l'hôpital en vue d'une extirpation. Une incision est pratiquée verticalement sur la face externe et parallèlement à la fente vulvaire. La tumeur est énucléée avec les doigts.

Les portions sphacélées de la grande lèvre sont régularisées et une hémorrhagie veineuse abondante est arrêtée. Un travail suivi d'un accouchement normal se déclare 48 heures après l'opération. Aujourd'hui, la malade est complétement rétablie.

L'*examen histologique* de la tumeur a été fait dans le laboratoire de M. Ranvier : c'est un *myo-myxôme* ou plutôt un myôme-myxômateux. Elle pèse 310 grammes.

4. Molluscum adipeux ; par M. G. Decaisne, interne des hôpitaux.

X..., 32 ans, non mariée, n'ayant jamais eu d'enfants, se présente à la consultation de M. Trélat, le 27 avril 1876. La santé générale a toujours été bonne et jamais elle n'a eu de maladies sérieuses. Il y a dix ans, elle s'aperçut d'une petite tumeur indolente, de la grosseur d'une noisette, siégeant au niveau du pli de l'aine du côté droit. Déjà à cette époque, la petite tumeur était pédiculisée : la malade lia elle-même le pédicule avec un fil de soie. Mais la douleur devint très-vive ; bientôt elle coupa le fil constricteur et abandonna la maladie à elle-même. La tumeur grossit de plus en plus pendant trois années ; et, plus elle grossissait, plus le pédicule allait s'allongeant. Depuis sept ans, elle est restée stationnaire et n'a subi de modifications dans aucun sens. Cependant, fatiguée à la longue par la gêne considérable qu'elle éprouvait, la malade vint consulter.

M. Trélat constata l'existence d'une tumeur, du volume d'une grosse poire, dont le pédicule, long de 7 à 8 centimètres s'insérait à l'union du tiers externe et des deux tiers internes du pli inguinal droit. La tumeur était extrêmement mobile, et l'on a peine à concevoir comment cette femme a pu, sans bandage d'aucune sorte, se livrer impunément aux travaux des champs pendant sept ans. La tumeur était d'ailleurs molle à la palpation, sans changement de coloration de la peau, et donnait à la pression une sensation de lobulation tout à fait évidente. M. Trélat diagnostica un *molluscum adipeux* parvenu à un état de développement considérable. L'*opération* fut des plus simples, grâce à la minceur du pédicule que l'écraseur eut bientôt sectionné. La malade ne perdit pas une seule goutte de sang. Elle n'a éprouvé depuis aucun accident. L'eschare s'est détachée et il ne subsiste qu'une petite plaie qui marche rapidement vers la cicatrisation.

Réflexions. Cette tumeur est insolite en raison de son développement, de son siége et de la longueur de son pédicule. Elle pesait 360 grammes. Une *coupe* pratiquée suivant son plus grand diamètre a montré qu'elle était presque exclusivement formée de tissu graisseux. Mais l'élément vasculaire y tenait aussi une grande place, et il s'en écoula une quantité considérable de sang.

5. Insuffisance aortique ; par M. Magnant, interne des hôpitaux.

X..., âgé de 35 ans, entre le 21 mars 1876 à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Mesnet). Cet homme avait déjà été soigné du 1er juillet au mois de *septembre* 1875 dans le service, pour un rhumatisme articulaire aigu et une lésion aortique. L'état reste satisfaisant jusqu'au 11 mars 1876. A cette époque, le genou droit fut de nouveau pris de rhumatisme, en même temps que survenaient des vomissements alimentaires et bilieux. Les douleurs durèrent environ huit jours. Quant aux vomissements ils persistèrent avec opiniâtreté, et le malade se vit contraint d'entrer à l'hôpital.

Etat à l'entrée. Facies très-altéré, pâle, anémié. Amaigrissement et perte des forces. Vomissements incoercibles, verts, porracés. Diarrhée sans douleurs abdominales. Pas de troubles cérébraux ; pas d'hémorrhagie. Léger œdème des membres inférieurs. Voici ce que nous révélait l'examen de la poitrine : A l'auscultation du poumon, signes évidents d'une tuberculose pulmonaire arrivée à la période d'excavation. Du côté du cœur, signes également évidents d'une lésion aortique : bruits de souffle à la base et au deuxième temps, doux, aspiratif, couvrant presque tout le grand silence, ayant son maximum au niveau du deuxième espace intercostal droit, ne se prolongeant pas dans les vaisseaux du cou, mais s'entendant tout le long du bord droit du sternum, jusqu'à l'appendice xyphoïde. En même temps, l'inspection nous permettait de reconnaître une impulsion exagérée du cœur, et par la percussion nous constations une augmentation notable de la matité cardiaque : il y avait une hypertrophie du ventricule gauche. Enfin l'impulsion des artères était exagérée, donnant lieu au cou à ce qu'on a appelé la danse des artères, à l'avant-bras au pouls bondissant et rétrocédant de Corrigan, et, dans les crurales à un souffle rude. Au contraire, l'examen de la pointe du cœur, bien qu'on l'eût répété fréquemment, ne révélait aucun bruit de souffle, et faisait rejeter toute idée de lésion mitrale, ne permettant que le diagnostic d'insuffisance aortique.

Quant aux vomissements, à la diarrhée, ils étaient évidemment liés à un ramollissement aigu de l'estomac, sous la dépendance tout à la fois et de la tuberculose avancée, et probablement aussi de la lésion cardiaque. Sous l'influence de la glace et du régime lacté, les troubles digestifs s'atténuèrent un peu jusqu'à la fin du mois d'avril. A cette époque, le malade ne voulant plus prendre de lait, ses vomissements reparurent, et ne cessèrent plus jusqu'à la mort, qui arriva le 17 avril. Pendant ce temps les troubles cardiaques restèrent les mêmes. Palpitations, anxiété précordiale, et bruit de souffle de la base, etc., voilà tout ce qu'on put constater.

Autopsie. — Cœur. Ventricule gauche hypertrophié, pâle, graisseux. Symphyse cardiaque. *Orifice aortique.* Dimensions normales. Valvules peu modifiées dans leur épaisseur, mais à leur bord libre petites végétations polypiformes, formant çà et là de véritables grappes. Les plus petites avaient environ la grosseur d'une petite tête d'épingle, les plus grosses celle d'un gros grain de millet. De plus, la dernière valvule (vers le bord gauche de l'organe) présentait une *perforation* ovalaire à base tournée vers le bord libre de la valvule à sommet vers le bord adhérent. Cette perforation avait environ 0,007 dans son plus grand diamètre. Elle était entourée à son pourtour de petites productions en tous points semblables à celles que nous avions trouvées sur les autres points des valvules aortiques. Que penser de cette solution de continuité ? Tout d'abord nous devons dire qu'elle était absolument pathologique, et ne peut être imputée à l'autopsie. Nous pensons, quant à nous, qu'elle a dû avoir son point de départ dans les petites végétations mentionnées, que celles-ci ont dû exister antérieurement, et subir une véritable destruction consécutivement, dont le résultat a été la déchirure partielle de la valvule en ce point. Ce serait donc une insuffisance aortique liée à une endocardite végétante, et devenue ulcéreuse. La présence des végétations autour de la solution de continuité nous semble du reste en faveur de cette manière de voir.

Outre ce point déjà intéressant, nous trouvions aussi du côté de l'*orifice mitral* des altérations auxquelles nous ne nous attendions pas, en l'absence de tout phénomène pendant la vie. Cet orifice avait ses diamètres habituels ; sa valvule était saine, mais au niveau du bord adhérent de cette dernière, c'est-à-dire au niveau de l'orifice lui-même, nous trouvions encore une couronne de végétations, en tous points semblables à celles que nous avions trouvées d'autre part. Ces végétations de dimensions analogues, avaient le même aspect, et formaient un véritable cercle continu. Elles étaient surtout visibles du côté de l'oreillette, mais çà et là assez saillantes dans l'orifice uriculo-ventriculaire lui-même pour pouvoir être vues en partie par le ventricule. Il n'y avait nulle part ailleurs d'autres lésions de ce genre, mais seulement une teinte généralement pâle de l'endocarde. Voici donc une lésion étendue de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, qui n'avait, la vie durant, donné lieu à aucun signe stéthoscopique. L'examen cependant avait été fait avec assez d'attention pour qu'un bruit morbide ne pût échapper, s'il eût existé. Eh bien ce fait, tout étonnant qu'il semble d'abord, nous paraît pouvoir s'expliquer assez bien si on considère comme nous l'avons dit, que l'orifice avait ses diamètres, et que les deux valves de la valvule avaient leur poli et leur minceur habituelle. Le sang trouvant le passage suffisant et d'autre part le jeu de la valvule mitrale n'étant pas entravé, il n'y avait pas de raison pour qu'un bruit morbide se produisît en ce point. Une lésion même étendue d'un orifice du

cœur peut donc exister sans signe sthétoscopique appréciable.

Le reste de l'autopsie présentait peu de particularités. *Poumons* détruits en partie par la tuberculose. *Foie* gras. *Reins* gras aussi. L'*estomac*, dont les troubles fonctionnels avaient été si accusés, ne présentait, ni ulcérations, ni érosions. La muqueuse était simplement épaissie, çà et là boursoufflée, un peu ramollie.

M. Turner. Les perforations valvulaires que présente la pièce de M. Magnant ne me paraissent pas dues à une endocardite. Je crois qu'il s'agit ici de la disposition qui a été décrite sous le nom de *valvule perforée.*

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE.

Traité iconographique d'ophthalmoscopie; avec Atlas de 20 planches, par X. Galezowski. Paris, J.-B. Baillière, 1876.

Peu de branches dans le grand arbre médical ont fourni autant de fruits dans ces dernières années, en France, que l'ophthalmoscopie. Voici le deuxième ouvrage naissant en moins d'un an sous la plume de M. Galezowski. Le premier était un traité complet des maladies des yeux, celui-ci est une représentation graphique des lésions profondes du globe oculaire. La grande idée qui paraît avoir guidé l'auteur dans la plupart de ses travaux, depuis longtemps, c'est-à-dire l'influence des maladies générales sur les affections de l'œil, nous paraît se développer encore ici avec une importance prépondérante; mais il faut ajouter immédiatement que dans cet ouvrage, les déductions sont la plupart du temps soumises aux lois de la physiologie et qu'en aucun cas l'affection oculaire n'est donnée comme un signe pathognomonique. C'est elle au contraire qui reçoit son nom de la maladie constitutionnelle.

Exposons d'abord le plan de ce livre. Quatre divisions principales y dominent : La première partie comprend la description des différents ophthalmoscopes; la deuxième, l'exploration détaillée des différentes membranes de l'œil; la troisième est consacrée d'une manière spéciale à l'étude des rapports qui existent entre les affections oculaires et les maladies constitutionnelles ou cérébrales; la quatrième, enfin, est constituée par l'atlas proprement dit.

La description des ophthalmoscopes est faite d'une façon brève, mais suffisante et complète. C'est un des meilleurs exposés que nous connaissions sur ce sujet. L'auteur nous conduit depuis la découverte d'Helmholtz (1851) jusqu'aux instruments à réfraction de Knapp ou Lauring. Nos lecteurs n'ignorent pas que M. Galezowski a résolu depuis longtemps un problème clinique important : celui de l'examen du malade, couché, dans une salle ordinaire.

Après les règles pour l'examen ophthalmoscopique viennent celles pour le contrôle de la fonction visuelle : acuité, champ visuel périphérique, périmètre, rétrécissements, scotômes et l'application de ces données à la faculté chromatique de la rétine.

La cornée, l'iris, le cristallin, le corps vitré sont passés en revue dans leurs altérations principales, susceptibles d'être reconnues par l'éclairage oblique ou direct.

L'auteur aborde ensuite l'ophthalmoscopie véritable, c'est-à-dire l'étude des membranes profondes. Après avoir donné les moyens classiques de trouver la papille, et décrit son aspect physiologique, il étudie la névrite optique, la périnévrite, la névro-rétinite, non-seulement dans leur mode de production, mais aussi dans leur pathogénie, et chose souvent difficile à élucider, on le reconnaît ici, dans leur anatomie pathologique. L'étude de l'atrophie des papilles, progressive, par névrite optique, par embolie de l'artère centrale, par rétino-chréoïdite, par excavation glaucomateuse forme un des points les plus remarquables de cet ouvrage.

La même voie a été suivie pour la rétinite : aspect normal et mode d'exploration; puis, les états pathologiques : apoplexies, rétinite perivasculaire, plaques exsudatives, rétinite albuminurique, glycosurique, polyurique, leucémique, hémophilique. — De même pour la choroïde.

Jusque là, M. Galezowski ne s'est pas éloigné des traités classiques, et sauf une exposition souvent originale et des aperçus cliniques d'une utilité majeure, il n'y aurait pas eu motif à nouvelle rédaction; mais les parties précédentes ne sont qu'une introduction à la troisième, la plus importante, à celle qui fera de ce livre un document précieux dans l'ophthalmologie française.

Le cadre de l'ophthalmologie, dans ses rapports avec la médecine, s'élargit tellement, que M. Galezowski déclare expressément ne vouloir en donner qu'une analyse aussi succincte que possible.

La diphtérie, la syphilis, la glycosurie, l'albuminurie, l'aménorrhée, la goutte, la fièvre typhoïde, les fièvres palustres, l'alcoolisme, le nicotisme, le saturnisme, l'hystérie, les maladies du cœur, les affections gastriques, les diarrhées forment un premier groupe de maladies constitutionnelles liées à des lésions de la vue.

Parmi les maladies cérébrales : les méningites, les umeurs, les apoplexies cérébrales ou méningées, l'encéphalite, la périencéphalite; les lésions de la moelle, sclérose, paralysie agitante, la chorée, l'ataxie locomotrice, enfin les traumatismes du crâne, s'accompagnent aussi de troubles dans la faculté visuelle.

Nous désirons indiquer seulement les lésions oculaires qui coïncident avec ces différentes maladies.

Dans la diphterie, il faut distinguer les altérations paralytiques, secondaires telles que le strabisme, la mydriase, d'avec les lésions directes; l'ophthalmie diphthéritique.

Pour la syphilis, en dehors des lésions externes, la choroïde et les tissus nerveux présentent aussi des altérations. L'auteur admet, avec beaucoup d'autres ophthalmologistes, la rétinite, la névrose, l'atrophie papillaire syphilitiques : mais il faut bien l'avouer, ces affections ne présentent aucun caractère soit anatomique, soit ophthalmologique qui puisse les faire distinguer, en dehors des renseignements concomitants fournis par l'état général, d'avec les lésions de l'ataxie locomotrice simple. Le traitement seul, et ceci est l'argument capital, donnerait raison à cette classification des atrophies syphilitiques papillaires.

La cataracte diabétique, la rétinite glycosurique, le glaucome hémorrhagique, l'atrophie papillaire, l'hémiopie homonyme, l'amblyopie sans lésion, la paralysie de la 6e paire forment le cadre du diabète.

Nous ne dirons rien de l'albuminurie connue depuis longtemps.

Voici cependant une question plus délicate : M. Galezowski décrit *ex-professo*, une choroïdite atrophique par dysmenorrhée chez les jeunes filles, de même une névrite optique, et une rétinite apoplectique. Pour la goutte : nous voyons comme cortège oculaire, l'iritis, la cyclite hémorrhagique, la mydriase et la sclérose en plaques de la rétine : pour la fièvre typhoïde, c'est la nécrose de la cornée, l'embolie de la rétine, la périnévrite optique. Pour les fièvres intermittentes : l'amblyopie et l'atrophie des papilles. De même l'alcoolisme, la saturnisme, l'hysterie, la diathèse cardiarque, et les affections intestinales ont leur cortège dans la pathologie oculaire. A ce propos nous croyons permis de faire les plus sérieuses restrictions dans l'explication des lésions de l'œil, et il nous paraîtrait dangereux de conclure de la coïncidence à une étiologie véritable.

Que des exemples rares se produisent, nous l'acceptons; mais il y a loin de ces exceptions à une règle générale; et s'il y en avait une à établir de par les statistiques, elle ne coïnciderait pas assurément, en ce qui concerne les fièvres intermittentes, les diarrhées, les troubles gastriques, avec celle que l'auteur aurait tendance à inscrire dans le code ophthalmologique.

Dans l'étude des maladies cérébrales, nous ne voulons signaler que le chapitre ayant trait aux troubles visuels dans les tumeurs. Cette partie a été élucidée magistralement par l'auteur qui a cherché à classer tous les symptômes connus jusqu'ici pour arriver à un diagnostic précis.

Etablissant d'abord que sur 344 cas, l'absence des lésions n'a été constatée que 19 fois, il décrit la névrite et l'atrophie puis aborde la localisation des tumeurs.

Les productions hétérogènes de la fosse cérébrale antérieure s'accompagnent au bout de quelque temps d'une exophthalmie avec névrite binoculaire. Celles de la fosse pituitaires, attaquent les nerfs voisins du sinus et sont signalées par une cécité complète presque instantanée. Aux tumeurs du rocher, s'adjoignent les paralysies de la septième paire, l'otite et la perte d'un seul œil au début. Dans les hémisphères antérieurs, l'altération de la vue est tardive, puis arrivent la perte de l'odorat et les hémorrhagies nasales. Pour les lobes centraux moyens et postérieurs, la précision est plus difficile ; il y a en général hémiopie, perte prématurée de la vue, hémiplégie, convulsions. Si le pédoncule central est attaqué, l'hémiplégie existe du côté opposé à l'altération ; l'amaurose, simple au début, devient double et se complique de la paralysie de la septième passe. A la protubérance, et à l'apophyse basilaire, on constate l'hémiplégie, l'anesthésie, la paralysie des 6e, 7e et 8e paires. Les tumeurs des pédoncules et des cervelets s'accompagnent de vomissements, de titubations, d'affaiblissements d'une partie du corps, de névrite double, sans paralysie des autres nerfs crâniens.

Voilà tel qu'il est compris dans des limites encore restreintes, un tableau clinique bien conçu et qui nous reporte bien loin des symptômes diffus tirés de l'examen de la papille seule où il n'est possible de rencontrer qu'un fait : la névrite dont nous ne connaissons ni la nature ni la genèse. Ainsi comprise, l'ophthalmoscopie se lie à la médecine générale qu'elle éclaire et contrôle : l'écueil était de vouloir donner au miroir le premier rôle, M. Galezowski l'a sagement évité.

Les 20 planches qui terminent cet ouvrage sont destinées à représenter les types les plus curieux des altérations des membranes, et même le fond de l'œil physiologique. Tracées par M. Galezowski lui-même, ces chromolithographies possèdent un caractère de véracité que l'auteur seul pouvait leur donner : et cependant quelques dessins nous ont véritablement étonné. Citons, par exemple, celui du fond de l'œil après la mort, qui s'éloigne de tout ce que nous avons vu jusqu'ici. Mais peut-être avant de prononcer serait-il bon de voir le dessin original lui-même ; car pour quiconque a connu les difficultés de l'impression, le jugement en pareille matière est impossible. Toutefois, comparées à d'autres productions analogues, ces planches nous ont paru un peu lourdes dans la teinte et dans le trait. Comme qualités incontestables, elles ont l'expression générale qu'un médecin dessinateur peut seul donner et faire comprendre. La finesse de l'exécution importe peu au clinicien : l'idée pathologique est rendue, voilà l'essentiel.

En résumé, le traité iconographique de M. Galezowski constitue un véritable progrès en ophthalmologie : il réunit en un corps de doctrine, solidement établi pour quelques points, les documents épars dans la littérature médicale française et étrangère. Nous ne devons émettre de réserve que pour certaines idées avancées peut-être sans appui suffisant. Mais l'auteur, dans ses publications quotidiennes, travaille énergiquement, avec de nombreux élèves, à les rendre classiques. Ce livre n'est pas conçu, ni rédigé légèrement, il émane d'un clinicien ophthalmologique, qui a vu et bien vu, qui a constaté, pressenti souvent les rapports de l'organisme entier avec la circulation de l'œil et qui, après tout, n'est pas coupable si le miroir d'Helmholtz marche plus vite que l'anatomie et la physiologie pathologiques.

F. PONCET (de Cluny).

PHARMACOLOGIE

Du traitement des diarrhées saisonnières, cholériformes ou cholériques.

La diarrhée épidémique d'été, qui a coutume de régner pendant les mois de juillet et d'août, sévit cette année sur un grand nombre de points du territoire, ce qui n'a rien de surprenant en présence des chaleurs exceptionnelles et de la terrible sécheresse que nous venons de subir.

Nous ne nous arrêterons pas à définir les caractères de cette diarrhée, manifestation morbide connue de tout le monde, et qui cependant constitue un phénomène complexe ; les causes de la diarrhée estivale sont aussi trop connues pour nous arrêter. Le traitement à opposer à cette diarrhée saisonnière fixera seulement notre attention ; il est ordinairement simple : une diététique sévère, des précautions hygiéniques et l'emploi du sous-nitrate de bismuth suffisent le plus souvent.

Mais il est surtout un médicament que nous avons prescrit avec succès dans de nombreux cas de diarrhée adynamique estivale, et dont nous ne saurions trop recommander la vulgarisation, nous voulons parler du Colombo, que la thérapeutique française remet en honneur depuis quelques années.

Il est indispensable pour l'expérimentation consciencieuse d'avoir un produit pur, défini, unitaire, toujours identique dans sa composition et exactement dosé. La préparation formulée par M. Blottière, sous le nom d'Elixir toni-radical au Colombo, réunit tous ses avantages et réalise selon nous un médicament sûr et agréable, d'un emploi facile même chez les enfants, qui le prennent d'habitude sans répugnance.

Le Colombo, rangé par les auteurs qui s'occupent de thérapeutique au nombre des toniques radicaux ou névrosthéniques, possède des propriétés organoleptiques toutes particulières ; celles-ci portent d'abord sur les fibres musculaires de l'intestin, en augmentant leur contractilité, affaiblie par la cause morbide ; puis, elles amènent par absorption un effet narcotique bien caractérisé, qui exerce principalement son action sur l'éréthisme gastrique et le spasme intestinal inséparable de l'élément diarrhéique.

Aussi l'Elixir toni-radical de Blottière au Colombo s'applique-t-il efficacement au traitement de la diarrhée estivale qui est souvent le prélude d'une grande épidémie. Les considérations précédentes expliquent l'action curative ou préventive de cet agent contre la diarrhée saisonnière, contre l'influence miasmatique dont elle est l'expression, par l'incitation vitale qu'il apporte au système vaso-moteur. Le mode d'administration le plus ordinaire consiste à donner un verre à liqueur de la préparation, avant et après chaque repas. Nous devons dire que les doses doivent être plus ou moins rapprochées suivant les indications de chaque cas.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu du Congrès international des sciences médicales (4e session, Bruxelles 1875) ; par MM. WARLOMONT, DUWEZ et VERRIEST. Un volume in 8° de 810 p. — Bruxelles, H. Manceaux, Paris J.-B. Baillière.

Le *Progrès Médical* de 1875 a déjà publié un compte rendu de ce congrès, fait par M. le Dr Riche (n° 39 à 48). — MM. Warlomont, Duwez et Verriest, aidés des secrétaires des sections ont réuni les procès-verbaux des séances en un volume et y ont joint à titre d'annexes quelques-uns des travaux originaux lus dans les séances générales et dans celles des sections. On trouvera donc dans ce volume d'importantes discussions sur les vaso-moteurs, le choléra, la tuberculose, l'anesthésie chirurgicale, le pansement des plaies etc., etc. Nous signalerons encore parmi les travaux originaux : une conférence de *M. Marey « Sur la méthode graphique dans les sciences expérimentales et ses applications particulières à la médecine.* » Une séance de cérébroscopie de M. Bouchut ; des lectures de MM. Leudet, sur l'état mental des alcooliques ; de M. Chapmann, sur la prostitution en Angleterre, etc. On trouvera dans ce volume de nombreuses notes relatives à la chirurgie, à l'obstétrique et aux maladies des yeux et des oreilles ; nous ne pouvons du reste, faute d'espace, analyser complétement les travaux de cette session et renvoyons le lecteur au *Progrès Médical* de 1875, et au compte-rendu officiel, indispensable à consulter surtout pour ce qui a trait à l'hygiène internationale. La publication de ce volume était une lourde tâche ; on ne peut que savoir gré à MM. les secrétaires de l'avoir menée à si bonne fin. Le prochain congrès international des sciences médicales aura lieu à Genève en 1877.

H. DE BOYER.

VARIA

Ecole du Val-de-Grâce.

Concours pour deux emplois de professeur agrégé à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires. (Décision du 5 septembre 1876.) Un concours s'ou-

vrira au Val-de-Grâce, le 15 janvier prochain, pour deux emplois de professeur agrégé à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires. Ces deux emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées : Médecine opératoire et appareils ; Anatomie topographique.

Les épreuves sont déterminées ainsi qu'il suit : 1° Composition écrite sur une question de pathologie chirurgicale tirée principalement des lésions observées aux armées ; 2° Préparation d'une région anatomique ; description de cette région ; indication des applications de pathologie interne ou externe et de médecine opératoire qu'ella comporte ; 3° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une lésion aiguë, l'autre d'une affection chronique. Un de ces deux malades sera choisi parmi ceux atteints d'une maladie des yeux, des oreilles ou du larynx ; 4° Pratique de deux opérations chirurgicales avec appréciation des méthodes et des procédés qui s'y rattachent; pansement ; applications de baudages et appareils. — Les deux premières épreuves seront éliminatoires.

En exécution de l'art. 6 du décret du 13 novembre 1852, ne pourront être admis à concourir que les médecins-majors des deux classes et les médecins aides-majors de 1re classe. — Les officiers de santé pourvus de l'un de ces trois grades qui désireront prendre part au concours, adresseront au Ministre une demande régulière, qui, sous peine de rejet, devra être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs. Cette demande sera transmise au Ministre par la voie hiérarchique avant le 1er décembre prochain, terme de rigueur.

Fermeture par moitié des pharmacies d'Orléans les dimanches et jours fériés. — A la suite de plusieurs réunions, où la question a été mûrement étudiée et sérieusement discutée, MM. les pharmaciens d'Orléans ont décidé de fermer, par moitié, leurs officines les dimanches et jours fériés.

De toutes les professions, celle de pharmacien est l'une des rares, sinon la seule, où le repos dominical ne soit pas observé. Par esprit de dévouement et pour obéir à un devoir moral et professionnel, sans que cependant aucune loi l'y oblige, le pharmacien reste en quelque sorte en permanence, jour et nuit à la discrétion des malades, afin de n'apporter de son fait aucun retard à leur soulagement ou à leur guérison ; ajoutez à ce travail de toutes les heures le lourd fardeau de la responsabilité qui pèse sur lui et qui l'empêche d'abandonner aux mains d'un élève, même pour un court espace de temps, la préparation des médicaments et la gérance de son établissement. Le suppléant le plus expérimenté, fût-ce un prédécesseur ou un confrère, ne saurait le soustraire à cette responsabilité et lui donner la quiétude à la fois morale et physique, dont il a besoin plus que tout autre peut-être. Ainsi s'explique la difficulté qu'éprouvent depuis longtemps les pharmaciens à recruter leur personnel. Il n'est point besoin d'insister longuement, pour justifier la détermination dont nous avons parlé et à laquelle nous donnons notre approbation, d'autant plus que le service des malades restera toujours assuré dans une large mesure.

Dans bien des cas, il est facile de prévoir ou d'ajourner les besoins de médicaments ; mais toutes les fois qu'il y aura urgence, on aura toujours et dans chaque quartier, un nombre suffisant de pharmacies ouvertes à tour de rôle; pour éviter des recherches trop longues on trouvera, à la porte des pharmacies fermées, le tableau de celles qui resteront ouvertes. (*Le Monde pharmaceutique*).

Le British museum. Dépenses. — Les directeurs du British museum viennent de publier le compte de la dépense de ce grand établissement depuis sa fondation, en 1753, jusqu'à la fin de 1875, pendant une période de près d'un siècle un quart. Les dépenses sont divisées en différents chapitres et donnent d'intéressants résultats.

Pour le personnel et les constructions, 3,621,731 livres sterling ; pour nouvelles constructions et réparations, 1,300,085 livres ; pour impôts et taxes, 41,472 livres. Les dépenses *pour le personnel seul* pendant la période entière, salaires, gages, pensions, police, se sont élevées à 1,473,987 livres. Cet article, pour l'année 1874-1875, a atteint la somme de 55,616 livres. Des dépenses du personnel et des constructions il faut déduire le coût des reliures, de la préparation et de l'impression des catalogues, travaux qui se font dans l'établissement, et 6,416 livres dépensées pour la publication d'impressions cunéiformes.

La somme comparativement faible déboursée pour la collection ellemême, forme contraste avec les sommes énormes en apparence, dépensées pour le personnel. Pendant la période correspondante, c'est-à-dire de 1753 à 1875, le montant total des achats a été de 1,070,934 livres, soit 26,773,350 fr., ou moins du tiers des dépenses d'entretien.

Les dépenses pour les antiquités, y compris les excavations, ont été en Assyrie de 18,108 livres; à Ephèse de la somme considérable de 377,633 livres. Les manuscrits figurent pour 120,032 livres; la musique, les cartes et les livres, pour 322,915 livres. Mais ces sommes sont loin de représenter la valeur intrinsèque de la collection, qui s'enrichit des dons faits par les particuliers; de plus, toutes les publications anglaises modernes sont données, sans frais, conformément à la loi, au British Museum. La vraie valeur de la collection est à peu près incalculable.

Faculté d'Alger. *Concours pour quatre places d'élèves internes en médecine et chirurgie.* — Un concours s'ouvrira à Alger, pour les internes en médecine et chirurgie, le lundi 6 novembre 1876. Les épreuves consistent en: 1° une composition écrite sur les généralités de pathologie interne ou externe (trois heures seront accordées pour cette épreuve). 2° une exposition orale pour laquelle, il sera accordé dix minutes, après un temps égal de réflexion. sur une question élémentaire d'anatomie ; 3e une épreuve orale et pratique sur la petite chirurgie et l'application des bandages ; 4° une épreuve orale sur les éléments de la matière médicale sur la pathologie et les incompatibilités pharmaceutiques.

Conditions d'admission. — Les candidats pour l'internat en médecine ou en chirurgie doivent être munis de quatre inscriptions prises devant une faculté ou une école de France ou d'Algérie. Les internes en médecine ne doivent être pourvus d'aucun diplôme qui leur donne le droit d'exercer la médecine. Cette clause est obligatoire pour toute la durée des fonctions.

Emoluments. Les internes sont nommés pour une durée de trois ans et entrent en fonctions le 1er décembre de l'année de l'examen. Le traitement est de 1,200 fr. pour ceux de 1re classe et de 1,000 fr. pour ceux de 2me classe. Une indemnité annuelle de 800 fr. est accordée aux internes provisoires. Les candidats prennent l'engagement formel de se soumettre à tous les règlements existants ou à intervenir. Les fonctions des internes consistent à assister les médecins traitants pendant la visite, faire les pansements, tenir les cahiers de visite et établir le relevé des médicaments. Ils sont en outre astreints à monter une garde de 24 heures à tour de rôle. Le nombre des internes titulaires est fixé à huit, celui des internes provisoires est illimité. Les candidats devront se faire inscrire personnellement, ou par écrit, au secrétariat de la commission administrative de l'hôpital civil, à Mustapha, au plus tard le 31 octobre 1876, et produire leur acte de naissance et un certificat de moralité ayant moins d'un mois de date. (*Alger médical*).

Mortalité a Paris. Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 7 septembre 1876, on a constaté 980 décès, savoir : variole, 6; — rougeole, 34; — scarlatine, 5; — fièvre typhoïde, 78; — érysipèle, 10; — bronchite aiguë, 28; — pneumonie, 36; — dyssenterie, 9; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 35;— *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 14;— croup, 14;—affections puerpérales, 2; — autres affections aiguës, 279; — affections chroniques, 375; dont 146 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 45; — cause accidentelles, 18.

Londres. — Population : 3,489.428 hab. — Décès du 27 août : au 2 septembre 1,288. — Variole, 8; rougeole, 11; scarlatine, 41; fièvre typhoïde, 6; érysipèle, 5; bronchite 70; pneumonie, 53; dysenterie, 1; diarrhée, 134; *choléra nostras*, 5; diphthérie, 1; croup, 7; coqueluche, 32.

Clinique d'accouchements. — M. Guéniot, suppléant, M. le professeur Depaul, commencera des leçons cliniques le mercredi 13 septembre, et les continuera les lundis et mercredis suivants.

Nominations. *Corps de santé militaire.* — MM. Ferraton et Cordier, médecins principaux de 1re classe, Blondeau, médecin-major de 1re classe viennent de prendre leur retraite. *Corps de santé de la marine.* — M. le pharmacien de 1re classe Roux, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite à titre d'infirmités incurables, contractées au service.

Congrès médical a Turin. — Un congrès médical se tiendra du 18 au 28 septembre à Turin. Il sera divisé en autant de sections qu'il y a de branches importantes dans la science. Il y aura en même temps une sorte d'exposition des différents objets relatifs à la médecine, produits exclusivement par l'Italie depuis les dernières années (*Courrier médical.*)

Nécrologie. — C'est avec un sentiment de profonde douleur que nous avons appris la mort bien rapide de notre confrère, Planque, membre titulaire non-résidant de la société de médecine du Nord, et médecin en chef de l'asile des aliénés de Lommelet. (*Bulletin médical du Nord.*)

La réforme économique; Tome IV, 5e livraison. Sommaire du numéro du 1er septembre 1876 : Les voies de communication entre le Sud de la Chine et la mer, par Girard de Rialle ; — La Question maritime, par Béléguic ; — La situation de l'enseignement primaire dans le département de la Seine, par Georges Lassez ; — La Théorie du libre-échange et le libre-échange à l'intérieur : Conclusion, par Menier ; — Les Propriétés de l'Etat français, par A. Buisson ; — Une Modification au Code de commerce, par Lucien Delabrousse ; — Miss Martineau et son œuvre dans l'ordre économique, par Paul Coq ; — Chronique économique : — Bibliographie : La Hongrie, par Léon Bourgeois : — La vérité sur les aliénés, par Charmetton ; — Bulletin économique ; — Bulletin politique.

Archives de physiologie normale et pathologique, publiées par MM. Brown-Sequard, Charcot, Vulpian. — Le n° 3 de juin 1876 contient les articles suivants : Anatomie microscopique de l'oviducte de la cistude d'Europe, par F. Latatte ; — Recherches chimiques et physiologiques sur l'écorce de Mançone (erythrophlœum guineense), et sur l'erythrophlœum coumiuga, par N. Gallois et E. Hardy ; — Recherches expérimentales sur le mode de formation et sur la structure des caillots qui déterminent l'hémostase, par A. Pitres ; — Note sur quelques points de la topographie du cerveau, par Feré ; — Note sur les altérations du foie consécutives à la ligature du canal cholédoque, par Charcot et Gombault ; — Deux observations d'épithélioma à cellules cylindriques des voies digestives, par Laveran ; — Note sur un cas de paralysie ascendante aiguë, par Dejerine et Gœtz ; — Paralysie générale, troubles trophiques cutanés, pemphigus. Lésions de la moelle et des extrémités nerveuses périphériques, par Dejerine. Un an : 20 fr.

4e ANNÉE. — N° 39 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 23 SEPTEMBRE 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. S. DUPLAY.

Syphilôme ano-rectal. — Retrécissement du rectum. — Diagnostic. — Pathogénie. — Traitement.

Recueillie par E. MAROT, interne du service.

Messieurs,

Une de nos malades nous fournit en ce moment l'occasion d'étudier une affection qui me paraît intéressante, surtout en raison de la période à laquelle il nous est donné de l'observer. Il s'agit d'une femme de 32 ans, vigoureuse, habituellement bien portante, qui a contracté la syphilis il y a 7 ans. L'infection constitutionnelle est indubitable, la malade a présenté l'éruption caractéristique, puis des plaques muqueuses à la vulve ; ses cheveux sont tombés. Elle suivit d'ailleurs à cette époque un traitement spécifique dans le service de M. Lailler. Au bout de 6 semaines environ elle sortit débarrassée complétement de ces premières manifestations.

Je tiens à vous faire remarquer dès à présent qu'elle n'a jamais eu de plaques muqueuses à l'anus, bien que cette localisation soit fréquente, chez les femmes surtout.

Aucun nouvel accident ne s'était produit depuis cette époque, lorsqu'il y a deux ans et demi environ, elle eut à se plaindre de quelques troubles de la défécation. La constipation devint permanente, et la malade remarqua bientôt du sang dans ses garde-robes. La gêne fonctionnelle du début ne tarda pas à augmenter et à s'accompagner de quelques douleurs en dehors même de l'acte de la défécation ; à mesure que la constipation se prononçait davantage, la malade remarquait son impuissance à retenir un liquide fétide, de couleur jaunâtre. Cet écoulement, évidemment constitué par une sécrétion morbide de l'intestin, témoigne de l'abolition, dès cette époque, de la contractilité du sphincter anal. Il a persisté jusqu'ici, et il se produit sous forme de fusées, au dire de la malade, sans qu'elle puisse en aucune façon l'éviter. Cependant l'état général s'est maintenu excellent, la menstruation est régulière, la malade n'est nullement amaigrie.

Constipation persistante, douleurs rectales, saignement lors de la défécation et enfin écoulement involontaire d'un liquide muco-purulent, tels sont, Messieurs, les symptômes principaux dont l'ensemble permet d'affirmer l'existence d'une lésion du rectum et, pour être plus précis, l'existence d'un rétrécissement de ce conduit. La conservation parfaite de la santé malgré cette affection, dont la date est ancienne déjà, semble indiquer de suite qu'il ne s'agit pas d'une production cancéreuse. Mais il ne faudrait pas s'empresser de conclure, et en pareil cas, il est indispensable de procéder à un examen direct au moyen du toucher rectal.

A l'état normal, une fois la résistance du sphincter vaincue, le doigt pénètre et manœuvre librement dans l'ampoule rectale dont vous connaissez les dimensions et la faculté de distension. Chez notre malade au contraire, le doigt reste partout à l'étroit et serré entre les parois d'une sorte de canal cylindrique, rigide, qui se prolonge aussi loin que l'on puisse atteindre, c'est-à-dire à 7 ou 8 centimètres de l'orifice anal. Dans toute cette étendue, les parois présentent, au lieu de leur souplesse et de leur laxité naturelles, une consistance analogue à celle d'un tissu fibreux épais et induré. On arrive, chez la femme, à une exacte appréciation de cet état par la combinaison du toucher rectal et du toucher vaginal. De cette manière en effet, on peut tenir entre deux doigts la cloison recto-vaginale et se rendre compte des modifications qu'elle a subies. Chez notre malade nous avons ainsi reconnu que cette portion de la paroi rectale est épaissie, indurée et légèrement douloureuse.

Toute la circonférence de l'intestin présente les mêmes caractères et nous avons vu que l'altération se prolonge dans une étendue de 7 centimètres au moins. Notez, Messieurs, qu'il n'existe en aucun point trace d'ulcération ni de bride cicatricielle. Cependant on constate une déformation assez caractéristique du revêtement muqueux de l'intestin à ce niveau. Sur toute la hauteur des parties coarctées, on peut sentir des colonnes verticales à peu près parallèles et partant de l'anus. Un certain nombre de renflements mamelonnés en forme de gros bourgeons, font saillie sous la muqueuse dans l'intervalle de ces colonnes. Je dois vous dire de suite que cette disposition constitue un caractère presque pathognomonique de la variété de retrécissement rectal dont notre malade est atteinte. Quelle est cette variété ?

Je vous rappellerai tout d'abord, Messieurs, que les coarctations rectales peuvent survenir à la suite de traumatismes divers ou consécutivement à la dysentérie ; il en est aussi de cancéreuses et de syphilitiques. Les traumatismes qui atteignent le rectum proviennent de chutes, de contusions directes ou de plaies par armes à feu. Nous laisserons de côté, pour le moment, certains traumatismes, volontaires, particuliers à la région, et dont je me réserve de vous parler dans un instant. Quant aux traumatismes accidentels, s'ils donnent lieu à une coarctation rectale consécutive, ils sont toujours accusés par les malades et l'on peut ainsi faire remonter l'affection à sa cause véritable. D'ailleurs le genre de lésion qui en résulte revêt des caractères spéciaux. Dans ces cas on trouve dans un point quelconque assez limité du rectum une bride saillante, quelquefois en forme de valvule. Il est rare que toute la circonférence de l'intestin soit comprise dans la rétraction cicatricielle. Ces retrécissements du reste ont toujours peu d'étendue en hauteur, sauf lorsque la bride est verticale et linéaire.

De même à la suite de la dysentérie. La lésion anatomique de cette affection est constituée par des ulcérations disséminées quelquefois sur toute l'étendue du gros intestin et qui ne peuvent se cicatriser sans produire une rétraction des parois à leur niveau. Dans ces cas les malades se souviennent toujours de la maladie qui a précédé les accidents de sténose intestinale. Ils ont eu des coliques accompagnées de diarrhée, de ténesme et d'écoulement sanguin. Le caractère des selles dysentériques et des douleurs surtout n'est pas facilement oublié par eux, et le chirurgien en est averti. Rien de semblable dans le cas qui nous occupe. D'ailleurs la disposition et surtout le siége du rétrécissement d'origine dysentérique diffèrent de ce que nous observons ici. Les lésions de la dysentérie se trouvent le plus souvent sur le côlon et à l'S iliaque ; et lorsque le rectum est atteint, le retrécissement se prolonge souvent très-haut et remonte dans l'S iliaque.

Dans le rétrécissement rectal de nature cancéreuse, on peut voir, comme chez notre malade, l'affection débuter d'une façon insidieuse, c'est là un point commun. Mais les caractères objectifs ne sont pas ceux que nous observons ici. Chez elle en effet la coarctation s'étend sur une longueur de 7 à 8 centimètres sans interruption de continuité et sur toute la circonférence de l'intestin. Or, le cancer du rectum n'occupe jamais une étendue pareille et, s'il arrive à envahir de proche en proche toute la circonférence de l'intestin à un niveau donné, ce n'est qu'après avoir débuté sur un point limité de la muqueuse, car il s'agit ici le plus ordinairement de tumeurs épithéliales.

Lorsque l'épithélioma figure ainsi un anneau complet, il constitue déjà d'ordinaire une masse ulcérée. L'ulcération survient en effet d'assez bonne heure sur les tumeurs épithéliales, tandis que nous avons constaté

par le toucher, vous vous le rappelez sans doute, une intégrité parfaite de la muqueuse. D'autre part, l'état général de notre malade exclue absolument l'idée d'une diathèse cancéreuse assez avancée pour avoir eu le temps de produire les désordres locaux constatés tout à l'heure.

Vous le voyez, Messieurs, cette élimination successive nous laisse en présence de l'hypothèse d'un rétrécissement syphilitique. Or notre malade est syphilitique, vous le savez déjà ; aussi la discussion que nous venons de faire pourrait paraître inutile, si la recherche de la diathèse était la condition principale d'un diagnostic en pareille matière. Loin de là, le diagnostic des affections de cette nature doit vous être familier sans qu'il vous soit besoin d'avoir à tenir compte des antécédents avoués par les malades. Quand il s'agit de syphilis, les renseignements sont difficiles à obtenir exacts. Il est bon de ne pas compter sur eux pour s'éclairer. Dans le cas particulier, j'ai voulu vous montrer que les caractères objectifs de la lésion en elle-même permettent, en dehors de tout commémoratif, d'affirmer son origine syphilitique.

Presque tous les auteurs, Messieurs, s'accordent pour admettre l'existence d'un rétrécissement dit syphilitique du rectum, mais pour quelques-uns ce rétrécissement bien que d'origine vénérienne, n'est pas syphilitique. Je m'explique. D'après leur interprétation, la coarctation ne peut reconnaître que trois origines dont aucune n'est syphilitique : la blennorrhagie rectale, les chancres mous phagédéniques propagés à la muqueuse, et enfin les désordres traumatiques résultant d'habitudes pédérastiques. C'est là ne pas vouloir tenir compte des exemples bien avérés, et le nôtre est de ceux-là, de rétrécissements survenus sans cause occasionnelle, chez des individus syphilitiques.

Bien au contraire, on ne doit reconnaître comme cause de coarctation ni la blennorrhagie rectale, ni les violences dont nous avons parlé. Les médecins qui ont pu le mieux observer un grand nombre d'individus livrés à ces influences, et je dois citer, en particulier, M. Fournier, n'ont jamais vu le rétrécissement rectal en être la conséquence ; il en résulte bien plutôt une dilatation qui s'explique de reste. L'existence du rétrécissement syphilitique est donc établie et doit être acceptée, mais les opinions diffèrent au point de vue de l'interprétation pathogénique. M. Gosselin a le mérite d'avoir formulé le premier une théorie pour expliquer le processus dont résulte la coarctation rectale chez les syphilitiques. Dans un mémoire publié en 1854 (*Arch. gén. de médecine*), il retraçait alors très-complétement les caractères cliniques de cette affection à peine décrite avant lui.

Au point de vue de la pathogénie, les idées de M. Gosselin étaient les suivantes, et je cite textuellement : « Pour » moi, la maladie est syphilitique, mais elle n'est pas, » comme on le croit généralement, l'expression de la dia- » thèse syphilitique, il s'agit là, à mon sens, d'une forme » d'affection syphilitique que les auteurs n'ont pas dénom- » mée, qui n'est ni l'accident primitif, ni l'accident consti- » tutionnel, et qui n'est autre qu'une lésion locale ou de » voisinage, due à une modification toute spéciale de la » vitalité dans les tissus contaminés par le virus chan- » creux. »

Il est évident, Messieurs, qu'on ne peut dégager de ces termes un peu vagues aucune notion exacte relativement à la nature du rétrécissement dit syphilitique du rectum.

On est arrivé depuis à une conception beaucoup plus nette, et probablement exacte, de la pathogénie de ce rétrécissement.

A l'heure actuelle, deux théories sont en présence. Les uns, tout en admettant que le rétrécissement procède de la syphilis, ne le conçoivent que survenant par l'intermédiaire obligé d'une lésion préalable : chancre induré, gomme ou ulcération tertiaire. Ils s'appuient sur ce fait parfaitement exact que de pareilles lésions ne peuvent se réparer qu'au prix d'une rétraction fibreuse. La réparation cicatricielle d'un conduit organique en particulier entraîne toujours un étranglement plus ou moins prononcé de son calibre. Mais vous devez savoir que ces diverses manifestations sont excessivement rares sur la muqueuse rectale, puisqu'on en cite à peine un exemple ou deux.

D'autre part, ces manifestations existeraient-elles, elles ne pourraient jamais entraîner que des rétractions partielles, limitées à un point du rectum, formant de simples brides ou valvules. A la rigueur ce seraient bien là des rétrécissements, mais combien différents du rétrécissement syphilitique ordinaire comme est, par exemple, celui que nous observons en ce moment....

Chez notre malade, le conduit est transformé en une filière longue de plusieurs centimètres, à parois épaissies et indurées. Dès lors, il est bien évident que ce rétrécissement syphilitique ne procède ni d'une ulcération, ni d'une simple gomme, si étendues qu'on puisse les concevoir. En résumé, ce dernier mode de production n'est pas à rejeter d'une façon absolue, mais on peut affirmer qu'il ne s'applique ni à la généralité des faits, ni à notre malade en particulier.

Pour ces raisons, la seconde des théories en présence me paraît devoir être acceptée plutôt comme l'expression de la vérité. D'après cette conception, on regarde le rétrécissement cylindrique et étendu du rectum, accompagné d'épaississement régulier et d'induration des parois, comme un accident constitutionnel ayant en quelque sorte son individualité propre. Le syphilôme ano-rectal, comme on le nomme, serait une production localisée dans les parois rectales au même titre que l'hépatite interstitielle syphilitique résulte d'un dépôt spécifique dans le parenchyme du foie et l'orchite syphilitique d'un dépôt semblable dans l'albuginée et le parenchyme testiculaire. Il est parfaitement admis, vous le savez, que dans ces cas le tissu cellulaire, au sein des organes atteints, est envahi par une néoplasie d'origine syphilitique, procédant en quelque sorte par une infiltration graduelle, pour aboutir en définitive à la rétraction, tendance commune des tissus de cette provenance. Cette théorie développée par M. Godebert, dans sa thèse (1873), et par notre collègue, M. Fournier, dans les leçons professées à l'hôpital de Lourcine en 1874, concorde exactement avec l'observation clinique, mais il lui manque encore la consécration de l'examen histologique, car, jusqu'à présent, les autopsies ont porté sur des syphilômes rectaux arrivés à la période de rétraction complète ou tout au moins avancée.

Le processus d'infiltration plastique admis en principe, Messieurs, il reste à expliquer sa localisation relativement fréquente à l'extrémité du tube digestif. On doit évidemment rattacher cette localisation aux causes d'irritation dépendant de l'acte de la défécation. Chez la femme, d'autres causes viennent s'ajouter à cette dernière, et peuvent rendre compte de la fréquence beaucoup plus grande de la maladie dans ce sexe. Chez elle, en effet, outre la constipation si habituelle, la menstruation, le coït, entretiennent des troubles irritatifs au voisinage du rectum. Vous pouvez y joindre l'influence des accouchements, qui peut jouer son rôle également.

En somme, et toute question d'interprétation pathogénique mise à part, vous reconnaîtrez que le syphilôme ano-rectal, et le rétrécissement qu'il entraîne, sont d'un diagnostic relativement facile. Nous avons vu que chez notre malade, l'infiltration plastique date de deux ans et demi ; la rétraction commence seulement à devenir inquiétante, et le rétrécissement n'est encore que relatif, bien que les troubles fonctionnels soient déjà pénibles.

Que deviendrait le mal abandonné plus longtemps à lui-même ? Il est facile de le prévoir, Messieurs, la coarctation se prononcerait de plus en plus, sans toutefois gagner en hauteur. Nous serions bientôt en présence d'un rétrécissement très-serré comme en portent d'habitude les malades au moment où ils viennent consulter. C'est à peine si l'on peut alors y introduire une sonde de petit calibre. Mais ici nous assistons actuellement au début de la rétraction, et c'est précisément ce qui rend intéressant l'exemple que nous venons d'étudier.

Le rétrécissement lui-même entraîne à sa suite des accidents plus graves encore et que nous devons nous efforcer d'éviter à notre malade, je veux parler des ulcérations et des perforations du rectum au-dessus du point coarcté. Vous savez en effet, Messieurs, que dans la plupart des conduits oblitérés, au rectum en particulier, la rétention produit lentement une dilatation sacciforme au-dessus du point rétréci. Ce sac peut s'ulcérer, se perforer même. Il en résulte des trajets et des fistules qui viennent s'ouvrir au pourtour de l'orifice anal. Dans ces cas, l'intervention chirurgicale active peut seule sauver les malades. Dans notre cas particulier, nous devons nous en tenir pour le moment au traitement local et général : plus tard il n'en est plus temps. Pour le syphilôme qui nous occupe, aussi bien que pour tous les autres néoplasmes de cette même origine aboutissant à des lésions fibreuses ou osseuses, le traitement spécifique n'a de prix que s'il les surprend à la période transitoire de leur évolution, avant leur transformation en tissus fixes de l'économie. Ceux-ci en effet, une fois organisés, ne rétrogradent jamais. C'est pour cette raison sans doute qu'ont pu être guéris quelques malades traités par M. Guérin et par M. Fournier. Vidal de Cassis a obtenu un succès également dans un cas semblable, à l'aide du traitement spécifique général employé seul. Je crois que l'oubli des moyens locaux et des topiques est une faute.

L'action mécanique des mèches et plus tard des canules rectales employées avec prudence, ajoute certainement aux chances de résorption du produit morbide, et entrave dans une certaine mesure sa rétraction. C'est ainsi que vous m'avez vu tout à l'heure introduire une mèche enduite de pommade iodurée dans toute l'étendue du passage rétréci. Je me propose d'employer successivement la pommade à l'iodure de potassium et l'onguent napolitain, et j'en espère un résultat favorable. Il ne faut pourtant rien exagérer ni compter sur une guérison complète ramenant dans leur intégrité les propriétés de l'organe, si nécessaires à son fonctionnement régulier, l'élasticité et la contractilité. A ce point de vue, le mal est presque irréparable.

Il est permis du moins d'espérer que l'épaississement et l'induration diminuant, la fonction sera moins entravée pour le présent, moins compromise pour l'avenir.

PATHOLOGIE INTERNE

Essai sur la pathologie des névralgies;

Par le Dr **OUSPENSKY** (de Saint-Pétersbourg).

Ayant expliqué ainsi les symptômes cardinaux des névralgies, nous pouvons passer à leur *thérapeutique*.

En analysant les symptômes caractéristiques des douleurs névralgiques, nous avons remarqué que notre théorie touchant la base de la névralgie, avant d'être constatée par l'anatomie pathologique, doit être contrôlée par une thérapeutique fondée sur ses bases. Voyons maintenant de quelle manière se rapportent aux névralgies les moyens qu'on y a proposés.

Brièvement notre théorie peut être conçue ainsi : *la base de chaque névralgie est l'irritation du bout central (cellules nerveuses) du nerf affecté, irritation qui est provoquée par des produits d'activité nerveuse, qui se forment sans cesse, et dont la résorption est devenue plus difficile par cause d'affaiblissement plus ou moins intense du tonus des vaisseaux.*

Suivant cette théorie, il faut donc tâcher d'éloigner au plus vite ces influences nuisibles qui, agissant sur les nerfs sensitifs, provoquent l'irritation dans les cellules nerveuses. Il suffit quelquefois de remplir cette indication causale pour la cure radicale de la névralgie, comme le démontrent fort bien les résultats favorables des névrotomies et neurectomies; mais cela n'arrive pas toujours. Il y a des névralgies qui persistent malgré l'ablation des causes déterminantes, se continuent ou bien apparaissent bien vite après l'opération. D'après nous, cela peut être expliqué par ce fait, que les cellules nerveuses peuvent être provoquées à l'activité non-seulement par ces nerfs sensitifs, qui se terminent dans ces derniers, mais aussi bien par des impressions qui viennent des cellules nerveuses voisines, en sorte qu'après l'éloignement de la cause produisante, l'irritation déjà existante dans les cellules nerveuses sera toujours soutenue par des impressions qui viennent des cellules voisines. En acceptant une telle explication nous comprendrons pourquoi dans les cas de Nussbaum et Bardeleben, les névralgies des 2e et 3e rameaux du nerf trijumeau ont disparu après la section du 1er rameau qui n'était pas affecté, tandis que la neurotomie des rameaux affectés n'apporta aucune aide. D'après moi, ces faits peuvent être compliqués par cela qu'après la section des rameaux attaqués, l'origine du trijumeau recevait les impressions de l'activité du 1er rameau, et seulement après la section de ce dernier, l'activité nerveuse dans le centre cessa, et en même temps aussi la formation des produits de la métamorphose dont l'accumulation, comme nous l'avons vu, provoque la douleur. Ces opérations sont seulement possibles sur les nerfs sensitifs, mais avec les nerfs mixtes c'est impossible, car la section d'un des nerfs mène à sa suite la paralysie. Dans ces cas, il pourrait être de quelque utilité de pratiquer l'extension des nerfs proposés par Nussbaum qui, envisagé théoriquement, produit une forte secousse des cellules nerveuses.

Dans les cas où l'exécution de l'indication causale ne donne aucun résultat, aussi bien que dans les cas où la cause produisante reste inconnue, nous devons nous tenir dans la thérapeutique à l'indication morbide qui d'après nous, consiste dans les données suivantes : 1) il faut abaisser la sensibilité outrée du système nerveux ; 2) hausser le tonus affaibli des vaisseaux par raison de quoi l'absorption sera plus énergique, et il n'y aura plus accumulation des produits de la métamorphose. Pour remplir la première partie de l'indication, on emploie les remèdes suivants : 1) Le froid et la pression, dont l'action thérapeutique peut être expliquée par cela que, sans doute, ils affaiblissent la conductibilité des nerfs. 2) Les narcotiques agissent sous ce rapport beaucoup plus énergiquement ; en les employant méthodiquement, surtout endermiquement, d'après Eulenburg, on peut arriver à des cures stables des névralgies, surtout nouvellement développées. D'après cet auteur, l'action thérapeutique de narcotiques peut être expliquée par cela qu'ils affaiblissent l'excitation qui arrive jusqu'au cerveau, car les injections, par leur action locale, abaissent directement la conductibilité des nerfs périphériques. 3) Nous avons dit plus haut que la sensibilité augmentée du système nerveux dépend de son insuffisante nutrition ; en sorte que l'amélioration de la nutrition présente une *conditio sine quâ non* dans la thérapeutique des névralgies. Il est bien probable que, se fondant sur cela, on administre dans les névralgies des eaux ferrugineuses et des préparations de fer, dont l'action sur les sujets anémiques est quelquefois éclatante. A cette catégorie appartiennent aussi sans doute les bains de mer et autres différents moyens hygiéniques.

Mais quelquefois, malgré tous ces moyens, on ne parvient pas au résultat, surtout si la cause produisante n'est pas anéantie. Alors l'amélioration de la nutrition sera toujours affaiblie par l'irritation et par conséquent par la désorganisation de la nutrition. En ce cas, il faut raffermir le tonus affaibli des vaisseaux. On peut ici employer la quinine, caféine et autres moyens semblables, de l'utilité desquels on ne peut douter nullement dans les névralgies récentes. Il faut ranger, dans cette catégorie, les vésicatoires, qu'on n'oublie pas maintenant, et qu'on employait fort souvent autrefois. Leur action, dans les névralgies autrefois si incompréhensibles, est devenue claire après qu'il fut démontré qu'il existe une influence réflexe de l'irritation cutanée sur l'activité du cœur et sur le tonus des vaisseaux.

Mais l'influence la plus puissante sur le tonus des vais-

(1) Voir les nos 36 et 37.

seaux, apportent incontestablement à l'électricité sous forme de courant induit et principalement constant. On ne peut douter de l'utilité de ce dernier dans les névralgies, même dans les cas invétérés. En sorte que j'ai uniquement, par l'emploi du courant constant de la pile, guéri en six semaines une névralgie cervico-occipitale qui a duré vingt-deux ans. Un autre malade qui a été présenté par moi à la Société des médecins russes, étant tombé d'un fiacre, contracta une névralgie du 1er rameau du trijumeau, qui le tourmenta trois ans. La médication interne fut employée et sans aucun succès, on fit même deux neurectomies, qui n'allégèrent pas ses maux. Après un emploi durant deux semaines du courant constant, la névralgie cessa pour les deux mois derniers. Ayant en vue ces résultats, chacun pensera à une modification électrotonique du nerf durant l'action du courant constant; mais cela ne peut être expliqué de cette manière, car, dans les deux cas, j'adaptai à la partie malade le pôle négatif, qui devrait augmenter la sensibilité. Mais malgré ce fait particulier, l'utilité du courant constant dans les névralgies ne peut être expliquée par des modifications électrotoniques des nerfs, où ces dernières ne durent que peu de temps, pas plus de 5 minutes après la rupture du courant; il s'en suit que l'action calmante du courant constant dans les névralgies ne peut être expliquée par son action électrotonique. Il est plus probable que, sous l'influence du courant constant, surtout du pôle négatif, le tonus des vaisseaux se raffermit, et par cela s'agrandit la résorption des produits de la métamorphose qui, ne s'accumulant plus, ne donnent pas naissance à un accès névralgique. On peut très-facilement se persuader que le tonus des vaisseaux sous l'influence du courant constant se raffermit; en opposant le pôle négatif sur la carotide et observant la circulation dans l'œil, on remarque que les vaisseaux de ce dernier commencent à présenter une forte pulsation. Il faut encore ajouter que, dans certaines formes de névralgies, surtout récentes, le courant induit donne de meilleurs résultats que le constant, quelquefois c'est le contraire que nous voyons. D'après moi, la différence de l'action dépend d'une altération plus ou moins intense du tonus des vaisseaux. *Plus la paralysie des nerfs vaso-moteurs est intense, plus on a droit d'espérer de bons résultats de l'action du courant constant dans la thérapeutique des névralgies, et vice versa.* Cela dépend de ce que les muscles dérivés de l'influence de nerfs réagissent sur l'action du courant, seulement quand ce dernier présente une certaine durée, aux irritations momentanées (courant induit), un tel muscle ne donne pas de réaction. Nul ne doute aujourd'hui de ce fait, qui nous explique pourquoi, dans les névralgies invétérées, surtout dans celles qui présentent un type de rémission, c'est-à-dire où on a lieu de voir une altération considérable dans les muscles des vaisseaux, le courant constant est beaucoup plus utile que l'induit, de même que cela a lieu dans la thérapeutique des névralgies périphériques intenses. Je finis la critique des moyens proposés contre la névralgie. On peut apercevoir que les moyens reconnus empiriquement comme utiles dans la thérapeutique des névralgies, non-seulement ne contredisent pas ma théorie, mais bien au contraire, la confirment, par raison de quoi j'ose la proposer à l'attention des médecins.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Faculté de médecine. — M. CHARCOT.

XXIIe Leçon. — De la Cirrhose vulgaire.

(Résumé de la leçon du 16 juin).

Messieurs,

Je traiterai aujourd'hui de la cirrhose vulgaire. Son histoire [illegible] de la cirrhose [illegible] avec [illegible] paraîtront peut-être aride, [illegible], je l'espère [illegible] plus d'intérêt que de la comparaison de ces deux formes ressortira un contraste plus frappant.

Un mot, d'abord, sur la nomenclature et la synonymie, car il importe avant tout d'être bien fixé sur les termes. *Cirrhose*, vous le savez, vient de κιρρος, qui veut dire *jaune*, *jaune roux*. Il faut donc, remarquez-le en passant, éviter d'écrire *cyrrhose*, à l'instar de quelques auteurs. Cruveilhier a proposé le nom de *foie granuleux*, comme synonyme de cirrhose. L'état granuleux du foie est, en effet, un des phénomènes anatomiques les plus saillants, les plus faciles à saisir. — Les Anglais appellent souvent le foie granuleux *Hobnailed liver*, quand les granulations sont volumineuses, *granulated liver*, quand elles sont petites. Le mot *hobnail* désigne un clou à grosse tête; *hobnailed* voudrait donc dire littéralement garni de gros clous, comme le sont les souliers des paysans. Les Anglais appellent aussi le foie granuleux *gindrinker's liver*, expression que quelques médecins français ont traduite par *cirrhose alcoolique*.

C'est que, en réalité, Messieurs, la cause principale, fondamentale, de l'altération du foie dont je parle paraît être l'abus des boissons alcooliques. Afin de vous donner une idée des relations étroites qui existent entre la cirrhose et l'alcoolisme je ne saurais mieux faire que de citer une statistique récente due à M. Dickinson. Sur 149 hommes exerçant une profession dans laquelle on s'occupe à un titre quelconque, des boissons alcooliques, 22 ont été atteints de cirrhose (1); sur 149 individus n'appartenant pas à la catégorie précédente, 8 seulement ont été affectés de cirrhose. Contre l'influence présumée exclusive de l'alcool, on a souvent invoqué des cas de cirrhose très-accentuée, observés à une époque de la vie où l'alcoolisme est rare, chez les enfants. Or, chacun sait que l'enfance elle-même n'est pas, surtout dans certains pays, à l'abri des excès alcooliques: ainsi, dans un cas rapporté par M. Wilkes, il s'agissait d'une petite fille de 8 ans, qui buvait chaque jour une demi pinte de *gin*; à son autopsie, on trouva le *hobnailed liver*. Niemeyer a rapporté, d'après M. Wunderlich, deux cas du même genre concernant deux sœurs âgées l'une de 10 ans et l'autre de 12.

Mais, malgré tout, il ne faut pas ignorer que l'on connaît un certain nombre de cas où l'alcoolisme n'était pas en jeu (1). Aussi la dénomination de *cirrhose alcoolique* en tant qu'on l'emploierait à désigner la forme d'altération du foie dont il s'agit ne doit-elle pas être prise au pied de la lettre. Toutefois, il paraît établi que l'alcoolisme intervient beaucoup plus fréquemment dans la production de cette cirrhose du foie que dans celle du rein granuleux ou cirrhose rénale laquelle, fort souvent, échappe à cette étiologie. Ainsi d'après la statistique de M. Dickinson, sur 250 cas de dégénération granuleuse du rein, 37 fois seulement le foie était en même temps cirrhosé; soit une fois sur sept. Il résulte, d'ailleurs, de tous ces chiffres que le foie est beaucoup plus exposé à l'alcool que ne l'est le rein, ce qu'on pouvait prévoir d'ailleurs d'après la différence des relations que présentent ces organes avec le système vasculaire.

Je crois opportun maintenant d'entrer dans quelques considérations historiques, qui, je l'espère, ne vous paraîtront pas hors de propos. C'est incontestablement Laennec qui, le premier, a bien distingué et bien décrit la cirrhose: voilà un point d'historique qui nous intéresse particulièrement, nous autres Français. A la vérité, Laennec n'a pas consacré à la cirrhose un paragraphe spécial, mais seulement quelques passages de son *Traité d'auscultation*, publié en 1819. Le plus important de ces passages est placé dans la seconde partie de ce traité, (section IV, chap. Ier, art. 6, obs. XXXV). Il est question à cet endroit d'un cas de pleurésie avec hémorrhagie, compliqué d'ascite et de maladie organique du foie. A l'autopsie, Laennec écrit qu'on trouva « le foie réduit au tiers de » son volume, caché dans la région qu'il occupe et qu'il parut » composé à la coupe d'une multitude de grains de la grosseur » d'un grain de chènevis ou de millet, de couleur fauve ou » jaune roux. »

En note, il dit: « C'est là une espèce de production qu'on » appelle squirrhe. Je la désignerai sous le nom de cirrhose à » cause de sa couleur. Son développement dans le foie est une » des causes les plus communes de l'ascite. Le foie est tou- » jours atrophié quand il contient des *cirrhoses*. »

Jusqu'ici tout est exact, à part le dernier point trop absolu. Mais Laennec commet une erreur quand il écrit que « cette » espèce de production se développe aussi dans d'autres or- » ganes et finit par se ramollir comme toutes les productions

(1) Voir les numéros 13 à 3[illegible]

(1) *Saint-Georges Hosp. Reports*...

(1) Un cas de ce genre observé par M. Griff[illegible] chez un enfant de 10 ans est consigné dans les Transactions de la Société pathologique de Londres. 7 décembre 187[illegible].

» morbifiques. » On sait pertinemment aujourd'hui, qu'il n'en est pas et qu'il ne saurait en être ainsi.

Peut-être, avant Laennec, Bichat avait-il connu les caractères fondamentaux de la cirrhose (1). En tout cas, les indications de Laennec sont antérieures à la publication des *Reports of cases* de Bright (1827), dans lesquels cet auteur étudie l'ascite dans ses rapports avec les maladies des reins.

Ainsi, c'est en France que la cirrhose a été pour la première fois anatomiquement et cliniquement déterminée ; par contre c'est en Angleterre qu'ont été entreprises les premières études de l'altération à l'aide des instruments grossissants. Vous avez vu Laennec admettre que la cirrhose est une production *hétéromorphe*. Kiernan, le premier, en 1836, a montré que l'apparence granuleuse résulte de ce que les lobules hépatiques, dont la texture est plus ou moins modifiée, sont enserrés dans une gangue conjonctive hypertrophiée. Les travaux de Carswell (*Atlas*, 1838) et de Halleman (Berlin, 1839), puis, en France, ceux de M. Gubler doivent être ensuite comptés parmi ceux qui ouvrent, pour l'anatomie de la cirrhose, l'ère des observations anatomo-pathologiques délicates.

L'histoire de la cirrhose hypertrophique est, par contre, vous le savez, de date beaucoup plus récente. C'est en 1849 et 1851 que Requin a appelé l'attention sur l'hépatite interstitielle avec hypermégalie sans songer d'ailleurs à la séparer de la cirrhose de Laennec, bien qu'il eût reconnu que l'hypertrophie peut persister jusqu'à la mort, malgré la longue durée du mal. C'est en 1871 seulement que M. Paul Ollivier (1), se fondant surtout sur les caractères cliniques, a émis l'avis qu'il existe une forme de cirrhose hypertrophique qui persiste telle quelle jusqu'à la mort et doit être par conséquent, séparée à l'état de maladie autonome, de la cirrhose commune. Mais ce sont les travaux tout récents de MM. Cornil, Hayem et Hanot qui nous ont fait connaître les caractères anatomiques propres à cette forme de cirrhose, en particulier l'altération spéciale des voies biliaires, et c'est au dernier de ces auteurs, M. Hanot, que revient l'honneur d'avoir présenté dans une bonne monographie le tableau caractéristique de la maladie, fondé sur l'intime rapprochement des données anatomo-pathologiques et cliniques.

La *cirrhose hypertrophique*, quant à présent, peut passer pour une maladie rare ; il est fort probable qu'elle deviendra plus commune à mesure que les caractères qui la distinguent auront été vulgarisés. Mais, pour ce qui est de la *cirrhose de Laennec*, du *foie granuleux*, que nous allons nous attacher à décrire maintenant, c'est, au contraire, une maladie des plus vulgaires. D'après Budd, il n'est pas d'autre maladie du foie plus commune en Angleterre. C'est aussi, sans conteste, un des états pathologiques que le clinicien, dans notre pays, est le plus souvent appelé à observer. A ce titre, déjà, elle mérite toute votre attention.

Avant d'entrer dans le détail, il sera utile, je pense, Messieurs, de vous présenter quelques-uns des traits fondamentaux de la *cirrhose de Laennec*. Cette esquisse nous servira en quelque sorte de définition. Une définition n'est d'ailleurs au fond, le plus communément, suivant la remarque de Diderot et d'Alembert, qu'une description en raccourci.

1° Or, anatomiquement, vous le savez, il s'agit, ici, d'une inflammation scléreuse interstitielle ; le tissu conjonctif tend à se substituer aux éléments spécifiques de la glande. C'est là un caractère appartenant au groupe tout entier. Mais voici un signe distinctif. Tandis que dans la cirrhose hypertrophique avec ictère, l'hyperplasie conjonctive a pour effet d'accroître toutes les dimensions de l'organe, dans le cas de la cirrhose vulgaire, en conséquence de la rétraction progressive que subit le tissu fibroïde, les dimensions du foie diminuent, en même temps qu'il se trouve divisé en un nombre considérable de petites masses sphériques ou ovoïdes que l'on est convenu de désigner sous le nom de *granulations*. (*Cirrhoses* de Laennec.)

2° Un point que presque tous les auteurs s'ingénient à faire ressortir, c'est le rôle pathologique prédominant que paraît jouer le système porte hépatique dans la production de ces altérations. Il est en quelque sorte comparable à celui que, dans le cas de la cirrhose hypertrophique, nous avons été conduit à attribuer au système des canalicules biliaires interlobulaires. De même que la lésion systématique de ces canaux domine l'histoire pathogénique des [illegible] de la cirrhose hypertrophique, de même [illegible] branches intra-hépatiques de la veine porte serait l'origine des lésions hépatiques de la cirrhose vulgaire.

3° C'est, du reste, si l'on peut ainsi dire, autour de cette phlébite porte intra-hépatique dont nous aurons plus loin à déterminer les caractères — que semble graviter toute la symptomatologie du foie granuleux. La stase veineuse abdominale, qui en est un phénomène concomitant nécessaire, tient sous sa dépendance la congestion gastro-entéritique, les hémorrhagies gastro-intestinales, l'ascite, l'un des accidents principaux dans l'espèce et qui, au contraire, fait défaut dans la cirrhose hypertrophique où le système porte n'est intéressé que d'une façon tout à fait accessoire. Enfin, je vous rappellerai que l'ictère qui entre dans la caractéristique de cette dernière affection, manque dans la cirrhose atrophique où les lésions des canalicules biliaires sont absentes ou tout au moins, dans la règle, n'exercent qu'une action effacée. (*A suivre.*)

(1) Dernier cours d'anatomie pathologique [illegible] par Béclard [illegible] par l'[illegible] en 1[illegible]. — Consultez également l'ouvrage de MM. Cornil et Ranvier.

(1) *Union médicale*, 1871.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Les Pancartes.

L'innovation apportée à la rédaction des billets de salle des hôpitaux a fait quelque bruit dans la presse politique, et M. le directeur de l'instruction publique, M. de Nervaux, a cru devoir adresser au *XIXe Siècle*, en se plaignant de la violence et de l'injustice de son attaque, la rectification suivante :

Un article publié dans le numéro du journal le *XIXe Siècle* du vendredi 15 septembre 1876, et signé de Francisque Sarcey, représente l'administration de l'Assistance publique comme ayant été uniquement inspirée par des préoccupations religieuses, dans l'instruction qu'elle a adressée aux directeurs des hôpitaux pour la rédaction du billet de salle placé sous forme de pancarte au-dessus du lit de chaque malade.

L'auteur de cet article s'est complètement trompé dans ses appréciations.

Tout d'abord, cette instruction, qui contient beaucoup d'autres choses que celles relevées par l'article du journal, n'a fait qu'uniformiser une pratique suivie dans tous les hôpitaux, mais de manières différentes, souvent diffuses, et dans un ordre qui laissait à désirer.

Cette instruction a eu surtout en vue d'assurer à chaque malade son entière liberté de conscience.

En effet, les ministres des différents cultes sont admis à visiter leurs coreligionnaires, des dames charitables accréditées et de religions diverses ont accès dans les hôpitaux : Il importait donc de désigner par un signe connu de ces personnes les malades qu'elles doivent exclusivement entretenir.

L'Administration s'est uniquement proposé d'empêcher les confusions qui pourraient se produire et exposer les malades à des questions indiscrètes ou blessantes pour leurs croyances, lorsqu'un visiteur s'adresserait à l'un d'eux professant un culte différent du sien.

Il est évident qu'un signe permettant à première vue aux personnes initiées de reconnaître qu'elles peuvent en toute sûreté apporter leurs secours et leurs consolations à un corréligionnaire est une mesure de convenance et d'utilité indiscutable ; cette mesure assure même aux malades dont la pancarte ne porterait le signe distinctif d'aucune religion une indépendance complète puisqu'elle ne les expose point à des sollicitations gênantes.

Quant aux allégations relatives à des différends qui s'élèveraient entre les chefs du corps médical, les aumôniers et les sœurs, l'Administration, qui n'a reçu jusqu'à ce jour aucune plainte à ce sujet, croit devoir leur opposer le démenti le plus formel.

Il serait de mauvais goût, après ces affirmations, de contester les intentions de l'Assistance publique, et, pour notre part, nous restons persuadé que dans ses bureaux on n'a songé qu'à prévenir des confusions regrettables et à régulariser un détail administratif. Cependant il est permis de croire que si l'esprit de prosélytisme n'a pas, sous couleur d'amélioration, inspiré la nouvelle mesure, il en a profité pour augmenter son influence, en introduisant dans les pancartes des mentions inexplicables au point de vue purement administratif. Si l'on avait dit à la direction de l'Assistance que l'inscription sur la pancarte de tel ou tel renseignement aurait pour but, ou tout au moins pour résultat, d'exercer une pression sur l'esprit des malades, il se serait à coup sûr refusé à l'autoriser, tandis qu'en la lui

présentant comme un moyen de faciliter le travail administratif, on était sûr d'enlever son adhésion.

Ce qui nous fait croire, surtout après les explications de M. de Nervaux, que dans cette affaire la bonne foi de l'administration a été surprise, c'est la nature de certaines mentions nouvelles auxquelles ces explications ne s'adaptent guère. Par exemple, nous cherchons vainement de quelle utilité sera pour l'administration le renseignement auquel est destinée la case n° 2 : elle doit servir à l'aumônier qui indiquera par une initiale que le malade a reçu les sacrements. Quel besoin administratif y a-t-il à savoir que tel malade pratique régulièrement ou que tel autre est mort déconfés ? Et la case n° 4, prévue pour conjurer la volonté du malade de changer de religion, à quel intérêt administratif satisfait-elle ? En quoi ces deux cases répondent-elles aux intentions de l'Assistance exprimées par M. de Nervaux ; assurer à chaque malade son entière liberté de conscience?

S'il ne s'agissait que d'éviter des erreurs d'adresse dans les exhortations pieuses et les obsessions charitables, sans case, sans signe connu des initiés, il suffirait d'un peu de tact de la part des divers ministres des cultes et des visiteurs autorisés. En les supposant dénués de toute discrétion, c'était assez, pour les écarter d'un lit, de la case n° 1 où sera inscrite la religion du malade. C'est évidemment à la faveur de cette utilité possible de la case n° 1 que l'on a obtenu l'addition des deux autres, en les présentant comme un moyen de consigner uniformément des renseignements et indications qu'il était déjà d'usage de recueillir, sous diverses formes, dans tous les hôpitaux.

Cet usage ignoré était déjà blâmable, plus encore que sa manifestation sur les pancartes ; il était pourtant moins désastreux, et en le consacrant officiellement, la direction de l'Assistance n'a pas su quel parti on en pouvait tirer, ni quels effets en pouvaient sortir. On ne sait pas avenue Victoria ce qui se passe dans les hôpitaux ; ce n'est peut-être la faute de personne, à coup sûr ce n'est pas celle de la direction générale. Si les instances des aumôniers dépassent parfois la juste limite, si de petits moyens peu avouables sont mis en œuvre pour ramener les malades dans la voie du salut, comment le saurait-on? Il faut, pour que ces faits se révèlent, qu'un malade se plaigne au chef de service, comme celui de M. A. Desprès, ou qu'à un fâcheux changement dans l'état du malade, le médecin devine une intervention trop zélée.

Ces cas sont rares ; le plus souvent, le malade n'osant se plaindre ou la cause d'une aggravation de mal échappant au chef de service, tout se passe incognito ; le directeur de l'hôpital n'en sait rien lui-même et n'en peut prévenir qui de droit. Et le saurait-il qu'il ne dirait peut-être rien, si personne ne se plaint. C'est surtout aux médecins qu'il incombe d'éclairer la direction générale, et à cet égard, M. de Nervaux serait fondé à se plaindre d'eux pour l'avoir laissé dans l'ignorance.

Si les médecins des hôpitaux, chaque fois qu'ils ont constaté des pressions et des obsessions déplacées, avaient, au lieu d'une admonestation aux religieuses du service, adressé un rapport au directeur-général, celui-ci eût été renseigné. Un dossier formidable l'aurait prémuni contre des tendances regrettables et l'aurait empêché de leur donner, sans le savoir, un appui.

L'application de la nouvelle mesure aura deux résultats inévitables : mettre en suspicion les religieuses et les visiteurs charitables, exciter les malades à feindre des sentiments pieux qu'ils n'auront pas. Désormais la moindre attention, la plus légère prévenance d'une sœur pour un malade, les plus minces douceurs données par les personnes autorisées à pénétrer dans les salles seront l'objet d'interprétations malveillantes quand elles s'adresseront à un malade que la pancarte désignera comme une personne pieuse. Fatalement, d'ailleurs, les religieuses seront mieux disposées pour ces malades ; elles le laisseront voir, le manifesteront par quelques faveurs ; de leur côté, les visiteurs, qui en ont le droit, s'intéresseront plus à eux, d'abord, par penchant personnel, ensuite parce que les religieuses le leur recommanderont ; tout cela est inévitable et naturel.

Mais cela ne fût-il pas, on le croira. Et quand on sera persuadé que la fréquentation de l'aumônier est fructueuse, les salles se diviseront en deux camps ennemis : les impies endurcis qui outreront leur irréligion jusque là peu marquée et les dévots parmi lesquels on comptera pas mal d'hypocrites.

L'Assistance publique elle-même sera soupçonnée ; qu'elle refuse des secours à la sortie ou qu'elle les accorde, on ira chercher le motif de sa décision sur la pancarte, et comme forcément parfois le refus tombera sur un impie, parfois le secours sur un dévot, sans tenir compte des cas inverses, on l'accusera de n'être plus qu'une machine à conversions. Si injuste qu'elle soit, cette fausse opinion fera son chemin et l'Assistance publique sera décriée parmi les classes nécessiteuses où elle doit rester populaire.

E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 septembre 1876. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

Suite de la discussion sur le spirophore.

M. WOILLEZ formule une réponse à ses contradicteurs et termine ainsi son discours. — « *En résumé*, après la période » expérimentale de l'emploi du spirophore qui a parfaitement » réussi, nous en sommes arrivé à la période d'expérimentation pratique, pour laquelle cet appareil ne me paraît pas » avoir les désavantages qu'on lui reproche. Il faut en attendre les résultats. S'ils répondent aux succès physiologiques » déjà obtenus, ce qui me paraît très-probable, il est clair que, » même malgré ses imperfections actuelles et temporaires, le » spirophore s'imposera de lui-même partout où le danger de » la submersion se présente à poste fixe. »

L'Académie procède à l'élection d'un Trésorier en remplacement de M. Gobley. A l'unanimité, M. Poggiale est élu trésorier. — Il adresse à ses collègues quelques mots de remerciments.

M. DIEULAFOY fait à l'Académie une communication sur le rôle de l'hérédité dans la production de l'hémorrhagie cérébrale. Voici les conclusions de ce travail :

« 1° La maladie hémorrhagie cérébrale est héréditaire.

» 2° Elle détermine dans une même famille, tantôt l'apoplexie, tantôt l'hémiplégie ; et la gravité des accidents, la » mort rapide ou la survie ne sont subordonnées qu'à la localisation de la lésion cérébrale.

» 3° L'hémorrhagie cérébrale apparaît, en général, à un âge » avancé ; néanmoins, elle frappe souvent, aux diverses périodes de la vie, plusieurs membres d'une même famille, et il » n'est pas rare que dans une lignée, une génération plus » jeune soit atteinte avant une génération plus âgée. »

M. Joly, par l'organe de M. A. Latour, donne lecture d'un chapitre intitulé *De l'Homme*, sa nature, sa destinée. C'est une page d'un livre qui porte le titre suivant : *Hygiène morale*.

La séance est levée à 4 h. 1/2. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances de mai 1876. — Présidence de M. Charcot.

2. Fœtus humain monstrueux du genre paracéphale ; par M. E. Nitot, interne des hôpitaux.

Le fœtus humain monstrueux que nous allons décrire est né à l'hôpital Necker, le 3 mai 1876, à huit mois et demi de gestation d'une grossesse gémellaire, dont l'autre fœtus était né vivant, bien conformé et du sexe masculin. Il appartient au genre paracéphale décrit par M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire.

Ce monstre est né quelques heures après le fœtus normal qui l'accompagnait. Son accouchement fut difficile et dura plusieurs heures. La mère, âgée de 26 ans, primipare, était en travail depuis le matin : elle accoucha à deux heures de son premier enfant et de l'autre à neuf heures. L'utérus était demeuré à peu près inerte dans l'intervalle. Le placenta fut décollé et arraché en entier après l'expulsion du dernier fœtus pour soulager la mère qui, aussitôt après l'accouchement, eut une violente attaque d'éclampsie. Le placenta, unique pour les deux sujets, n'a rien montré de particulier, et chaque fœtus avait une poche des eaux séparée. Le monstre avait le cordon ombilical grêle, long de 0,15 centimètres environ de la grosseur d'une plume d'oie et inséré sur les membranes à quelques centimètres du bord placentaire. On ne lui distinguait que deux vaisseaux par suite de la présence d'une seule artère ombilicale au lieu de deux.

Quant au monstre lui-même, voici les caractères qu'il présente extérieurement : La *forme générale* est celle d'une énorme raie dont la partie renflée serait constituée par une masse céphalo-thoracique fluctuante, dont la queue représenterait les membres abdominaux étroitement soudés entre eux sans rainure intermédiaire, indice de séparation. Cette union intime a lieu jusqu'à la partie moyenne des pieds ; seule leur extrémité est libre et distincte. On y remarque une particularité intéressante : c'est que les pieds sont soudés entre eux par leur bord externe et non par leur bord interne, les gros orteils étant situés en dehors. A la partie moyenne de cette masse informe s'insère le cordon ombilical, et plus bas apparaissent une verge et un scrotum bien constitués. Le scrotum ne renferme pas de testicules.

La *peau* est d'apparence ordinaire, sauf celle des membres inférieurs qui apparaît beaucoup plus rouge ; mais le corps est en partie œdématié, principalement dans la région céphalo-thoracique, et la masse totale s'y affaisse sur elle-même. L'on y voit à la partie supérieure des poils courts, clairsemés et fins ayant en moyenne un centimètre de long qui rappellent les cheveux d'un fœtus normal de même âge. Au centre de cette partie renflée se dessine à peine la forme d'une *tête* ; mais celle-ci devient très-apparente quand on comprime les parties fluctuantes entre les mains. On ne voit pas d'yeux ; seulement deux saillies molles, bleuâtres, laissant apparaître du liquide par transparence ; entre les deux est le bourgeon nasal fortement relevé et que l'on peut abaisser pour donner à la tête une apparence de figure humaine. La bouche et les fosses nasales semblent être confondues. De chaque côté de la tête, à une petite distance, sont des rudiments d'oreilles externes. Il n'existe qu'un seul membre supérieur à gauche, moitié inclus dans la poche, moitié au dehors, et la main est bien conformée. Celui du côté droit fait défaut.

La face postérieure du corps ne présente rien à noter, ni pour la partie supérieure dont nous avons déjà signalé la surface répondant au cuir chevelu, ni pour la partie inférieure qui ne montre nulle part de trace de perforation anale. Quant aux membres inférieurs, ils sont soudés à la face postérieure comme à la face antérieure sans la moindre apparence de sillon médian. — La longueur totale est de 38 centimètres dont 22 pour la masse céphalo-thoracique et 16 pour les membres inférieurs jusqu'à leur naissance. La plus grande largeur est de 23 centimètres et correspond à la partie moyenne de la masse supérieure.

En considérant cette masse informe, il était intéressant de se demander si cette vaste poche céphalo-thoracique n'était pas doublée à sa partie interne par les méninges étalées, s'il ne s'agissait pas, en un mot, d'un énorme hydrocéphale. Il n'en est rien. En incisant le fœtus sur la ligne médiane à la partie postérieure, on arrive sur le squelette, sur la colonne vertébrale parfaitement bien formée au niveau des apophyses épineuses et surmontée d'une boite crânienne tout-à-fait distincte. Si maintenant l'on incise la face antérieure sur la ligne médiane depuis le menton jusqu'au pubis, on arrive sur la colonne vertébrale en dédoublant plusieurs plans celluleux superposés. De chaque côté sont deux vastes poches subdivisées chacune en deux poches secondaires par de minces cloisons celluleuses. chacune de ces poches est isolée, et celles de droite ne communiquent aucunement avec celles de gauche. Elles sont séparées en avant par une mince cloison ; mais en arrière, la séparation est plus épaisse, et à la partie supérieure s'intercale la masse crânienne. Ces poches n'ont aucune communication avec le thorax ; elles remontent aussi haut que la masse générale et s'étendent sur les parties latérales du cou et du thorax, donnant au fœtus sa déformation apparente. Leur intérieur renferme un liquide abondant, citrin, séro-albumineux ; aucune trace de membrane kystique.

Il résulterait de ce simple exposé que notre fœtus ne serait pas aussi difforme qu'il paraîtrait à première vue, si l'on ne constatait les faits les plus intéressants dans la structure intime.

Autopsie. — Nous avons constaté l'absence du thymus, du cœur, ainsi que celle de l'œsophage, du foie, du diaphragme ; la cavité thoracique communique largement avec la cavité abdominale. Le *tube digestif*, relégué dans la partie abdominale proprement dite, est formé d'un intestin manifestement dilaté à sa partie supérieure et terminé des deux bouts au cœcum. Ce renflement rappelle assez bien la forme de l'estomac, et l'on y voit au niveau de la petite courbure un commencement d'œsophage terminé en cul-de-sac. A l'estomac fait suite le duodénum et une partie d'intestin grêle. Ce rudiment de tube digestif forme des anses réunies par un mésentère et la longueur totale est de 15 centimètres une fois l'intestin dévidé. Cet appareil digestif est complétement isolé dans la cavité abdominale : du côté inférieur, ni anses, ni rectum, ni gros intestin ; du côté supérieur, pas d'œsophage. Seulement tout en haut, faisant suite à la cavité buccale, est un pharynx qui se termine à sa partie inférieure en cul-de-sac et toute cette partie intermédiaire située au-devant de la colonne cervicale est comblée de tissu cellulaire lamelleux.

La langue, formant le plancher de la cavité buccale, s'attache à un os hyoïde rudimentaire. Un large ligament unit l'os hyoïde à un larynx incomplet et microscopique ; puis vient un rudiment de trachée de 3 à 4 millimètres de long qui présente une disposition ascendante. Tel est l'appareil respiratoire, mais plus bas, dans l'intérieur de la cage thoracique, tapissant la face interne des côtes dont les sépare un feuillet pleural bien manifeste, sont deux organes symétriques complétement isolés, larges et aplatis qui représentent les poumons. A la partie moyenne de la cage thoracique, au-dessus de l'estomac, entre les deux poumons, est un organe coudé à angle droit, à sinus inférieur, situé sur la ligne médiane. Il représente une sorte de besace dont la grosse extrémité est tournée à droite et forme un organe creux rempli d'une boue noirâtre qui, soumise à l'*examen microscopique* qu'a pratiqué notre collègue Cuffer, ne laisse percevoir qu'une multitude de petits corps arrondis ressemblant à des cellules embryonnaires. Rien qui rappelle la cellule hépatique ; pas de cloisons celluleuses. Est-ce un foie rudimentaire ? n'est-ce que la rate ? Nous restons dans le doute à cet égard.

L'*appareil urinaire* est des mieux conformés. Au-dessous des poumons, de chaque côté de la colonne vertébrale sont deux organes glanduleux, rougeâtres, dont le droit, plus petit, est situé un peu plus haut que le gauche, et se coiffe d'une capsule surrénale. A la coupe, on distingue une surface tubulaire et une substance corticale. De la face interne de ces

deux reins partent deux conduits ou uretères qui descendent en convergeant vers la ligne médiane, et ne tardent pas, après un court trajet, à se réunir en un conduit unique qui vient se jeter dans la vessie. Celle-ci, située dans le petit bassin et remplissant presqu'à elle seule la cavité pelvienne, présente une forme allongée. A sa partie inférieure, elle se continue avec le canal de l'urèthre ; sur sa partie supérieure s'attache l'ouraque qui monte vers le cordon.

L'*appareil circulatoire* est assurément le plus remarquable. Il n'existe pas de cœur, mais seulement deux gros vaisseaux dont l'un, veine ombilicale, volumineuse, part du cordon, remonte au-devant de la colonne vertébrale et se divise au niveau de la partie inférieure du cou en deux branches qui cheminent sur les parties latérales pour se diviser en de nombreux rameaux. L'autre vaisseau est une artère de même volume à peu près, située sur la partie antérieure de la colonne vertébrale et s'étendant à toute la longueur. Il semble prendre naissance par de nombreuses ramifications qui se réunissent pour former deux troncs, gauche et droit. Ces deux troncs, à peu près au même niveau où s'était divisée la veine ombilicale, se réunissent en un seul vaisseau qui représente l'artère aorte. L'aorte, qui ne montre dans son trajet aucune trace de dilatation, fournit en descendant de nombreuses branches, l'artère du membre supérieur gauche, de nombreuses intercostales et lombaires, puis se divise au niveau des dernières vertèbres lombaires en deux artères iliaques qui descendent dans les membres inférieurs, mais que je n'ai pu suivre faute d'injection. L'artère ombilicale, unique, naît de l'artère iliaque du côté droit et se rend au cordon portant au placenta le sang du fœtus.

Le *système nerveux*, central et périphérique, est bien conformé. Le cerveau existe en entier ; il en est de même du cervelet, du bulbe et de la moelle ; mais le tout est complétement diffluent, nageant dans un liquide sanguinolent peu abondant. Les nerfs périphériques sont bien marqués. On remarque le plexus brachial du côté gauche ; celui du côté droit fait défaut comme le membre du même côté. Les plexus lombaires sont manifestes, et l'on voit les nerfs intercostaux s'anastomoser avec les ganglions du grand sympathique. Le nerf sciatique est d'abord commun aux deux membres inférieurs et situé dans la cloison médiane qui les réunit ; mais bientôt il se divise en deux branches qui, chacune, pénètrent dans le membre inférieur correspondant.

Les *muscles* de plusieurs régions sont bien développés ; tels sont en particulier ceux de la colonne vertébrale, et ceux d'une partie des membres. Le *squelette* présente des particularités intéressantes à noter. A première vue, il semblerait régulièrement conformé, mais en l'examinant de plus près on constate des anomalies.

La colonne vertébrale est complète, et close en arrière au niveau des apophyses épineuses, sans la moindre apparence de spina bifida ; le cou est cependant disproportionné, et paraît compter des vertèbres supplémentaires. De chaque côté sont les côtes au nombre de douze, s'attachant en avant au sternum. Au-dessous de la colonne vertébrale, le bassin, est régulièrement formé. Les *membres supérieurs* diffèrent à droite et à gauche ; à gauche, membre supérieur complet : clavicule, omoplate, humérus, radius, cubitus et la main ; à droite rudiment de membre supérieur : omoplate mal conformée, et rudiment d'humérus. Les *membres inférieurs* complets sont remarquables. Les fémurs sont normaux, mais les jambes paraissent avoir subi sur les fémurs un mouvement de demi-rotation. Les rotules manquent. Les tibias présentent en avant leur face postérieure ; leur extrémité supérieure s'articule avec le fémur, leur extrémité inférieure est libre. A leur face interne sont les péronés qui seuls s'articulent en bas avec les pieds ; mais ici les pieds ont un tarse commun, et l'on voit à la partie antérieure le calcanéum. A ce tarse unique succèdent deux métatarses distincts qui montrent en avant leur face plantaire. C'est ce mouvement de demi-rotation des jambes qui nous montre les membres inférieurs soudés par leur bord externe et non par leur bord interne.

Surmontant la colonne vertébrale est un occipital régulièrement conformé sous forme d'une large écaille à peu près symétrique qui occupe la face postérieure du crâne. Sur les côtés sont les pariétaux plus ou moins rudimentaires, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes. Au-dessous les temporaux plus complets. Le frontal est représenté par deux plaques cartilagineuses de la grandeur d'une pièce d'un franc formant les bases frontales, et manque sur sa partie médiane. Aucun de ces os n'est au contact, et tous sont réunis par une membrane fibreuse résistante doublée de la dure-mère, formant une seule et vaste fontanelle. A la base du crâne est le sphénoïde mieux formé. Les deux maxillaires sont entièrement développés, mais soudés complétement ensemble, en sorte qu'il n'existe pas d'ouverture buccale. Au centre sont les fosses nasales qui communiquent en arrière avec la cavité du pharynx, en bas avec la bouche par absence de voute palatine. Au-dessus des fosses nasales et de chaque côté sont les cavités orbitaires qui ne sont formées que dans leur moitié inférieure car le frontal manque à la partie supérieure.

Remarques : Nous mettrons en regard de cette observation un cas fort intéressant et tout-à-fait analogue qu'il nous a été permis de recueillir dans l'ouvrage de Vrolik grâce à la bienveillance de M. Gervais. Il s'agit ici d'un acéphale proprement dit ; mais c'est là toute la différence : « Le cordon » contient l'ouraque, la veine ombilicale et une seule artère » ombilicale. L'aorte naît de nombreuses ramifications qui » viennent de toutes parts et accroissent son volume. Dans le » thorax cette artère fournit de nombreuses intercostales avec » espaces intercostaux. L'artère ombilicale naît de l'iliaque » gauche et remonte le long de la vessie jusque dans le cordon. » Le thorax contient deux corps spongieux ayant la forme des » poumons sans apparence de vaisseaux. Ces organes sont » entourés par la plèvre et séparés par un intervalle rempli de » tissu conjonctif ne renfermant ni cœur ni gros vaisseaux, » En sorte que la circulation se fait sans cœur par le seul » concours des vaisseaux » (1).

3. Anévrysme de l'aorte ; oblitération complète du tronc brachio-céphalique et incomplète de la carotide primitive et de la sous-clavière gauches ; par M. Germont, externe des hôpitaux.

Galien, 49 ans, est entrée à la Salpêtrière (service de M. Charcot, salle des Incurables), il y a quatre ans, à la suite d'une attaque d'apoplexie qui l'avait rendue hémiplégique du côté gauche. Le 30 *avril* 1876, elle est morte subitement, après avoir ressenti, pendant dix minutes environ, des douleurs sourdes à la région précordiale. Six heures après la mort, la température du bras gauche était encore visiblement supérieure à la température ambiante, tandis que celle du bras droit était au même degré, bien que les deux bras fussent dans les mêmes conditions extérieures.

Autopsie. On trouve dans l'hémisphère droit du cerveau un vaste foyer hémorrhagique ancien ; les artères de la base étaient d'apparence normale, sans trace d'athérome, de volume égal des deux côtés. Le foie, les reins, les poumons ne présentaient aucune lésion appréciable à l'œil nu. Dans la plèvre, il y avait de chaque côté un épanchement de liquide citrin, de la capacité d'un litre environ. Le *cœur* est un peu hypertrophié, mais il ne présente aucune lésion valvulaire. Rien dans le péricarde. L'*aorte* est le siége d'un anévrysme, du volume du poing, à peu près, ne contenant pas dans son intérieur de caillots stratifiés, mais simplement des caillots agoniques. La poche anévrysmale ne présente aucune solution de continuité ; elle est tapissée de quelques plaques calcaires. L'origine du tronc *brachio-céphalique* est complétement obstruée par un tissu dense, résistant, qui se continue sans ligne de démarcation avec les parois de l'anévrysme. La *carotide primitive* et la sous-clavière gauches sont, immédiatement à leur origine, rétrécies par une sorte de voile qui se continue également avec les parois de l'anévrysme et qui est percé au centre d'un orifice de deux millimètres de diamètre au plus.

Des circonstances étrangères ont empêché de poursuivre l'autopsie et de rechercher de quelle manière la circulation

(1) Kolik. *Tabula quadragesima nona.*

s'était rétablie dans le territoire du tronc brachio-céphalique.

7. Corps étranger périarticulaire de la hanche droite. Extraction; par MM. Bazy et Lataste, internes des hôpitaux.

Ma..., 33 ans, terrassier, entre à l'hôpital temporaire, salle Saint-André, n° 35, le 25 février 1875. — Pas d'antécédents personnels ni de famille, pas de rhumatisme. Il y a 3 ans, il commença à ressentir du côté droit des douleurs occupant la hanche, la partie interne de la cuisse, la fesse, les lombes, le sacrum; la marche était gênée, pénible. Il entre à la Charité dans un service de médecine où on diagnostique une sciatique qui est traitée par les courants interrompus et les bains sulfureux; amélioration. Le malade part pour l'asile de Vincennes. Un jour, en allant au bain, il ressentit une *douleur très-vive au niveau de la hanche*; à partir de ce moment, les douleurs cessèrent pendant 8 mois, puis, elles reparurent et allèrent en augmentant pendant 3 mois. Le malade entre alors à Saint-Antoine (en médecine), et y est traité par les badigeonnages iodés, vésicatoires, pointes de feu, appareils inamovibles. Il est examiné par trois médecins et un chirurgien qui diagnostiquent, les uns une sciatique, d'autres une coxalgie. Il sort après six mois, mais trois jours après sa sortie, il est obligé d'entrer à l'hôpital temporaire où il est traité par des vésicatoires, les pointes de feu, les cautères sur la région trochantérienne, les appareils inamovibles et aussi par l'iodure de potassium à l'intérieur. Au mois de *décembre* 1875, en tâtant sa cuisse, le malade crut s'apercevoir d'un corps mobile au niveau de l'articulation et en fit la remarque au chef du service qui, après beaucoup de recherches, le sentit à son tour.

Etat actuel. Homme bien constitué. Douleurs sourdes, contusives, apparaissant seulement dans la marche qui est difficile et occupant l'aine, la fesse, la partie interne de la cuisse, le genou et quelquefois la jambe; jamais le malade n'a ressenti ces douleurs subites et très-aiguës, caractéristiques des corps étrangers articulaires. Pas d'amaigrissement du membre malade. Les mouvements de l'articulation sont conservés et ne sont pas douloureux quand le malade est au lit; pas de craquements ni dans cette région ni dans d'autres, pas de déformation. Le *corps* mobile ne peut être mis sous la main du chirurgien que par le malade qui fléchit sa cuisse, presse les muscles dans tous les sens et place ce corps à la racine du membre sous le muscle couturier, soit à son côté interne, soit à son côté externe; il l'y maintient en pressant de dedans en dehors. Quant cette pression cesse, il fuit dans les interstices musculaires et deviendrait très-profond au dire du malade: il semblerait fuir vers l'insertion inférieure du psoas. Quand on l'a sous la main, ce corps paraît avoir la forme d'une petite noix; il a une consistance cartilagineuse, il est très-mobile et quelquefois la pression à son niveau détermine des douleurs assez vives.

Le diagnostic posé par le chef du service, M. Gillette et par M. Tillaux qui a vu le malade, fut *corps étranger extra-articulaire de la hanche.* Du reste, l'état général est bon. Aucun trouble du côté des autres organes.

L'opération réclamée par le malade est faite sans anesthésie, le 11 mai 1876, par M. Gillette: La cuisse étant fléchie sur le bassin, le malade place sous la main du chirurgien le corps étranger qui est fixé au moyen d'un trocart. On fait à son niveau une incision de 6 centimètres environ, parallèle au bord externe du muscle couturier. Au moment d'être atteint, le corps fuit, il est ramené et saisi avec des pinces de Museux, on achève de le découvrir; ce dernier temps de l'opération est très-laborieux et aussi très-douloureux. Pendant l'opération, il s'est écoulé un liquide jaune rougeâtre, comme battu avec le sang, un peu filant; sa quantité est évaluée à 40 grammes environ. Il provient probablement d'une poche kystique dans laquelle se mouvait le corps étranger ou de la bourse du psoas anormalement dilatée. En explorant le fond de la plaie, l'opérateur sent sur la ligne qui joint en avant le grand et le petit trochanter, une série de mamelons analogues à ceux du corps étranger.

Ce corps a le volume d'une petite noix et a grossièrement la forme d'un prisme triangulaire; la surface est parsemée de petits mamelons d'une dureté cartilagineuse. A la *coupe*, on voit qu'il est composé de deux parties: une interne, qui en est comme le noyau, est ossiforme et creusée d'une cavité; l'autre, externe, l'entoure complétement et ressemble à du cartilage; la partie ossiforme se prolonge en un point du côté de la surface qu'elle atteint, de sorte qu'on pourrait croire que là était le pédicule de ce corps étranger qui se serait détaché deux ans auparavant, au moment où le malade ressentit une si violente douleur. L'opération terminée, la cuisse est allongée; l'incision occupe alors l'axe du couturier de telle sorte qu'on a une plaie oblique, puisque l'incision de la peau ne correspond plus à celle des parties profondes. Pansement ouaté.

9. Rétrécissement mitral. — Cirrhose alcoolique. — Infarctus pulmonaires et rénaux. — Gangrène pulmonaire; par F. Balzer, interne des hôpitaux.

Sp. Marie, 47 ans, blanchisseuse, entre à la Charité le 14 février 1876, salle Sainte-Marthe n° 3 (service de M. Empis). Elle raconte qu'elle a été obligée de renoncer à son métier de blanchisseuse depuis deux ans et demi, à cause des battements de cœur. Elle entra deux fois l'année dernière à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Moutard-Martin, et M. Maunoury, interne du service, nous a fourni les renseignements suivants: Avant son entrée à l'hôpital Beaujon, elle avait déjà eu deux fois de l'œdème des membres inférieurs et du tronc. Elle avait même eu, six mois auparavant, des vomissements de sang qui se répétèrent pendant six semaines. Elle présentait à cette époque un ictère peu intense avec un œdème généralisé, et une ascite très-prononcée; le foie était douloureux, et débordait les fausses côtes. On entendait à la pointe du cœur, un bruit de souffle au premier et au second temps: le second bruit était net. On diagnostiqua une lésion mitrale, s'accompagnant de cirrhose cardiaque. Promptement améliorée par la digitale, elle partit pour le Vésinet le 27 septembre, après un mois de séjour à l'hôpital. Elle y revint le 9 novembre, enflée de nouveau et après avoir eu encore des vomissements de sang précédés de quintes de toux. On diagnostiqua un *rétrécissement mitral* très-prononcé; elle fut de nouveau remise à la digitale et plus tard à l'acétate de potasse. Sous l'influence de ce traitement, les urines devinrent très-abondantes, l'œdème disparut promptement et elle sortit le 30 décembre.

Au moment de son entrée à la Charité, elle a les jambes très-enflées et érythémateuses, principalement la droite. Le ventre est extrêmement gonflé tant par le liquide ascitique que par les gaz intestinaux. Aussi la dyspnée est elle très-intense: la malade est toujours assise sur son lit, la face cyanosée, et presque entièrement aphone. Par instants, la dyspnée devenait tellement intense qu'une ponction fut jugée nécessaire. Elle évacua 5 litres de liquide clair, citrin; la malade se trouva soulagée immédiatement, bien que le volume du ventre n'eût pas beaucoup diminué à cause de l'abondance des gaz intestinaux. On prescrivit donc en même temps un lavement purgatif et l'application de 30 ventouses sèches sur la poitrine. Les battements du cœur sont tumultueux; on entend cependant un souffle au premier temps et à la pointe. Le pouls est extrêmement petit. Râles d'œdème pulmonaire, très-nombreux aux deux bases. Les veines sont très-développées sur tout le corps et principalement sur le ventre. Celui-ci est douloureux à gauche, du côté opposé à la ponction. Le foie, difficile à limiter à cause des gaz, parait assez gros. Les urines sont très-chargées, et renferment une notable quantité d'albumine. La malade affirme qu'elle n'a jamais eu de rhumatisme. Mais il est à peu près certain qu'elle abusait des boissons alcooliques, bien qu'elle ne l'avoue pas.

15 février. Elle se sent mieux. Les battements du cœur sont toujours tumultueux, et le bruit de souffle est difficile à entendre nettement. La dyspnée est encore assez intense. Teinte ictérique très-prononcée des conjonctives. Les veines du cou sont extrêmement gonflées. M. Empis prescrit: un vésicatoire à la région précordiale, une potion avec 0,15 centigrammes de digitale, enfin une infusion de 4 grammes de jaborandi, à prendre demain matin à jeun.

16. Le jaborandi produit des nausées, mais pas d'effets sialagogues ni sudorifiques. Elle urine fort peu.

17. Elle a repris ce matin une nouvelle infusion de 6 grammes de jaborandi. La diaphorèse a commencé un quart d'heure après l'ingestion du médicament. Sécrétion salivaire considérable : nausées ; la parotide droite est un peu tuméfiée et douloureuse. La gêne de la circulation et de la respiration diminue.

18, 19. La malade est remise à la digitale. Elle va mieux. L'œdème est toujours considérable et elle continue à souffrir dans la fosse iliaque gauche. Les mêmes symptômes se maintiennent jusqu'à la fin du mois de mars, en diminuant graduellement d'intensité.

Dans la première quinzaine d'avril, la malade se trouve mieux : le ventre est toujours gros, mais l'œdème des jambes a disparu. Elle conserve toujours une légère teinte ictérique des conjonctives avec une dyspnée peu intense. Les digestions sont pénibles, et l'intestin toujours distendu par les gaz. Les urines sont abondantes et moins chargées : elles renferment toujours de l'albumine. — A partir du 15 avril, surviennent des hémoptysies fréquentes, presque continues. Les crachats sont rouillés, visqueux, prenant parfois une teinte plus foncée, ils sont mêlés tantôt à des crachats de bronchite, tantôt à du sang presque pur. A l'auscultation, on entend des deux côtés du souffle tubaire doux et des râles crépitants. La malade a souvent de la fièvre. Elle s'affaiblit rapidement : on est obligé de cesser l'emploi de la digitale qu'elle vomit presque constamment.

24 *avril*. On prescrit de nouveau de la digitale et la malade semble de nouveau aller mieux pendant quelques jours.

1er *mai*. Les crachements de sang recommencent avec une nouvelle intensité. La cyanose augmente ainsi que la gêne de la respiration. On prescrit de nouveau une infusion de jaborandi pour le lendemain.

2 *mai*. Cette infusion ne fait que provoquer des vomissements, la malade ayant pris de la nourriture avant l'administration du médicament.

4 *mai*. On voit tout-à-coup apparaître des crachats abondants, diffluents et fétides, d'une couleur brunâtre. L'haleine a une odeur gangréneuse. On trouve du souffle et des râles crépitants au côté droit. La malade s'amaigrit et s'affaisse rapidement ; sa face a pris une teinte terreuse. On prescrit des badigeonnages de teinture d'iode sur le côté droit, et des inspirations de chlorure de chaux. Le 5, mêmes crachats ; la fétidité de l'haleine a augmenté. La malade est dans une grande prostration, le pouls est petit, filant. Gargouillements en arrière, à la partie supérieure du poumon droit. Prescription : Potion avec 4 g. d'extrait de quinquina. Mort le 6 mai 1876.

Autopsie. — Les deux poumons sont congestionnés et présentent des foyers d'apoplexie pulmonaire anciens et récents à leurs bases et sur leurs bords tranchants principalement à droite. Au sommet du poumon droit, on trouve une pneumonie à la période d'hépatisation rouge et à son centre deux cavernules renfermant un liquide fétide de même couleur que les crachats expectorés pendant la vie.

Le *cœur* est gras, dilaté, rempli de caillots de formation récente. L'oreillette gauche présente, en outre, un certain nombre de petits polypes qui siègent principalement dans l'auricule et proéminent entre les muscles papillaires. L'un de ces polypes, plus gros que les autres, présente une surface irrégulière, à facettes pour ainsi dire, et remplit presque tout l'auricule. L'examen microscopique a montré plus tard que ces caillots étaient formés par une agglomération de globules blancs, encore facilement reconnaissables ou parvenus déjà à l'état de désintégration granulo-graisseuse. L'oreillette gauche est très-dilatée, et amincie ; l'orifice mitral est rétréci et laisse à peine passer l'extrémité du doigt indicateur. Cet orifice est induré, on trouve sur ses bords des nodosités extrêmement dures. L'induration se continue sur les cordages tendineux de la valvule. L'aorte est très-athéromateuse.

Le *foie* présente à peu près son volume normal, mais il est congestionné et sa surface est irrégulière et granuleuse. Le péritoine est très-épaissi à sa face supérieure jusqu'au niveau du bord tranchant. Sur la coupe, on voit de larges et nombreuses travées de tissu conjonctif qui s'entrecroisent d'une manière irrègulière et circonscrivent des îlots de tissu hépatique, au milieu duquel on voit ces tractus se continuer en s'amincissant graduellement. Sur beaucoup de points, on voit les lobules isolés proéminant sur la coupe. En même temps, le foie a subi une dégénérescence graisseuse déjà très-avancée, ce qui, joint à la dilatation des veines sus-hépatiques, contribue à lui donner un aspect spécial, tenant à la fois de la cirrhose commune et du foie cardiaque. Les veines sus-hépatiques sont très-dilatées et paraissent épaissies. La vésicule biliaire est petite ; elle ne renferme pas de calculs. Ses parois sont extrêmement épaisses et l'on distingue facilement les différentes couches qui les composent. Les canaux biliaires sont également épaissis, quoique parfaitement perméables. La *rate* est grosse, sa capsule est épaissie. Le rein droit est atrophié, il renferme quatre infarctus déjà anciens, fibreux, qui ont amené une grande rétraction du tissu voisin. Le rein gauche est plus gros ; il ne présente que deux infarctus également anciens. Il a été impossible de retrouver les caillots dans les artères oblitérées. L'intestin et l'estomac sont congestionnés. Les organes génitaux sent sains ; la trompe droite est oblitérée à ses deux extrémités ; elle est remplie de liquide, amincie, et présente à peu près le volume du pouce.

Examen microscopique. — Sur les coupes du foie pratiquées après durcissement dans l'alcool, on voit, comme à l'œil nu, des travées de tissu conjonctif de volume variable, et entourant des groupes de lobules hépatiques tassés à leur périphérie. On voit encore de nombreuses cellules hépatiques, demeurées intactes au milieu du tissu de nouvelle formation. Les lobules sont gros à leur périphérie. La veine centrale est dilatée, mais il n'y a pas de sclérose du tissu conjonctif péri-vasculaire. On voit encore sur la coupe quelques canaux biliaires dilatés et remplis de bile. En résumé, il s'agit d'une cirrhose annulaire avec dégénérescence graisseuse de la périphérie du lobule. La *vésicule biliaire* présente des faisceaux musculaires hypertrophiés, séparés les uns des autres par des couches épaisses composées de faisceaux de tissu conjonctif. Les parois des vaisseaux sont entourées d'une large zone de tissu conjonctif. On trouve enfin une notable quantité de graisse, principalement au-dessous de la couche péritonéale.

Conclusions. — Ces lésions multiples nous paraissent s'être développées sous l'influence de l'alcoolisme, et sans doute, aussi à la suite des refroidissements. La malade a toujours affirmé, aussi bien à Beaujon qu'à la Charité, qu'elle n'avait jamais eu de rhumatismes. Parmi les lésions, les unes sont primitives et ont succédé aux causes que nous venons de signaler ; les autres sont consécutives. A l'alcoolisme, nous rattacherons la cirrhose et la stéatose du foie, les lésions valvulaires et l'athérôme. Les infarctus, l'anasarque et l'ascite, l'hypertrophie de la rate sont sous la dépendance des lésions précédentes. Les infarctus pulmonaires sont dus sans doute aux polypes de l'oreillette gauche, les infarctus rénaux, à l'arrachement des nodosités signalées sur les bords de la valvule mitrale. De même les petits foyers de gangrène pulmonaire peuvent avoir succédé à des embolies des artères bronchiques, ou peut-être encore à la pneumonie survenue dans la période terminale, au moment où l'épuisement et la cachexie étaient extrêmes.

MALADIES DES ENFANTS

I. **De la fluxion ou congestion pulmonaire simple chez les enfants**; par le Dr Hirne, ancien interne des hôpitaux ; th. inaug., Paris, 1876.

II. **Considérations générales sur les maladies de l'enfance : leçon faite à l'école pratique**; par le Dr Dubrisay, 1876.

III. **Contribution à l'étude de la chorée**; par le Dr Hubert Guérin, th. inaug., Paris, 1876.

IV. **De la fièvre intermittente chez les enfants**, par le Dr Dubrisay; communication à la *Société de médecine de Paris*, 1876.

V. **De la péritonite idiopathique aiguë des enfants, de sa terminaison par suppuration et par évacuation du pus à travers l'ombilic**; par le Dr Gauderon, interne de l'hôpital Sainte-Eugénie ; th. inaug., Paris, 1876.

I. Dans un excellent travail inspiré par M. Bergeron, le Dr Hirne démontre jusqu'à l'évidence l'existence, chez les enfants, de la congestion pulmonaire comme maladie ayant une existence propre, une marche et des caractères spécifiques.

Ces caractères sont : un début soudain, une élévation ra-

pide du pouls et de la température, la disparition du jour au lendemain du souffle bronchique, la durée presque éphémère de la fièvre affirmée par un affaissement brusque de la température.

La fluxion pulmonaire idiopathique est des plus communes, et si, fréquemmment elle passe inaperçue, cela tient à la fugacité des signes qui n'existent déjà plus quand intervient le médecin.

Après avoir rappelé à grands traits les allures de la fluxion pulmonaire (allures qu'on trouve toutes dans la définition même de la maladie) le Dr Hirne étudie quelques-uns des signes en particulier. Le point de côté, constant dans son existence, variable dans son siége, est violent le plus souvent : c'est à sa violence que doit être rapportée, en grande partie, la dyspnée toujours assez considérable pour éveiller l'attention des parents. Les vomissements, qu'on retrouve à chaque pas dans la pathologie infantile, sont, après le point de côté, le symptôme le plus fréquent.

Les signes physiques : matité, râles, respiration soufflante, ont pour caractères d'être extrêmement mobiles et de persister après la disparition des symptômes fébriles, à telle enseigne, que, chez des malades dont l'état fébrile n'a pas dépassé 4 ou 5 jours ou moins, dans la généralité des cas quarante-huit heures, on peut voir les signes physiques survivre, trois, cinq jours et plus à la fièvre. La durée moyenne de la maladie est de 7 jours : sa terminaison toujours heureuse.

L'allure typique de la fluxion pulmonaire imposera le diagnostic à tout médecin prévenu et attentif : la pleurodynie évolue sans toux, sans signes physiques et sans fièvre — la rapidité d'évolution de la maladie, la mobilité surtout des signes physiques permettront de s'arrêter à l'idée d'une fluxion pulmonaire et non d'une pneumonie en cours d'évolution — l'invasion brusque, la fugacité de la fièvre, l'acuité d'emblée du point de côté, les vomissements enfin, feront rejeter l'idée d'une pleurésie, même alors que, au début, la douleur de côté aurait pu tenir le diagnostic en échec.

La guérison a lieu spontanément : dans les cas où on croirait devoir agir contre l'élément congestion, douleur ou fièvre, les vomitifs, les révulsifs et la digitale seraient indiqués.

II. L'une des leçons faites cet hiver à l'école pratique par M. Dubrisay avait pour objet l'examen clinique des enfants. Les considérations générales sur les maladies de l'enfance dans lesquelles est entré le professeur, avaient pour but de montrer à son auditoire que si la science médicale est toujours la même, la pratique diffère suivant qu'elle s'adresse aux adultes, aux vieillards et aux enfants. Il s'agissait, de prévenir les élèves que, à chaque pas, ils pourraient, faute d'expérience, être déroutés par ces ensembles symptomatiques si soudains, si bruyants et si effrayants qui témoignent de l'exquise sensibilité de la machine infantile, ensembles symptomatiques qu'un œil exercé arrive facilement à démêler et devant lesquels un médecin peu expérimenté reste hésitant et alarmé. M. Dubrisay, imitant les leçons de seméïotique de MM. H. Roger, Ch. West et Parrot, s'est proposé d'apprendre aux élèves à examiner, interroger et *retourner* un petit malade; chose parfois malaisée pour quiconque n'en a pas l'habitude.

Rien n'est omis dans cet examen de l'enfant que pratique M. Dubrisay devant son auditoire : manière d'approcher et d'interroger le bébé, renseignements à recueillir de la mère, habitus et facies, examen de la poitrine, du pouls, de la bouche, température, examen du fond de l'œil, tous les moyens de diagnostic sont exposés devant les élèves afin de mettre ceux-ci en mesure d'aborder utilement l'étude de la pathologie infantile.

III. Dans sa thèse, M. le Dr Guérin se propose d'établir que la chorée est moins fréquemment sous la dépendance de la diathèse rhumatismale qu'on ne l'admet depuis les travaux du professeur G. Sée et de M. H. Roger. De ce que, dans la moitié des observations par lui recueillies en petit nombre, M. Guérin n'a pas trouvé de manifestations rhumatismales actuelles ou passées, il se croit autorisé à nier pour ces cas toute influence diathésique, et à mettre la chorée sous la dépendance de causes dont on abuse, croyons-nous, bien plus encore que du rhumatisme, à savoir la constipation, la dentition, les vers intestinaux, les émotions morales, etc., etc.

Cette question de pathogénie traitée, le Dr Guérin passe rapidement en revue la symptomatologie, la marche, la terminaison et le diagnostic de l'affection. Il est fâcheux que, dans ce dernier chapitre, l'attention de l'auteur ne se voit pas arrêtée sur le diagnostic parfois hésitant de la chorée limitée à un seul côté du corps, et, qu'il n'ait pas indiqué comment ou pourrait, chez un enfant, distinguer une hémichorée simple d'une hémichorée symptomatique d'une atrophie ou d'une tumeur cérébrale.

Après avoir rappelé toute la thérapeutique externe et interne usitée contre la chorée, le docteur Guérin donne la préférence à la pratique de M. Archambault qui, on le sait, obtient par l'arseniate de soude à haute dose des résultats plus sûrs et plus rapides que par tout autre médication.

IV. A propos d'un cas de fièvre pernicieuse à forme convulsive observé chez un enfant de dix-huit mois, M. Dubrisay entre dans des considérations intéressantes sur la symptomatologie de la fièvre intermittente des enfants du premier âge, symptomatologie assez différente de celle des adultes pour rendre le diagnostic très-difficile et empêcher toute intervention efficace.

V. Le Dr Gaudcron établit, sur une série de onze observations, l'existence de la péritonite idiopathique aiguë, indépendante de toute espèce de perforation, de tout épanchement de liquide dans la cavité péritonéale.

Cette péritonite, plus commune chez les filles que chez les garçons, se rencontre le plus souvent de 5 à 12 ans et reconnaît comme cause habituelle un refroidissement.

Un symptôme constant de la péritonite infantile est la douleur abdominale : celle-ci, d'abord limitée à l'un des flancs, à l'hypogastre ou au pourtour de l'ombilic, se répand rapidement dans tout le ventre et tient le malade dans l'immobilité la plus absolue. L'augment ou la réapparition de cette douleur doivent être tenus pour un élément favorable de pronostic car ils annoncent et la suppuration et l'imminence de l'ouverture spontanée de la collection purulente péritonéale. Il en est des vomissements comme de la douleur : constants au début de la péritonite, ils réapparaissent au moment de la suppuration.

La constipation est un phénomène constant : le ventre ne tarde pas à devenir chaud, ballonné, tendu, renitent et à présenter une sonorité exagérée. Dans le cas de terminaison par suppuration, le ventre tout ballonné qu'il est, présente, dans ses parties déclives de la matité et bientôt de la fluctuation qu'on percevra nettement si on met l'enfant dans la position que recommande Duparcque. « Tant que le malade reste couché en supination, la fluctuation manque, parce que le liquide, tombé dans les parties les plus déclives des lombes, du bassin, ou disséminé entre les circonvolutions intestinales fortement développées par les gaz, n'est pas en contact avec les parois abdominales et qu'il se trouve ainsi en dehors de la portée des moyens d'observation. Si l'on place le malade sur le côté pendant quelques instants, tout le liquide vient se ramener vers le flanc sur lequel le malade est couché et qui représente alors la partie la plus déclive. Replacez alors le malade sur le dos et explorez aussitôt ce côté de l'abdomen, vous y trouverez de la matité et de la fluctuation manifestes là où ces signes n'existaient pas auparavant et qui s'effaceront bientôt par les mêmes motifs. » Le facies est caractéristique et devient un des éléments les meilleurs pour le diagnostic. La fièvre est continue, son redoublement est de première importance, il annonce que la péritonite passe à suppuration.

Une complication curieuse tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, c'est la coïncidence d'une pleurésie observée quatre fois sur onze faits de péritonite idiopathique.

La guérison se voit dans la moitié des cas et, le plus habituellement, après ouverture spontanée de la cicatrice ombilicale et évacuation du pus.

Pour quelle raison le pus épanché dans le péritoine vient-il distendre, puis perforer l'ombilic pour s'évacuer au dehors ? Le Dr Gauderon fournit réponse à cette question après dissection minutieuse de la région ombilicale chez dix enfants âgés

de 2 à 15 ans. « Le pus se dirige, comme la sérosité ascitique, vers l'endroit le plus faible et le plus mal protégé des parois abdominales, vers l'ombilic qui est le point faible de l'abdomen. »

Dans la majorité des cas, alors que va se faire l'évacuation du pus, l'ombilic devient le siége d'une tuméfaction rouge, mate, fluctuante et réductible : la peau ne tarde pas à céder et le pus, toujours en quantité considérable, s'écoule au dehors. Dans le plus grand nombre des faits relatés par le Dr Gauderon, cette ouverture se produisit du vingtième au trentième jour après le début de la maladie.

L'évacuation du pus est presque toujours le signal d'une amélioration considérable dans l'état général du sujet qui voit sa fistule se fermer au bout d'un mois.

Le début soudain d'une péritonite chez un enfant de bonne constitution et valide, la marche un peu insidieuse de la maladie, l'intensité enfin de la douleur, voilà autant d'éléments qui permettront de rejeter absolument l'idée d'une péritonite par perforation.

Le facies coloré s'ajoutera au pouls fréquent et fort, à la fièvre modérée enfin, pour rejeter la péritonite et faire songer à l'entérite aiguë qui, chez les enfants, s'accompagne de douleurs abdominales excessivement vives.

Une entérite secondaire, pour être moins fébrile que l'entérite aiguë primitive, ne donnera pas le change si le médecin tient compte de l'absence des caractères typiques de la péritonite : intensité de la douleur, développement considérable du ventre, petitesse du pouls, refroidissement des extrémités et facies grippé. Pour ce qui est du diagnostic différentiel de la péritonite suppurée et du phlegmon suppuré des parois abdominales ou sous-péritonéal, on peut dire que la première se reconnaîtra par l'absence d'une tumeur phlegmoneuse dans l'épaisseur des parois abdominales, par l'existence des signes caractéristiques de la péritonite, et enfin, par le fait, que la péritonite suppurée perfore les parois abdominales au niveau de l'ombilic et jamais ailleurs.

Cette remarque que la péritonite idiopathique atteint de préférence les enfants de bonne constitution et valides, ce fait que l'évacuation du pus par la cicatrice ombilicale est assez facile dans l'enfance, autorisent, dans la moitié des cas, à porter un pronostic moins grave que ne l'ont fait MM. Billiet et Barthez.

La péritonite idiopathique apparaissant d'ordinaire chez des enfants assez robustes, l'action antiphlogistique des émissions sanguines et des mercuriaux constituera le fond du traitement.

Dès que une hernie ombilicale apparaîtra, il est du devoir du médecin de reconnaître sa nature par une ponction d'abord exploratrice, ensuite évacuatrice. A ce moment, temporiser serait coupable, car on exposerait le patient à s'épuiser avant que se fasse la perforation spontanée.

Tel est, en résumé, le travail très-complet et très-instructif du Dr Gauderon que tout praticien devra lire sûr d'y trouver, à côté de faits bien exposés, des indications diagnostiques nettes et précises. L. LANDOUZY.

VARIA

Assistance publique.

Sur la proposition de M. de Nervaux, directeur de l'Assistance publique, tous les hôpitaux et hospices de Paris vont être mis en communication télégraphique avec le bureau central des admissions.

De cette manière, ce bureau, toujours au courant de la situation exacte, pourra diriger les malades sur ceux de ces établissements qui auront des places disponibles.

C'est là une amélioration depuis longtemps réclamée et qui mettra fin à de regrettables hésitations, à des allées et venues préjudiciables à la santé des malheureux indigents qui sollicitent leur admission dans les hôpitaux de la capitale.

MOUVEMENT DE LA POPULATION. — Le Ministre de l'Agriculture et du Commerce vient de publier le résumé du mouvement de la population en France pendant l'année 1874. Nous extrayons de ce document les chiffres suivants.

Naissances : Enfants légitimes, sexe masculin, 453.405; sexe féminin, 430.953. — Enfants naturels, sexe masculin, 35,217; sexe féminin, 34,077. — Total général des naissances : 953,652. — Le chiffre des morts-nés s'est élevé à 44,613. dont 26,188 pour le sexe masculin et 18,425 pour le sexe féminin.

Décès : Sexe masculin, 4[illegible],856; sexe féminin, 380,843. — Total des décès: 781,709. Dans dix départements (Basses-Alpes, Aube, Calvados, Eure, Gers, Lot-et-Garonne, Orne, Tarn-et-Garonne, Var, Yonne) le chiffre des décès a été supérieur à celui des naissances; dans tous les autres départements la différence est en faveur des naissances. Le chiffre total de l'excédant des naissances sur les décès est de 171,943.

Mariages : Pendant cette même année 1874, il a été contracté 303,113 mariages.

FORMULES

Injections de mercure contre la syphilis.

Fidèles imitateurs de leur ancêtre Van Swieten, nos confrères Autrichiens n'ont rien perdu de leur foi robuste dans le mercure contre la syphilis, mais ils ont substitué presque complétement les frictions et les injections hypodermiques à la médication par l'estomac.

Contre les accidents graves et pressants, ils pratiquent les frictions, selon les préceptes énoncés par Sigmund, dans son mémoire de 1866. Pour les cas ordinaires, on a recours aux injections hypodermiques. L'injection la plus répandue est la suivante :

R. — Bichlorure d'hydrargyre .... 0 gr. 30.
Eau distillée .... 40 gr.

Elle est peu douloureuse, n'est suivie d'aucun phénomène d'irritation locale, peut être pratiquée tous les jours, mais à la condition que la région soit bien choisie (parties latérales du thorax), que la seringue soit toujours dans un état de propreté parfaite, et que l'on ne blesse pas la peau par contreponction. Bamberger a recommandé dans ces derniers temps la formule suivante :

R. — Bichl. d'hydrargyre .... 0 gr. 30.
Solution albumineuse...... .. 40 gr.

L'auteur attendait de l'albumine d'œuf une absorption plus facile. Sur la recommandation du maître, tout le monde a essayé la nouvelle injection, mais tout ce que l'on en peut dire, c'est qu'elle est assez douloureuse. Quant à son absorption plus rapide, rien n'est plus difficile que d'en juger, attendu que les analyses d'urine, faites par le professeur Ludwig avec son procédé, sont fort variables selon les individus. Sigmund pratique depuis quelque temps l'injection suivante :

R. — Bicyanure d'hydrargyre....... 0 gr. 12.
Eau distillée................ 30 gr.

Enfin la méthode italienne des injections au calomel a été expérimentée aussi par l'habile syphiliographe de Vienne, qui a employé concurremment les trois formules suivantes :

R. — 1. Calomel.................... 1 gr. 60.
Mucilage de gomme arabique.... 6 »
2. Calomel.................... 1 » 20.
Muc. g. arab.................. 6 »
3. Calomel.................... 0 » 60.
Muc. g. arab. .... 6 »

L'injection n° 1, ne doit être pratiquée qu'une fois, elle réveille des douleurs excessivement vives, et développe un phlegmon localisé.— L'injection n° 2, est pratiquée deux fois, à dix jours d'intervalle, elle est presque aussi à craindre que la première. — L'injection n° 3, est répétée trois fois, avec le même intervalle, l'endroit piqué reste dur et douloureux pendant quelques jours. L. THAON (de Nice).

MORTALITÉ A PARIS.— Population 1.851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 14 septembre 1876, on a constaté 925 décès, savoir : variole, 5; — rougeole, 21; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 72; — érysipèle, 4; — bronchite aiguë, 27; — pneumonie, 37; — dysentérie, 7; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 16;— choléra nostras, »; — angine couenneuse, 4; — croup, 19;—affections puerpérales, 8; — autres affections aiguës, 272; — affections chroniques, 356; dont 147 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 47; — causes accidentelles, 29.

LONDRES. — Population : 3,489,428 hab. — Décès du 3 au 9 septembre 1,231. — Variole, 5; rougeole, 11, scarlatine, 50, fièvre typhoïde, 11; érysipèle, 5; bronchite 77; pneumonie, 47; dysentérie, »; diarrhée, 99; *choléra nostras*, 5; diphthérie, 6; croup, 5; coqueluche, 24.

4e ANNÉE. — N° 40 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 30 SEPTEMBRE 1876.

Le Progrès Médical

MALADIES DE LA PEAU

Notes de thérapeutique recueillies aux cliniques des maladies de la peau de M. le professeur Hardy, à l'hôpital Saint-Louis (1).

Par le Dr E. ORY, ancien interne des hôpitaux.

Traitement des affections dartreuses.

La diathèse dartreuse ou vice herpétique, se traduit à l'extérieur par des manifestations cutanées auxquelles les conditions d'hygiène, de tempérament, d'âge, de siége et aussi d'idiosyncrasie impriment souvent un caractère spécial. On sait que M. le professeur Hardy reconnaît quatre groupes principaux dans les affections dartreuses : l'eczéma, le lichen, le psoriasis et le pityriasis; nous allons indiquer d'après nos notes, les divers traitements qu'il oppose à chacune de ces manifestations de la diathèse dartreuse.

Le *traitement de l'eczéma* doit être modifié nécessairement suivant la période et la variété d'aspect de l'affection, suivant le tempéramment de la personne atteinte, suivant le siége (mains, pieds, face, cuir chevelu, ombilic, conjonctives, bronches, etc.,), suivant les complications qui surviennent. Le traitement est interne et externe.

On reconnaît trois périodes distinctes dans la marche de l'eczéma. La première période présente à combattre la prédominance de phénomènes inflammatoires ; les émollients et les antiphlogistiques sont alors très-indiqués sous forme de lotions émollientes tièdes : eau de lin, eau de guimauve, de bains, d'eau de son ou d'amidon cuit, mais *pas de cataplasmes* pour ne pas provoquer la rupture des vésicules. Toutefois, dans l'eczéma de forme impétigineuse, la rupture des vésicules étant inévitable, les cataplasmes présentent l'avantage de calmer l'irritation causée par le pus ; les cataplasmes de riz, de fécule de pomme de terre, peuvent rendre alors des services, mais jamais ceux de farine de lin, dont la fermentation rapide serait nuisible. Dans le cas où le suintement est peu abondant, on peut prescrire la poudre d'amidon, de fécule de riz, d'arrow-root, de sous-nitrate de bismuth. Comme médication interne, il faut se borner durant cette période à prescrire des tisanes rafraîchissantes et émollientes, les tisanes d'orge, de limonade, d'orangeade, de chicorée sauvage, de pensée sauvage, houblon, etc. Le régime sera sévère, une très-légère purgation peut être administrée, on évitera le frottement et les causes irritantes, air froid, etc.

Dans l'eczéma, à la seconde période, la rupture des vésicules est accomplie, une sécrétion morbide abondante recouvre la partie atteinte, imprègne et durcit les linges qui la recouvrent.

Un traitement dérivatif sur le tube intestinal donne le plus souvent un heureux résultat, mais les purgations doivent être légères et proportionnées à la force de résistance du sujet ; M. Hardy prescrit le plus souvent la préparation purgative suivante :

Pensées sauvages	} à à	4 grammes.
Séné		
Eau		1 litre.

A la dose de 2 à 3 verres le matin à jeun tous les jours ou tous les deux jours, suivant la tolérance du malade, pour provoquer trois à quatre selles par jour. Cette tisane est très-utile à l'hôpital parce qu'elle est peu coûteuse, ne détermine aucun accident du côté du tube digestif et qu'elle peut être continuée très-longtemps. On pourrait chez les malades plus fortunés, prescrire des eaux minérales purgatives : Pullna, Frederischall, Marienbad, Kissingen. Si l'on voulait donner une purgation, on devrait rejeter les drastiques comme trop irritants et choisir parmi les purgatifs doux, soit le sulfate de soude ou de magnésie, à la dose de 10, 15, 20, 25 grammes, soit l'huile de ricin, ou bien encore la rhubarbe.

On pourra associer à la médication purgative, des préparations propres à exciter la sécrétion urinaire. Le nitrate de potasse, dans une tisane de chiendent, queues de cerises ou de pariétaire. Nous n'avons pas vu prescrire par M. Hardy la teinture de cantharides, bien que dans son article du dictionnaire il dise qu'en l'employant avec précaution, cette substance peut rendre quelques services dans les cas d'eczéma avec sécrétion séro-purulente. Faut-il prescrire des sirops de fumeterre, de bardane, de salsepareille, administrer le tannin et le ratanhia ou bien 10 à 15 gouttes d'acide nitrique concentré pour un litre d'eau? Nous n'avons pas vu non plus notre maître recourir à ces prescriptions même dans les cas les plus rebelles qui se sont montrés à notre observation.

Comme moyens locaux ou topiques l'indication est double : calmer l'inflammation et nettoyer la surface des pellicules épidermiques, des croûtes parfois assez épaisses qui la recouvrent. Les lotions d'eau de guimauve, d'eau de son, d'eau de sureau, les infusions astringentes de mélilot et même les solutions faibles de borate de soude ou bien d'extrait de saturne très-étendu d'eau, doivent être employées pour diminuer la sécrétion morbide. Puis les cataplasmes de riz, de fécule de pomme de terre, les bains de son et d'amidon retrouvent ici leur indication. Enfin, bien souvent, et cela quand la disposition des parties atteintes le permet, M. Hardy prescrit l'enveloppement avec la toile de *caoutchouc vulcanisé* qui amène une diminution rapide des phénomènes inflammatoires locaux, détermine la chute des croûtes, puis transforme la sécrétion séro-purulente en un abondant flux sudoral.

L'indication des pommades ou des applications de glycérine, est bien rare ; peut-être, sur les parties découvertes, peut-on en obtenir d'assez bons résultats pour protéger les parties malades de l'action douloureuse de l'air froid, ou du contact des corps étrangers.

La méthode subtitutive qui produit momentanément une vive irritation, est suivie d'un soulagement parfois durable. C'est ainsi que dans un impétigo de la face et du cuir chevelu des applications de teinture d'iode affaiblie par l'alcool eurent un heureux résultat. Nous avons vu l'année dernière dans le service, tenter plusieurs fois, avec un succès momentané, l'emploi d'une solution de silicate de potasse contre un eczéma très-rebelle du bras et du pied chez une jeune fille lymphatique.

La malade supportait assez bien après quelques jours ces applications un peu douloureuses au début.

Dans un cas très rebelle et très-chronique, chez une femme lymphatique, d'eczéma des oreilles, M. Hardy modifia heureusement la marche de la maladie, avec des applications d'une solution de nitrate d'argent.

Dans un autre cas d'eczéma récidivant, le traitement d'Hébra fut suivi de succès :

Eau	300 grammes.
Potasse caustique	1? —

On donnait en même temps à la malade de la tisane de houblon et du vin de gentiane. Nous avons vu aussi employer assez souvent la formule suivante :

Glycérine	} à à	15 grammes.
Eau distillée		
Proto-nitrate de mercure		0,05 centigr.

Particulièrement dans des cas d'eczéma fendillé et ceux parvenus à la troisième période.

(1) Voir les nos 20, 21, 25 et 28.

Enfin, pour compléter cette énumération, nous rappellerons la formule d'une pommade prescrite par M. le professeur Hardy dans la dernière période de l'eczéma, alors que toute inflammation, tout suintement a disparu :

Cold cream.	30 grammes.
Onguent citrin................	2 —
Camphre	0,50 centigr.

Il ne faut pas oublier que l'eczéma localisé ou généralisé est une manifestation de la diathèse dartreuse. L'expérience a démontré qu'on luttait efficacement contre elle, par les préparations arsénicales. Les formules sont nombreuses ; mais l'arsenic est un poison dangereux, un médicament dont l'administration doit être surveillée attentivement ; aussi M. Hardy a-t-il l'habitude de ne mettre entre les mains des malades que des solutions arsenicales étendues, et délaissant la liqueur de Pearson, ou celle de Fowler, il prescrit la solution suivante :

Eau	300 grammes.
Arséniate de soude.......	0,05 à 0,10 centigr.

A la dose d'une cuillerée à bouche pour un adulte, il double la dose après quelques jours s'il est nécessaire.

Il est bien entendu que l'on doit cesser l'administration des tisanes purgatives dès que l'on commence la médication arsénicale. Aussi, M. Hardy, remplaçait à l'hôpital Saint-Louis la tisane de pensée sauvage et séné, par une tisane rafraîchissante, soit, par exemple, la tisane d'orge seul ou associé au chiendent.

Mais tout en ayant une préférence marquée pour ce mode d'administration de l'arséniate en solution, M. Hardy prescrit, lui aussi, parfois l'arséniate de fer sous forme pilulaire, c'est lorsqu'il est en présence de gens débilités, d'eczéma chez des sujets lymphatiques.

Pour 1 pilule. — En prendre 2 à 4 par jour.

Arséniate de fer...............	0,01 centigr.
Conserve de roses.............	Q. S.

Nous avons dit au début de ce chapitre, que le traitement de l'eczéma variait avec la forme, le siége, etc., de la manifestation dartreuse.

C'est ainsi que dans certaines formes chroniques rebelles, on est obligé de chercher à modifier le tissu, par différentes applications médicamenteuses. Dans un cas d'eczéma circonscrit chronique, outre des bains d'amidon deux fois par semaine, des cataplasmes de fécule de pomme de terre, M. Hardy prescrivit le liminent suivant :

Huile d'amandes douces.........	20 grammes.
Huile de cade................	5 —

Etendre pendant huit jours ce liminent sur la plaque d'eczéma.

L'eczéma intertrigo chronique et légèrement suintant des cuisses et des bourses, est modifié par des applications de la pommade suivante :

Cold cream..........	30 grammes.
Calomel	2 —
Teinture de Benjoin............	2 —

Etendre le soir cette pommade sur les parties malades. De plus, on devra matin et soir faire des lavages avec de l'eau de mélilot.

Lorsque c'est le cuir chevelu qui est atteint dans le cas de pityriasis, M. Hardy institue ce traitement : matin et soir, étendre sur la tête (les cheveux ayant été préalablement coupés courts,) la pommade ainsi composée :

Axonge......................	30 grammes.
Fleurs de soufre...............	0,50 centigr.

Un bain sulfureux tous les deux jours. Tous les jours, prendre une cuillerée à bouche du sirop sulfureux de Crosnier.

Contre le pityriasis chronique de la figure, nous avons recueilli cette autre formule, traitement qui diffère peu du précédent :

Cold cream..................	[illegible] grammes.
Fleurs de soufre...............	[illegible] centigr.
Teinture de Benjoin...........	[illegible] grammes.

Puis faire des lotions sur la figure avec une infusion de mélilot.

Mais à propos des eczémas de la face qui sont parvenus à la deuxième période, l'heureuse influence des bains de vapeur doit être signalée. L'eau parvenue à l'état de division extrême, imprègne alors les tissus de la peau et remplace pour la face l'usage des bains d'amidon, si utiles pour les autres régions.

La persistance des poussées d'eczéma peut être entretenue tantôt par des écarts de régime, tantôt par des excès de fatigue, des émotions vives, ou par l'usage de certains aliments, de poissons, de café, de fraises, par exemple. Ces causes devront être recherchées et éloignées.

D'autres fois, la manifestation de la diathèse dartreuse est provoquée par l'administration de certains médicaments, c'est ainsi que l'année dernière, une jeune femme épileptique, étant entrée à l'hôpital pour une poussée d'eczéma très-aigu, fut rapidement rétablie par l'usage de quelques purgatifs, de bains et de décoction de graines de lin. Mais ayant repris du bromure de potassium peu après sa sortie de l'hôpital, une nouvelle poussée l'obligea à rentrer de nouveau.

Dans certains cas, la malpropreté joue un rôle pour exaspérer l'intensité des manifestations : laveurs de vaisselle, cuisiniers, personnes qui manient des substances irritantes ; enfin fréquemment l'existence de parasites animaux peut être la cause occasionnelle d'un eczéma. Rien n'est plus fréquent que de voir l'eczéma des seins chez la femme être provoqué ou entretenu par la gale : c'est par la suppression de cette cause qu'on devra commencer le traitement, mais il faut savoir que pour l'eczéma du sein consécutif à la gale, la lésion persiste souvent très-longtemps après la guérison de la gale ; d'autres fois, encore pour l'eczéma du sein, l'état de gestation, le fait de l'allaitement entretiennent la persistance de la lésion qui ne disparaît qu'avec la cause déterminante de cette manifestation.

Nous n'entrerons pas dans le détail des traitements à opposer aux variétés d'eczéma, tenant à la constitution du sujet. On sait, en effet, que M. Hardy croit peu à la réalité d'une distinction à établir entre l'eczéma herpétique et l'eczéma arthritique. Le fait est que bien souvent dans son service le même mode de traitement a été institué pour ces deux variétés, on ne remarque pas que les malades soient plus longtemps à guérir de leurs manifestations et plus souvent atteints de récidives que ceux traités dans les services voisins où l'eczéma arthritique étant en honneur, on soumet les malades au traitement par les alcalins.

Toutefois, M. Hardy est loin de méconnaître l'importance de la réunion d'un tempérament lymphatique et de la diathèse dartreuse. Aussi dans ces cas après avoir combattu le début des accidents par des cataplasmes de fécules et l'usage de purgatifs, il prescrit les pilules d'arséniate de fer et administre l'huile de foie de morue et le vin de gentiane.

Pour compléter ces notes, nous devons ajouter quelques mots sur l'usage des eaux minérales, bien que naturellement nous n'ayons pas été à même d'en juger les résultats pendant notre passage à Saint-Louis, puisque M. Hardy, dans le traitement à l'hôpital, s'est toujours borné à l'administration des bains d'amidon, rarement de bains alcalins et aussi parfois de bains sulfureux ; l'usage de ces derniers exigeant d'ailleurs beaucoup de prudence et de surveillance. De plus, nous avons indiqué plus haut l'efficacité des douches de vapeur dans certains cas, par exemple, lorsque l'eczéma siége au cuir chevelu, aux oreilles, à la face, c'est-à-dire dans des régions qui ne peuvent être plongées dans un bain. Les seules eaux minérales qui soient indiquées durant la première période et le début de la seconde sont les eaux purgatives : Hombourg, Kissingen, Marienbad, Hunyadi, Pullna. Ces eaux sont transportables, par suite

il est donc inutile de se déplacer pour faire une saison de bains.

Mais lorsque la maladie est parvenue à la période squammeuse, ou bien même au moment où les croûtes et les squammes sont mélangées, un séjour dans une station thermale peut hâter et consolider la guérison, Mais il faut agir avec prudence, car l'irritation pourrait être telle qu'une nouvelle poussée fut la conséquence d'un traitement thermal trop énergique ou mal dirigé. M. Hardy conseille souvent les eaux de Saint-Gervais, en Savoie, qui sont des eaux purgatives, diurétiques, un peu sulfurées ; il les prescrit surtout dans le cas d'eczéma ayant tendance à la chronicité chez les gens nerveux. Il faut, en effet, dans ces cas, éviter les eaux ayant une température élevée ou trop fortement sulfureuses.

Enfin, lorsque toute inflammation a disparu, et principalement dans la forme pityriasique de la diathèse, on peut faire usage modéré des eaux de Barèges, Bagnères de Luchon, Aix, Schinznach et Aix-la-Chapelle, ou bien encore celui des eaux du Vernet et d'Enghien. Les eaux d'Uriage si l'eczéma existe chez un sujet lymphatique ou scrofuleux devront être principalement recommandées. Celles de Louëche, dans les cas d'eczéma très-tenace à récidives fréquentes, provoqueront une inflammation substitutive salutaire. Enfin, M. Hardy défend généralement l'usage des eaux purement alcalines, et surtout l'usage des bains de mer.

Une des formes les plus tenaces de la diathèse dartreuse est le *psoriasis*. Nous n'avons pas ici à nous occuper des variétés d'aspect que peut revêtir le psoriasis, non plus que des variétés suivant le siége. Il nous suffit de rappeler que le psoriasis est une manifestation qui est sujette à récidive, que plus ces récidives se répètent et se rapprochent, plus l'affection devient tenace, plus elle devient difficile à guérir. Il faut donc au plus tôt essayer sinon de guérir, du moins s'efforcer de pallier les manifestations actuelles, et lutter contre les complications.

A la période initiale, les émollients généraux, les tisanes laxatives, de très-légers purgatifs sont utiles. Puis les manifestations aigües une fois dissipées, on s'adressera aux modificateurs généraux du vice dartreux et aux modificateurs locaux.

C'est encore la solution d'arséniate de soude qui est mise en usage par M. Hardy dans la plupart des cas.

J'ai vu dans un cas remarquable les bons effets obtenus par mon excellent maître, de l'administration du copahu à la dose de 4 à 6 grammes par jour, sous forme d'opiat associé à égale quantité de magnésie.

Mais cette médication est plus difficile à faire supporter au malade, l'odeur lui répugne, l'action sur les voies digestives se manifeste rapidement, cause une irritation qui bientôt oblige d'en suspendre l'emploi. Rien ne vaut l'arsenic à l'intérieur contre le psoriasis.

Comme traitement externe, les bains émollients très-fréquents au début, que plus tard on remplacera avec prudence par des bains de vapeur et même des bains sulfureux qui, légèrement irritants, agissent comme modificateurs locaux. Les bains à l'hydrofère comme dans l'eczéma trouvent ici leur emploi. Comme topiques, il faut être très-prudent. Je transcris ici quelques-unes des formules souvent indiquées par M. Hardy :

1. Axonge .... 30 grammes.
   Soufre sublimé .... 1 à 2 —
2. Protoiodure de mercure .... 1 gramme.
   Axonge ou glycérine ...... 30 à 40 —
3. Onguent citrin .... 5 à 10 grammes.
   Axonge .... 30 —

Puis enfin les préparations de goudron que l'on combine à l'axonge ou à la glycérine,

Soit : Glycérine. .. .. 30 grammes.
Faites chauffer et ajoutez : Amidon Q. S. pour consistance de pommade.
Ajoutez et mêlez : Huile de Cade.. 4 à 6 grammes.

Comme pour les autres modifications de la diathèse dartreuse, le régime doit être sévère, les excès, l'usage d'aliments épicés, le vin, le café, les liqueurs sont les causes de récidives comme pour l'eczéma.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. CHARCOT.

XXIIe LEÇON. — De la Cirrhose vulgaire.

(Résumé de la leçon du 16 juin).

C'en est assez, Messieurs, pour montrer que les deux affections, entre lesquelles nous nous proposions d'établir un parallèle, sont en opposition manifeste à peu près sur tous les points. Le moment est donc venu d'aller plus loin et de commencer l'exposé des caractères anatomo-pathologiques, macroscopiques qui distinguent la cirrhose atrophique.

Une propension, à proprement parler absolue, de l'hyperplasie conjonctive, dans la cirrhose de Laennec, est d'entraîner une atrophie progressive du foie. Le volume, ainsi que le poids, sont quelquefois réduits au tiers du taux normal, ou même davantage. La moyenne de 960 grammes, donnée par M. H. Fagge, est à mon avis au-dessous de la réalité.

Les atrophies poussées à l'extrême répondent, bien entendu, aux phases les plus avancées du processus morbide. Vous n'ignorez pas que beaucoup d'auteurs ont assuré que, dans une première phase de la cirrhose vulgaire, le foie passe souvent par une période d'hypertrophie. R. Bright paraît être un des premiers promoteurs, le premier probablement, de cette opinion qu'il a exprimée dans son très-intéressant mémoire sur la jaunisse, publié en 1836 (1). Il déclare avoir pu, dans un certain nombre de cas, constater au début de la cirrhose une hypertrophie du foie qui, dans le cours de la maladie, avait fait place à une atrophie plus ou moins accentuée. Budd, qui incline quelque peu à douter de l'exactitude de ces observations du grand maître, reconnaît cependant que les adhérences si fréquentes qui existent entre le foie cirrhosé, d'une part, et le diaphragme de l'autre en raison de la longueur des bandes fibreuses qui les constituent, semblent indiquer que, à un moment donné, au moment de la formation de ces adhérences, le foie était en contact avec les parties dont il s'est éloigné par suite de l'atrophie qu'il a subie. Quoi qu'il en soit, vous n'ignorez pas que, de temps à autre, se publient des observations où l'on trouve le foie volumineux et où l'on croit découvrir les premiers degrés de la cirrhose vulgaire. Aujourd'hui, l'existence bien démontrée de la cirrhose hypertrophique avec ictère doit rendre circonspect sur l'interprétation des faits de ce genre.

Je n'insisterai pas sur l'augmentation de consistance du foie cirrhosé, dont le tissu, dans les degrés extrêmes, crie, comme l'on dit, sous le tranchant du scalpel, non plus que sur sa déformation générale qui lui donne une forme globuleuse, des bords mousses, etc. Mais, je dois m'arrêter un instant sur l'aspect granuleux qu'il présente nécessairement. Les granulations se voient à la surface du foie, à travers la capsule généralement épaissie et opaque ou mieux, lorsque celle-ci a été enlevée, sous la forme de petites masses sphériques, ovoïdes, d'inégales dimensions, séparées les unes des autres par des sillons plus ou moins profonds. Pour vous guider dans l'appréciation de cet important caractère, je vous recommande l'étude attentive de la planche de Cruveilhier, insérée dans la 12e livraison de son *Atlas* et celle qui accompagne l'article *Atrophie* de l'Atlas de Carswell: ce sont les deux meilleures représentations que je connaisse. M. Frerichs, au contraire (fig. 38), a reproduit un cas exceptionnel, s'éloignant considérablement du type vulgaire. Il vous est possible, pourtant, sur cette planche de Frerichs, de constater la prédominance fréquente, mais rarement aussi prononcée des lésions sur le lobe gauche du foie.

Il importe de remarquer que les dimensions des granulations varient sur un même foie et d'un foie à un autre, dans de certaines limites toutefois. En général, ces dimensions oscillent entre celles d'un grain de millet et celles d'un pois: c'est là un foie à petits grains (*foie granuleux*, *Granulated Liver*). Mais, il est des cas où la majorité des granulations atteignent les dimensions d'une petite noisette (*hobnailed*), d'une petite noix, et sont séparées les unes des autres par des sillons de plus en plus profonds (*foie botryoïde*, *foie lobé*). Quelques auteurs ont cru pouvoir rattacher ces variétés

(1) Voir les numéros 13 à 30.
(2) *Guy's Hosp. Reports*, t. I.

à des différences dans le mode d'action de la cause supposée, l'alcool. La cirrhose à grosses granulations résulterait de l'usage de l'alcool concentré; la cirrhose à petits grains de l'usage de l'alcool dilué, bières fortes, etc. Le foie lobé serait propre à la syphilis. Rien, jusqu'à ce jour, ne légitime ces raffinements dans le diagnostic anatomique.

L'étude des coupes, faite à l'œil nu, conduit à reconnaître, dans la profondeur de l'organe, des dispositions qui répondent à celles qu'on voit à l'extérieur. Les granulations sont là représentées par de petites masses ovoïdes ou sphériques, de dimensions diverses et qui paraissent entourées de toutes parts par une enveloppe fibroïde. On peut les énucléer, sans trop de difficultés, surtout lorsque, suivant le conseil de Bright, on laisse macérer la pièce dans l'eau. Au bout de quelque temps, un simple filet d'eau, en chassant la substance des granulations, réduit la surface de section à une espèce de gangue conjonctive alvéolaire.

La couleur du contenu des alvéoles en question ou mieux des granulations doit être maintenant considérée. La teinte dominante est le jaune roux et c'est de là que vient le mot *Cirrhose*, je le répète, donné par Laennec. D'autres fois, c'est la couleur brune qui l'emporte; d'autres fois, enfin, surtout dans les périodes avancées, on note une coloration verte ou tirant sur le vert. Il est clair que la coloration générale du foie dérive de la couleur individuelle de chaque lobule. La couleur des granulations tranche d'ailleurs avec la teinte gris blanc, légèrement brillante du tissu conjonctif intermédiaire.

Les causes de cette diversité de coloration nous seront révélées par l'étude histologique; mais nous pouvons dire par anticipation que la présence du pigment biliaire, de la graisse, du pigment hématique, en proportion variable, rendent compte de ces différences dans la coloration du lobule.

Avant d'entrer dans l'étude histologique des lésions hépatiques de la cirrhose, je crois qu'il y a intérêt à étudier tout d'abord les parties à l'aide de la loupe ou tout au moins de faibles grossissements. Vous vous apercevrez bientôt que ce genre d'étude fournit des caractères importants, permettant d'établir à eux seuls une ligne de démarcation tranchée entre les diverses formes de la cirrhose et qui, à mon sens, ont été, surtout dans ces derniers temps, beaucoup trop négligés.

Déjà Carswell avait reconnu (1) que, dans la cirrhose vulgaire, les granulations qu'on pourrait appeler *granulations de premier ordre*, sont composées de granulations plus petites en plus ou moins grand nombre, et qui, elles-mêmes, sont formées d'un certain nombre de lobules hépatiques. Le revêtement fibreux de la granulation de premier ordre est constitué par une lame conjonctive relativement épaisse. Les travées qui séparent les granulations secondaires sont d'une moindre épaisseur ; enfin, toujours d'après Carswell, les lobules hépatiques sont séparés les uns des autres par des travées très-minces, ou au contraire souvent confondus les uns avec les autres sans ligne de démarcation bien tranchée.

Voici maintenant les résultats plus précis de l'examen fait par transparence sur des coupes durcies à l'aide de grossissements faibles. Je ne saurais trop vous recommander ce genre d'investigation dont la valeur sera rendue évidente, je l'espère, par la comparaison que nous allons faire à ce point de vue entre la cirrhose vulgaire, la cirrhose hypertrophique et quelques autres formes d'hépatite interstitielle.

1° Cirrhose vulgaire. (Cirrhose de Laennec, foie granuleux. Elle peut être dite *annulaire* en ce sens que les travées principales entourent, à la manière d'un cercle continu, la masse de substance hépatique qui compose la granulation. De ces travées principales partent des travées secondaires qui sont souvent incomplètes, à l'état d'ébauches, d'autres fois divisent la granulation principale en un nombre correspondant de granulations secondaires. Dans d'autres cas, qui paraissent répondre aux phases avancées, rarement atteintes d'ailleurs, chaque lobule hépatique est entouré d'un anneau fibreux complet et même un lobule peut être grossièrement divisé en deux ou trois segments par des tractus relativement épais. Quoiqu'il en soit, en se reportant au type ou aux premières phases de l'altération, on est autorisé à dire que ce genre de cirrhose est non-seulement *annulaire*, mais encore, *multilobulaire*, en ce sens que la granulation est, à l'origine, composée d'un certain nombre de lobules hépatiques serrés les uns contre les autres et qui ne sont pas séparés par des travées conjonctives. Il faut ajouter en outre que ce genre de cirrhose est essentiellement *interlobulaire*. En effet, la limite entre le parenchyme et le tractus fibreux est toujours nette, heurtée; on ne voit pas, contrairement à ce qu'écrivent certains auteurs qui ont confondu toutes les formes de cirrhose dans une même description, le tissu conjonctif pénétrer dans l'intervalle des colonnes de cellules ou des cellules elles-mêmes à la périphérie du lobule et les isoler les unes des autres. Tels sont les caractères les plus accentués dans ce type dont la cirrhose hypertrophique va nous donner le contre-pied.

2° L'examen d'une coupe prise sur le foie, atteint de *cirrhose hypertrophique avec ictère*, offre un aspect tout différent. Il est possible de qualifier, ici, la cirrhose d'*insulaire*, car l'altération procède en réalité par îlots qui se forment au niveau des espaces. Ces îlots de tissu conjonctif nouvellement formé sont d'abord arrondis; puis, ils poussent des prolongements, à extrémités obtuses, dans la direction des fissures. Ce n'est qu'à la dernière limite que les promontoires, appartenant à des îlots différents, finissent par se rencontrer et circonscrire le lobule dans toute son étendue. Même dans les cas anciens l'enceinte fibreuse du lobule reste çà et là interrompue et l'aspect que présente la coupe, rappelant le dessin géométrique d'un archipel est vraiment tout à fait spécial et bien différent, comme vous le voyez de celui qu'offrent les préparations de cirrhose vulgaire. Donc, nous avons là une cirrhose *insulaire* et *monolobulaire*. J'ajouterai que, en opposition à ce qui a lieu dans la cirrhose vulgaire, la substance du lobule, à la périphérie, est pénétrée progressivement par des travées conjonctives de second ordre qui insinuent entre les extrémités périphériques des colonnes de cellules. Il s'agit par conséquent, dans ces circonstances, d'une *cirrhose intra-lobulaire à marche centripète*.

Les caractères qui viennent d'être relevés et qui contrastent d'une façon si remarquable avec ceux qui distinguent la cirrhose vulgaire, ne sont pas l'apanage exclusif de la cirrhose hypertrophique avec ictère. On les retrouve, à titre de caractère commun, dans toutes les hépatites scléreuses interstitielles où l'altération systématique des canalicules biliaires paraît être le fait primitif. Ainsi : *a*) dans la cirrhose produite expérimentalement par la ligature du canal cholédoque ; *b*) dans celle qui résulte de l'oblitération des grandes voies biliaires par un calcul, par une tumeur cancéreuse. Seulement l'évolution des îlots semble alors s'arrêter pour ainsi dire en chemin et jamais elles ne va aussi loin que dans le cas de la sclérose hypertrophique.

3° Après avoir opposé la disposition annulaire de la cirrhose vulgaire à la disposition insulaire commune aux cas de cirrhose liée à une altération primitive des canalicules biliaires, nous n'avons pas épuisé la série.

Il existe au moins un troisième type de cirrhose que je me borne, actuellement, à signaler en quelques mots.

Ici, la cirrhose est à la fois intra-lobulaire et extra-lobulaire. Autour du lobule, elle forme des anneaux complets ; mais en même temps dans le lobule, elle s'installe dès l'origine, aussi bien à la périphérie qu'au centre, isolant les colonnes et même les cellules les unes des autres. On pourrait l'appeler *intercellulaire*, parce qu'un de ses caractères dominants est en effet de constituer autour de chaque cellule hépatique une véritable enceinte conjonctive.

Ce troisième type, bien distinct comme vous le voyez du précédent, se rattache à certaines formes d'hépatite interstitielle, encore mal déterminées cliniquement, mais dont quelques-unes cependant paraissent relever de la syphilis. Telle est en particulier l'altération syphilitique du foie des nouveaux-nés, pour la première fois décrit par M. le professeur Gubler et dont M. Baerensprung et M. Parrot ont bien fait connaître les caractères histologiques. *(A suivre.)*

(1) *Atlas*, planche 11, fig. 5. Art. *Atrophy*.

Tarif d'honoraires en Amérique. — On lit ce qui suit dont l'intéressante correspondance que M. Molinari adresse depuis quelque temps au journal des *Débats* : « On ne compte pas moins de 50 médecins à Savannah, dont 3 homœopathes et 2 thompsoniens, sans compter les praticiens nègres et autres qui opèrent en se passant de diplôme. J'ai sous les yeux le tarif imprimé des médecins de Savannah, et l'on ne saurait rien imaginer de plus pratique. Chaque visite, opération ou traitement, y est tarifé selon son importance. Une visite simple à un résidant 2 dollars ; à un non résidant 5 dollars ; une visite à bord d'un navire pendant le jour 5 dollars ; pendant la nuit 20 dollars ; une visite pendant les heures où le médecin reçoit les malades à son office 20 dollars ; un accouchement ordinaire 50 dollars ; avec complications 100 ; opération césarienne 500 dollars ; amputation d'un bras 50 ; d'une jambe 100 etc. etc. Ces prix ne sont toutefois qu'un minimum ; ils peuvent être augmentés selon l'importance des cas, à la discrétion du médecin; et un avis imprimé en tête du tarif avertit les clients que la note leur sera présentée tous les mois ou aussitôt que le traitement sera terminé. Ce système introduit par un médecin belge, plait beaucoup aux médecins et ne paraît pas déplaire aux malades. (*Gaz. hebdom.*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Encore les pancartes

Au moment où nous écrivions notre dernier bulletin, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique se réunissait pour examiner la question des nouvelles fiches. Les informations publiées par divers journaux sur la séance du Conseil n'ayant été l'objet d'aucun démenti jusqu'à présent, nous croyons pouvoir les reproduire en les résumant.

L'Assemblée n'était composée que de dix membres, parmi lesquels M. le Préfet de police, les autres, et notamment plusieurs médecins, étant absents de Paris; elle était présidée par M. Davilliers, régent de la Banque de France. M. de Nervaux s'est efforcé de justifier la mesure incriminée, et les raisons sur lesquelles il s'est appuyé montrent combien nous avions raison de dire qu'il ne s'était pas exactement rendu compte de la situation ni de l'importance de l'incident. Il ressort de ses explications que, dans sa pensée, les nouvelles fiches n'avaient d'autre but que de régulariser une pratique ordinaire dans les hôpitaux de Paris. Ainsi on avait l'habitude d'inscrire la religion du malade par une note manuscrite, placée au hasard sur la pancarte; la case nº 1 est destinée à recevoir une initiale jouant le même rôle. De même la case nº 2 où se place l'indication que le malade a reçu les sacrements, assigne seulement une place à une annotation utile pour empêcher qu'un malade ne reçoive deux fois l'extrême-onction; de même encore pour la case nº 4, qui prévoit le cas fort rare (un sur dix mille) où un malade manifeste le désir de changer de religion. En somme, si des comptes-rendus incomplets nous ont permis de bien saisir la pensée de M. de Nervaux, il a seulement prescrit de faire méthodiquement et au grand jour, ce qui se pratiquait habituellement sans ordre et d'une façon plus ou moins occulte.

En langage médical, les fiches nouvelles ne seraient donc que le symptôme récent d'une diathèse ancienne. A ce point de vue, si l'on admet que la pratique habituelle était bonne, il faut reconnaître que la mesure prise par M. de Nervaux est irréprochable. Mais le premier point est fort contestable; que les aumôniers tiennent note par devers eux des malades qui les ont demandés, qu'ils gardent dans leur calepin un *memento* des cérémonies accomplies, des sacrements administrés, à tel ou tel numéro; c'est leur affaire. Mais l'administration hospitalière ne doit pas intervenir dans cette comptabilité spirituelle; c'est en acceptant comme naturelle cette intervention et en lui traçant une formule, que M. de Nervaux a erré.

Si ce qu'on dit est vrai, M. le directeur général aurait commis en outre, en s'adressant au Conseil, la faute de se plaindre de la publicité donnée par M. A. Després à sa protestation, et de laisser entendre qu'il lui serait agréable de voir le Conseil blâmer ce chirurgien. Certainement M. de Nervaux ne partage pas sur la situation et le rôle des chefs de service, les fantastiques théories de l'*Union*; il ne croit pas qu'ils soient à la merci du directeur de l'établissement auquel ils sont attachés; il n'admet pas que leurs prescriptions, pharmaceutiques ou morales, puissent être mises à néant sans qu'ils aient rien à dire. Il sait que leur mission est plus haute, que rien de ce qui concourt à la guérison et au bien-être des malades ne doit leur être étranger, et que par conséquent, M. Després a fait son devoir en prenant la défense de leurs intérêts. En supposant que M. Després, par suite de circonstances que nous n'avons pas à examiner, n'ait pas pris le meilleur moyen, le mieux était encore de ne pas se laisser aller à un sentiment exagéré de susceptibilité administrative blessée, et de discuter la question en elle-même, sans s'arrêter à la manière dont elle était venue au jour.

M. Lauth, conseiller municipal, après avoir rappelé que la ville de Paris subventionnant grandement l'Assistance, il serait bon de ne pas froisser ses représentants, et parlé des abus que révélaient les fiches nouvelles, propose l'ordre du jour suivant :

Considérant que l'administration de l'Assistance publique, par une récente décision, a créé des fiches sur lesquelles devront être mentionnées les opérations religieuses des malades;

Que ces indications sont complètement étrangères aux règles de l'administration et tout particulièrement de l'hospitalité municipale;

Qu'elle a ainsi rendu officielles des pratiques qui, bien qu'étant tolérées jusqu'à présent, paraît-il, dans certains services, n'avaient cependant reçu aucune notoriété;

Considérant que plus d'une fois les malades se sont plaints des sollicitations qui leur sont adressées dans les hôpitaux par les ministres des différents cultes;

Considérant au surplus que la nouvelle mesure laisse deviner les manœuvres auxquelles les malades sont exposés;

Invite l'administration à supprimer les fiches récemment introduites par elle et à prendre les dispositions nécessaires pour qu'à l'avenir les ministres des différents cultes n'aient accès auprès des malades que lorsque ces derniers en auront manifesté le désir formel.

M. Ferry, maire du IXe arrondissement, acceptant à la rigueur les deux premières cases, déclara inadmissible la quatrième. Il aurait voulu, en outre, la suppression de la la vignette qui figure en tête des billets de salle, vignette d'un goût douteux et tenant une place facile à mieux utiliser. Après lui, M. Bouchardat, M. Péan de Saint-Gilles et M. Marbeau demandèrent la suppression de la case nº 4. Ce fut aussi l'avis de M. le Préfet de police qui repoussa l'ordre du jour proposé pour ne pas diminuer l'administration par un blâme. Un autre membre ayant d'ailleurs fait observer que le vote d'un ordre du jour sortirait peut-être des attributions du Conseil, M. Lauth retira son ordre du jour.

Finalement, le conseil de surveillance a décidé la nomination d'une Commission de cinq membres, chargée de rédiger une nouvelle fiche.

Selon nous, le Conseil de surveillance a pris le change; sa décision ne donne qu'en apparence satisfaction aux réclamations soulevées par les fiches nouvelles. C'est moins l'innovation de M. Nervaux, répétons-le, qu'il fallait condamner que les abus dont elle était la révélation; la chose importante n'était pas d'effacer quatre rectangles sur une pancarte, c'était de supprimer les pratiques habituelles d'inquisition et de pression religieuse, sans lesquelles les petits carrés avec leurs indications seraient fort inoffensifs. Quand après avoir bien travaillé, la Commission aura trouvé enfin une formule de pancarte irréprochable, pour ne pas être affichés les abus signalés n'en auront pas moins libre carrière comme devant. *Much ado about nothing.*

Que la commission nous permette donc de lui suggérer une idée qui abrégerait de beaucoup ses travaux : qu'elle supprime la pancarte. Le numéro qui est au pied de chaque lit suffira pour éviter toute confusion dans la distribution des tisanes, des rations, des exhortations, etc. Les renseignements administratifs nécessaires (nom, domicile

profession, etc.) peuvent, sans inconvénient, être soustraits à la vue des allants et venants dans les salles ; un registre à souche pour les recueillir, avec des numéros correspondant à ceux des lits sera suffisant. — Il n'est pas nécessaire non plus que les renseignements médicaux et les observations restent étalés aux pieds des malades dans un cadre de fer-blanc, où chacun peut en prendre connaissance ; ils seraient mieux à leur place dans un tiroir d'où ils ne sortiraient qu'à l'heure de la visite pour suivre le chef de service, avec le cahier de prescriptions. Pour les inscrire, c'est assez de feuilles de papier blanc ; que l'administration en fournisse aux médecins, c'est, en fait de pancartes, tout ce qu'on peut demander à la commission.

E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 septembre 1876. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

Suite de la discussion sur le spirophore.

M. PIORRY fait à propos de l'instrument de M. Woillez l'apologie du Plessimétrisme et de la nomenclature.

M. J. GUÉRIN donne lecture à l'Académie d'un mémoire sur les mouvements de la colonne vertébrale au point de vue de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie.

L'auteur a déterminé certains points de la colonne vertébrale au niveau desquels les mouvements de latéralité s'exécutent avec le plus d'étendue. Ces pointes ou *centres* sont : l'articulation de la 5e lombaire avec le sacrum, l'articulation de la onzième avec la douzième dorsale, l'articulation de la septième cervicale et de la première dorsale, les articulations de la tête et de la colonne cervicale. Au-dessus de chacun de ces centres, les articulations deviennent de moins en moins mobiles, jusqu'au centre immédiatement supérieur. — Au niveau des centres, il existe une disposition particulière des surfaces articulaires (analogie avec les articulations de la colonne vertébrale des ophidiens) qui rend compte de la possibilité et de l'efficacité des mouvements de flexion et de latéralité. — Dans la prochaine séance, M. J. Guérin terminera la lecture de son mémoire.

La séance est levée à 4 h. 1/2.

M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances de mai 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

8. Cancer du corps et du col de l'utérus ; par M. WEISS, interne des hôpitaux.

Nog...., 50 ans, est entrée le 8 mars dans le service de M. GUÉRIN pour divers accidents pouvant se rapporter dès l'abord à une affection utérine. Avant la maladie qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital, cette femme s'est bien portée, quoiqu'elle fût toujours faible et délicate. Réglée à 15 ans, elle a cessé de l'être à 45 ans. Deux ans après, en 1873, elle avait eu assez brusquement des fleurs blanches abondantes, puis elle avait commencé à souffrir du ventre ; les douleurs qu'elle ressentait avaient le caractère de celles qui précèdent les époques menstruelles. Néanmoins, *à aucune époque elle n'eut de métrorrhagie ;* c'est à peine si à trois reprises différentes elle avait vu apparaître un peu de sang. Cet état dura pendant trois ans, tout en s'aggravant insensiblement. La malade entre à l'hôpital.

On constate alors l'état suivant : La malade est considérablement amaigrie ; elle présente la teinte jaune-paille caractéristique de la diathèse cancéreuse. Pas de fièvre, mais le pouls est assez fréquent. Anorexie. Pas de constipation ; au contraire, la malade a souvent de la diarrhée. La miction n'est pas modifiée ; la malade accuse seulement parfois une brûlure en urinant. Mais ce sont surtout les signes objectifs fournis par la malade qui présentent de l'intérêt. Le *toucher vaginal*, en effet, révèle l'existence d'une tumeur arrivant jusqu'à l'entrée de la vulve et obstruant presque complétement le canal du vagin ; de telle sorte qu'il est impossible de reconnaître le siége du col utérin, de dire s'il est envahi par le néoplasme ou s'il constitue la tumeur. Celle-ci était du reste dure, bosselée, donnait la sensation d'un enchondrome. On ne pouvait pas la contourner, parce qu'elle paraissait absolument adhérente à la paroi antérieure du vagin. On n'y trouvait pas davantage avec le doigt un orifice ressemblant à celui du museau de tanche. Et comme l'introduction du spéculum était absolument impossible, on ne pouvait se renseigner à cet égard. La palpation du ventre combinée avec le toucher vaginal ne permettait pas de sentir au-dessus du pubis une tumeur bien appréciable ; du reste cette exploration était assez douloureuse. Le *toucher rectal* révélait l'existence d'une tumeur dure, remontant au-delà des limites que le doigt pouvait atteindre, et paraissant remplir toute l'excavation pelvienne. Cette tumeur paraissait absolument immobile malgré les mouvements que l'on cherchait à lui imprimer, de telle sorte qu'elle paraissait adhérente aux parois du bassin. L'autopsie démontra plus tard qu'il n'en était rien. En présence de ces signes, le diagnostic resta en suspens. L'idée d'une tumeur de mauvaise nature fut cependant parfaitement admise, quoiqu'il fut difficile de dire si elle avait son point de départ dans l'utérus ou les parois du bassin.

Les jours suivants l'état de la malade resta stationnaire, cependant elle s'amaigrissait de plus en plus. Mais, vers le 10 *avril*, les choses changèrent de face ; la malade éprouva de vives douleurs dans le ventre en même temps que celui-ci commençait à se ballonner et qu'une constipation opiniâtre se déclarait.

Quelques gaz cependant étaient encore rendus par l'anus. Pendant plusieurs jours cet état persista malgré l'emploi de purgatifs répétés. En présence de ces signes d'obstruction intestinale, on devait songer à établir un anus artificiel ; mais la malade s'était tellement affaiblie, qu'il était difficile de songer à une opération pareille et que l'on se contenta de lui donner des lavements, des purgatifs drastiques, et à lui pratiquer l'insufflation du rectum. Rien ne put vaincre la constipation, ni arrêter les vomissements qui s'étaient également montrés. Le ballonnement du ventre devint énorme, les douleurs très-vives ; en même temps des eschares se produisaient au sacrum. La malade succomba le 7 mai.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du corps, on constate d'abord les lésions de l'*obstruction intestinale ;* les anses intestinales, même celles de l'intestin grêle, sont distendues d'une façon énorme. Les tuniques sont si friables, qu'il se fait en plusieurs endroits des perforations accidentelles. Les organes du bassin sont enlevés avec le plus grand soin. On constate l'existence d'une *tumeur* ovoïde, très-manifestement formée par l'utérus tout entier, corps et col ; en effet, en détachant de la tumeur toutes les anses intestinales qui ont contracté des adhérences avec elle, on retrouve les différents culs-de-sac qui normalement entourent l'utérus. Sur les parties latérales de la tumeur, on trouve les ovaires englobés dans la masse du néoplasme et paraissant également altérés ; les trompes sont dilatées et remplies d'un liquide purulent. En pratiquant une coupe antéro-postérieure de la tumeur, on constate que dans la partie supérieure, le tissu morbide a un aspect caséeux ; il est très-ramolli et le doigt s'y enfonce avec la plus grande facilité. Le col utérin, au contraire, est déformé et constitué par une masse dure où l'état primitif du tissu morbide paraît s'être conservé. La cavité utérine est conservée ; elle communique par l'orifice du col, resté perméable, avec celle du vagin, mais on n'y trouve pas de matières sanieuses (ce qui est en rapport avec la petite quantité de pertes blanches qu'a eues la malade). Le néoplasme s'est propagé à l'intestin au niveau de la partie supérieure du rectum ; mais les tuniques extérieures seules sont envahies. La muqueuse est légèrement ecchymosée et ne présente pas d'autre altération ; il y a là un véritable rétrécissement circulaire qui obstrue complétement le calibre de l'intestin. Indépendamment de ces lésions on constate l'existence de ganglions dégénérés,

sur les parties latérales du bassin, un peu en arrière et au-dessous du trou sous-pubien ; ce sont ces ganglions, qui sont le point de départ de l'adéno-lymphite périutérine récemment décrite par M. Guérin. On ne trouve en nul autre point du corps de dégénérescence de même nature. Pas de ganglions lombaires, pas de lésions viscérales, pas de cancer de la colonne vertébrale.

L'examen microscopique a été fait par M. Longuet ; il a montré que la tumeur était un carcinôme proprement dit, mais un *carcinome dégénéré ;* car dans la plus grande partie de la tumeur, on constatait une transformation graisseuse de tous les éléments anatomiques. Au niveau du col seulement, le tissu morbide conservait ses caractères primitifs, et on y constatait nettement l'existence des cellules cancéreuses.

M. Longuet. La face interne de la muqueuse utérine est rarement le point de départ des tumeurs cancéreuses. Il est également assez rare de voir les tumeurs utérines subir la dégénérescence graisseuse. Cette observation est intéressante à ce double point de vue.

10. Dégénérescence athéromateuse du système artériel ; hypertrophie considérable du ventricule gauche. — Saillie notable de la symphyse pubienne en arrière : par M. Porak, interne des hôpitaux.

Mart... Amb..., 56 ans, laveuse, entre le 20 décembre 1875, salle Sainte-Claire, n° 28 (service de M. Moutard-Martin). Réglée à 13 ans, et régulièrement depuis, ce fut à 33 ans, à la suite d'un accouchement, que la malade remarqua pour la première fois, à la partie inférieure du cou et à droite, une petite tumeur du volume d'un œuf. Elle n'a pas augmenté de volume depuis, déjà elle était animée des mêmes battements que l'on peut constater aujourd'hui ; d'ailleurs, la malade n'a jamais reçu de coups ni de blessure en cette région. Aucun signe d'alcoolisme ; négation absolue de la malade à ce sujet. C'est une femme courageuse, négligeant sa santé ; elle ne peut pas nous donner des renseignements exacts sur le début de l'affection dont elle souffre. C'est à la suite de troubles considérables, de symptômes graves qu'elle se vit obligée de réclamer son admission à l'hôpital.

Le 1er *décembre* 1875, M... fut prise subitement, au milieu de la nuit, d'accès d'étouffements de durée très-variable, s'accompagnant de dyspnée anxieuse, de bouffées de chaleur, de sueurs abondantes, et de violentes palpitations. Les nuits suivantes, les accès se reproduisirent, tantôt ne durant qu'une dizaine de minutes, tantôt se prolongeant pendant une heure. Dans le jour, tous ces symptômes s'apaisaient et elle se portait à peu près bien. Cependant, au bout de quelque temps, sa santé subit le contre-coup de ces accès nocturnes ; elle maigrit et ses forces diminuèrent beaucoup.

Etat actuel. Nous constatons tout d'abord une dilatation générale des artères. Au cou, la carotide, surtout à droite, fait une saillie appréciable à l'extérieur et reconnaissable aux battements dont elle est le siége. La dilatation n'est pas régulière. On constate à sa partie inférieure près la clavicule, et en haut près l'angle du maxillaire, deux dilatations, dont la première est très-considérable ; les battements dilataient les deux poches dans tous les sens ; bien évidemment, ce ne sont pas des mouvements transmis. A gauche, la dilatation de la carotide est beaucoup moins prononcée. Les deux artères radiales sont dilatées, flexueuses ; elles sont dures, mais ne présentent pas de lésions athéromateuses ou calcaires suffisamment épaisses pour être reconnues avec évidence à la palpation. Les deux fémorales sont très-dilatées, mais surtout à gauche, et, de ce côté, on peut-même reconnaître que l'épigastrique et la circonflexe iliaque, à son origine, participent à cette dilatation générale. Il n'y pas de voussure thoracique sur le trajet des gros troncs vasculaires du médiastin antérieur, et l'on ne peut reconnaître à l'inspection attentive des espaces intercostaux l'existence de battements ; mais à la percussion, on constate une matité très-nette qui s'étend à deux centimètres du bord droit du sternum et que l'on peut suivre sous la clavicule de ce côté à une certaine distance.

A l'*auscultation*, on trouve un double bruit de souffle, le premier étant surtout très-intense ; son maximum siége au niveau de la crosse de l'aorte et s'atténue sur les artères plus éloignées, mais on le perçoit encore très-nettement sur le trajet du tronc brachio-céphalique, de la sous-clavière droite et des carotides. A la *palpation*, on sent un frémissement cataire. Le pouls est plein, fort, sans intermittence ; il est plus fort à gauche qu'à droite.

Au *cœur*, la matité cardiaque est plus étendue que de coutume, la pointe du cœur est déplacée en dehors et bat sous le mamelon ; le choc cardiaque est violent. A l'auscultation, on entend un bruit de souffle intense à la base et au premier temps. Le diagnostic fut donc : Dilatation générale du système artériel, hypertrophie du ventricule gauche, athérôme des valvules sygmoïdes de l'aorte ; la force des battements artériels ne nous autorisait pas à dire, rétrécissement aortique.

Etat général. Œdème considérable des extrémités inférieures, céphalalgie continuelle, accès d'étouffement fréquents pendant la nuit, pas d'appétit, digestions difficiles, pas d'expectoration, pas de fièvre, pas d'inégalité pupillaire, un peu de toux pendant le jour et pendant les accès nocturnes, amaigrissemeut. Par le repos prolongé, par l'administration de purgatifs drastiques et de diurétiques, surtout de la digitale, tous les symptômes s'amendèrent. L'œdème disparut presque complétement, les suffocations s'éloignèrent et devinrent peu intenses. Enfin, l'état général devint un peu meilleur et la malade demanda son exeat le 15 février 1875.

A peine chez elle, les accès de suffocation revinrent aussi intenses, et elle entra de nouveau dans le service le 1er *mars* 1876. Elle présentait tous les signes de l'asystolie la plus marquée : œdème très-prononcé des membres inférieurs, oppression continuelle, palpitations moins marquées, insomnie et accès d'étouffement nocturnes. Le pouls est plus faible qu'auparavant, mais il est moins marqué d'un côté que de l'autre. Les jours suivants, elle eut plusieurs fois, dans le courant de la journée, des accès de suffocation accompagnés d'une douleur poignante dans la région cardiaque avec irradiations vers le cou, pâleur et sueurs froides. Ces accès d'angine de poitrine ne se renouvelèrent que quatre ou cinq fois.

L'œdème fit depuis ce jour des progrès incessants. Il s'étendit aux parois abdominales, des phlyctènes se formèrent sur les cuisses, s'ouvrirent et furent le siége d'un écoulement sanieux continuel. Une eschare se forma au sacrum. La dyspnée devint de plus en plus marquée. La malade était toujours assise, et lorsqu'elle était vaincue par le sommeil, sa tête, au lieu de reposer sur ses oreillers, retombait en avant et elle s'appuyait sur ses genoux demi-fléchis. Dans les derniers jours, l'anasarque se généralisa, la face devint bouffie à tel point que la malade était à peine reconuaissable. Les paupières étaient tellement infiltrées qu'elle ne pouvait ouvrir les yeux. Et par la pression que subissait sa face en s'appuyant sur ses genoux, il se forma, au niveau de la paupière supérieure droite, une eschare, et un écoulement sanieux en fut la conséquence. Consécutivement à l'embarras toujours de plus en plus marqué de la respiration, les symptômes asphyxiques apparurent et finirent par occasionner la mort de cette malade le 16 avril.

On n'a trouvé de l'albumine dans l'urine que pendant les derniers jours. Le traitement prescrit à cette malade a consisté en diurétiques, chiendent nitré et digitale et de temps à autre, julep diacode, sirop d'éther, suivant que l'insomnie était plus ou moins marquée.

Autopsie, 24 heures après la mort. — Le *cerveau* est sain ; pas d'athérôme artériel. Adhérences généralisées et anciennes des deux plèvres. Œdème et congestion pulmonaires. Les *reins* sont notablement augmentés de volume et très-hypérémiés. *Foie* très-congestionné.

Nous devons surtout insister sur les lésions présentées par le *système artériel*. Il est dilaté dans toute son étendue, et pour rendre plus frappantes les mensurations que nous avons obtenues en différents points, nous les avons comparées avec les mensurations analogues du système artériel d'une femme de 28 ans, morte de péritonite puerpérale et dont l'endartère n'était pas d'ailleurs absolument saine.

Aorte immédiatement au-dessus des valvules sygmoïdes......	131 mm.	au lieu de	60 mm.
Aorte immédiatement à l'origine de la sous-clavière gauche...	119 mm.	—	48 mm.
Aorte à sa bifurcation.........	400 mm.	—	300 mm.
Iliaque primitive gauche à sa bifurcation.................	380 mm.	—	220 mm.
Iliaque primitive droite à sa bifurcation.................	350 mm.	—	220 mm
Tronc brachio-céphalique à sa bifurcation.................	650 mm.	—	330 mm.

Sur toutes les grosses artères que nous avons seulement examinées, on trouvait des plaques irrégulières, tantôt athéromateuses, tantôt calcaires, mais d'autres fois constituées seulement par des masses semi-transparentes. L'endartère était légèrement rosée, ne présentait pas la coloration jaune normale. Les *plaques calcaires* étaient d'autant plus abondantes que l'on examinait l'aorte plus près de son orifice cardiaque et là, immédiatement au-dessus des valvules sygmoïdes, on trouvait une véritable couronne de plaques épaisses, calcaires, criant sous le doigt et rugueuses. L'existence de ces plaques ossiformes nous rend parfaitement compte du bruit de souffle intense que nous entendions au premier temps et à la base du cœur. Il n'y avait pas de rétrécissement aortique.

En rapport avec l'immense obstacle apporté par ces lésions à la circulation artérielle, on trouvait au cœur une hypertrophie considérable du ventricule gauche sans lésion des orifices. Le *cœur* pèse 575 grammes, les parois du ventricule gauche ont plus de 2 centimètres, tandis que les parois du ventricule droit n'atteignent pas un demi-centimètre.

Enfin, nous devons signaler une dernière lésion qui est très-intéressante au point de vue de l'obstétrique. C'est une *saillie postérieure considérable de la symphyse du pubis.* Cette saillie est surtout très-prononcée à la partie supérieure et s'atténue graduellement de haut en bas. L'épaisseur de la symphyse est à l'union de son 1/3 supérieur avec ses 2/3 inférieurs de 3 centimètres. Une pareille crête diminue d'autant tous les diamètres antéro-postérieurs de l'excavation pelvienne.

11. Tumeur blanche du genou. — Mouvements de latéralité. Intégrité des ligaments latéraux ; par M. Moutard-Martin, interne des hôpitaux.

Revert Am., 46 ans, entra le 19 janvier 1876, dans le service de M. Gosselin. Il offre au genou gauche les lésions d'une tumeur blanche ancienne, avec mouvements de latéralité très-nets : aucun craquement articulaire ou osseux ne peut être perçu lorsqu'on imprime à l'articulation les mouvements dont je viens de parler. Toute intervention chirurgicale est contrindiquée par l'état des poumons qui sont atteints de tuberculisation au 3e degré. — Il succombe le 14 avril aux progrès des lésions pulmonaires.

Autopsie. Tuberculisation pulmonaire au 3e degré. Rien dans les testicules ni dans les viscères.

Genou gauche. Une fusée purulente fait communiquer la séreuse de la patte d'oie (atteinte de synovite fongueuse) avec l'articulation du genou au travers d'une simple éraillure des fibres du ligament latéral interne. Une autre fusée s'est propagée à la partie postérieure de l'articulation, dans le creux poplité.

Articulation. 1° Surfaces articulaires du fémur. Il y a disparition du cartilage en différents points et ulcération du cartilage à la partie moyenne des condyles du fémur. La partie dépourvue de cartilage a environ deux centimètres sur le condyle interne, et affecte la forme d'un rein. Sur le condyle externe, elle est arrondie, et a environ un centimètre de diamètre. Le cartilage qui recouvre le reste des condyles est usé, aminci, ramolli, et plus facile à décortiquer que normalement. La lamelle sous-cartilagineuse a disparu; 2° *Surfaces articulaires du tibia.* Il y a destruction du cartilage au côté externe de la facette articulaire externe et à la partie postérieure de la facette interne. Les altérations du cartilage sont d'ailleurs les mêmes que celles que nous avons notées sur le fémur, mais ici l'amincissement est encore bien plus marqué : la couche cartilagineuse est transparente, facile à décortiquer, on peut voir au-dessous d'elle le tissu osseux. La lamelle sous-cartilagineuse a également disparu; 3° *Rotule* : son cartilage est ramolli, mais non détruit.

Fibro-cartilages. Ils ont presque entièrement disparu, sauf au côté externe où il reste un tiers environ de celui qui correspond à ce côté. Encore est-il très-ramolli et diminué d'épaisseur. Il est impossible de trouver trace du fibro-cartilage interne. — Les *ligaments croisés* ne sont pas profondément altérés, mais ils sont couverts de fongosités.

Les ligaments périphériques (interne, externe et postérieur) *sont intacts*, cependant l'interne offre l'éraillure dont j'ai déjà parlé, formée par un simple écartement de ses fibres. — Le grand cul de sac de la synoviale est fongueux, très-épaissi. L'articulation contient une quantité notable de pus. Le *tissu osseux* paraît moins dur qu'à l'état normal : il se laisse pénétrer plus facilement par le scalpel. — Le périoste est épaissi et plus facile à détacher qu'il ne devrait l'être, notamment au niveau du fémur.

Réflexions. Cette pièce fournit une nouvelle occasion d'étudier les mouvements de latéralité dûs à la disparition des cartilages d'encroûtement et des fibro-cartilages inter-articulaires, *avec intégrité des ligaments périphériques de l'articulation.* On s'explique facilement pourquoi les craquements n'ont jamais pu être perçus : les parties dépourvues de cartilages ne pouvaient frotter l'une contre l'autre par suite de la saillie du cartilage persistant qui les entourait, et les convertissait en dépression. Il en résulte que les craquements peuvent manquer, et les altérations cartilagineuses être néanmoins assez profondes pour permettre des mouvements de latéralité comme dans le cas présent et, cela *alors même que les ligaments* sont *intacts.*

13. Tuberculose pulmonaire. — Cancer du pancréas, de la deuxième portion du duodénum et de l'ampoule de Vater. — Dilatation considérable des canaux biliaires. — Communication très-étendue de la vésicule biliaire avec le côlon transverse. — Péritonite chronique adhésive ; par M. L. Dreyfus, interne des hôpitaux.

Pen... L., 33 ans, entre le 10 avril 1876, à l'hôpital Temporaire, salle Sainte-Hélène, n° 26, (service de M. Hayem).

Il a toujours joui d'une excellente santé : jamais d'accidents syphilitiques. Mais il a fait autrefois quelques excès alcooliques et a travaillé pendant tout l'hiver dans des caves humides. La maladie débuta, il y a sept mois, par l'ictère, qui, des conjonctives, s'étendit rapidement à tout le corps. Un mois après, il eut un premier accès de colique hépatique (douleurs très-vives dans l'hypochondre droit, vomissements, accès de fièvre). Huit jours après, nouvel accès ; après un intervalle d'une semaine, troisième accès. L'ictère persistait, les selles étaient décolorées, les urines rougeâtres. La santé était cependant encore assez bonne.

Il entra à Saint-Antoine, d'où il sortit amélioré après un séjour d'un mois. Mais le jour même de sa sortie, il fut repris de fièvre avec frissons répétés, courbature, grande faiblesse, douleurs dans l'hypochondre droit, phénomènes qui s'amendèrent au bout de douze jours. Au commencement d'avril, il alla à Vincennes; mais, l'ictère devenant de plus en plus intense, il se décida à entrer à l'hôpital.

Etat actuel, 16 avril. Malade de constitution robuste, mais amaigri. Ictère intense, verdâtre, généralisé. Selles régulières, blanchâtres. Urines rouge-acajou, avec reflet verdâtre, riches en pigment biliaire, sans trace d'albumine (2 litres). — Fonctions digestives peu altérées. Appétit diminué; assez fréquemment, vomissements après ses repas. Toux assez fréquente la nuit depuis quelques jours. Douleur assez vive, continue, exaspérée par la pression, à 3 travers de doigt au-dessous des fausses côtes, dans l'hypochondre droit. A la palpation, sensation d'empâtement, sans saillies ni bosselures, au niveau de l'hypochondre et de l'épigastre. — Impossibilité de préciser les dimensions du foie. — Sonorité dans tout l'abdomen, tympanique au niveau de l'estomac qui paraît dilaté. Rate normale.

L'auscultation et la percussion du thorax ne donnent pas de renseignements bien précis. Aux deux sommets, en arrière, un peu de submatité ; quelques râles disséminés dans la poitrine. Rien au cœur. Le pouls est assez fort, 90. La température, normale le matin, s'élève le soir à 38°, 5. *Traitement :* vésicatoire sur la région hépatique. Pot, Iod, pot. 1 gr. Extrait thébaïque 0,05.

Jusqu'à la fin d'avril l'état du malade ne se modifia pas sensiblement; cependant l'ictère devint plus intense, et les urines de plus en plus rouges. L'appétit resta assez satisfaisant : tendance à la constipation. Selles presque entièrement décolorées. La région hépatique est moins douloureuse.

Du 1er au 8 mai. L'ictère paraît sensiblement diminuer. On applique successivement deux vésicatoires sur la région hépatique. Les urines renferment des traces d'albumine; l'urée des 24 heures, au début de 20 gr. est tombée le 7 mai à 17 gr. 4, et le 10 mai à 13 gr. 7. Léger bruit de souffle systolique à la pointe.

8 *mai.* Le malade raconte que ses selles renfermaient de petits corps durs, qui avaient causé une assez vive douleur pendant la défécation.

Du 8 au 11 mai. L'ictère est beaucoup moins intense, bien que les urines et les selles n'aient pas subi de modifications. L'état général ne s'est pas sensiblement modifié; toutefois le malade se dit mieux portant. Les signes fournis par l'examen de la région hépatique n'ont pas varié.

12 *mai.* Le malade se plaint d'une diarrhée extrêmement abondante. Cette diarrhée l'affaiblit considérablement.

13 *mai.* Il est très-faible, très amaigri ; les selles sont devenues de plus en plus nombreuses. Le 14 mai au matin, le malade est très-affaissé ; la mort survient dans l'après-midi.

Autopsie. — Granulations miliaires disséminées dans les deux poumons : au centre des poumons, petits foyers caséeux. Granulations sur la plèvre diaphragmatique. Rien au cœur.

Foie. — Au niveau du bord droit et de la face inférieure du foie, nombreuses adhérences péritonéales, minces et finement vascularisées. Par leur intermédiaire, le foie adhère à la paroi abdominale sur une étendue d'un centimètre environ. Les ganglions à la face inférieure du foie sont noirâtres, très-volumineux, comprimant légèrement le canal cholédoque et le canal cystique. On trouve à la face inférieure du foie *deux masses* entourées d'adhérences péritonéales. La première est formée par le pancréas la seconde portion du duodénum et l'extrémité du canal cholédoque, la seconde par le côlon transversal de la vésicule biliaire. Le pancréas, dans toute son étendue, est criblé de petites tumeurs marronnées, en partie molles et en partie dures, ayant l'aspect de l'encéphaloïde et surtout développées au niveau de la tête de l'organe. En ouvrant le duodénum dans sa seconde portion, on constate que la paroi en est occupée par des masses fongueuses de même nature que les tumeurs du pancréas. Quelques-unes pénètrent dans l'orifice de l'ampoule de Vater et viennent faire saillie dans le canal cholédoque qui est presque entièrement oblitéré. En un point des masses cancéreuses du duodénum, on voit sourdre d'un petit orifice une certaine quantité d'un liquide séreux. C'est l'orifice du canal pancréatique considérablement dilaté dans toute son étendue. En suivant les *conduits biliaires* vers le foie, on constate une dilatation considérable du canal cholédoque et des petits conduits biliaires dans l'intérieur de la glande hépatique. Celle-ci, non modifiée dans son volume, a une coloration verdâtre très-prononcée. Le canal cystique est également très-dilaté. Les adhérences péritonéales ne permettent pas de séparer la vésicule biliaire du côlon transverse. En l'incisant, on constate qu'elle communique par une large ouverture avec le côlon transverse. Dans son intérieur est un magma semi-liquide, brunâtre, dans lequel flotte, appendue à la paroi, une membrane grise, noirâtre, qui paraît constituée par la muqueuse gangrénée. Pas de calculs dans la vésicule. — *Aucune autre lésion*, sauf une dégénérescence graisseuse peu marquée des reins, dans leur portion corticale.

L'*examen microscopique*, fait par M. Gombault, a démontré l'existence des tubercules dans les poumons : la tumeur duodénale était un cancer alvéolaire. Quant aux lésions du foie, ce sont celles qu'on observe à la suite de la rétention biliaire : dilatation des canaux biliaires, qui ne semble pas dans ce cas s'étendre jusqu'aux plus fins canalicules; hypertrophie du tissu conjonctif périlobulaire.

Réflexions. Cette observation est intéressante à plusieurs titres. Notons d'abord la coexistence chez un homme encore jeune, des deux diathèses tuberculeuse et cancéreuse. Malgré les lésions du poumon et du canal intestinal, malgré l'ictère permanent, l'état général est resté assez bon jusqu'aux derniers jours de la vie. Quant à l'existence des calculs biliaires, elle n'est pas démontrée, bien que fort probable en raison des accès de colique hépatique et de la présence, signalée par le malade, de petits corps durs dans ses fécès. Il est permis de croire que les phénomènes se sont enchaînés de la manière suivante : oblitération du canal cholédoque par le cancer du duodénum et du pancréas, rétention de la bile, formation des calculs qui, parvenus dans la vésicule, y ont déterminé une inflammation aiguë ; adhérence, puis communication de la vésicule avec le côlon transverse.

M. Longuet. Les urines ont-elles été examinées au point de vue de la coloration bleue? Cette coloration pathologique a été attribuée récemment à des affections du pancréas.

M. Dreyfus. L'examen n'a pas été dirigé dans ce sens; on a seulement constaté une diminution du chiffre de l'urée.

11. Arthrite sèche du coude. — Hernie scrotale double : rapport anormal de la vessie; par M. Féré, interne provisoire des hôpitaux.

Quand le nommé P..., âgé de 75 ans, est entré à la salle Sainte-Foy (service de M. Bouchard, à Bicêtre), il venait de tomber en apoplexie et était dans une résolution complète, dans un coma profond dont aucune excitation ne pouvait le tirer. La face était pâle, les lèvres cyanosées ; on ne remarquait aucune déviation des traits, mais une dilatation pupillaire bilatérale très-prononcée. La respiration stertoreuse présentait des arrêts momentanés pendant lesquels la face devenait turgide. Ces sortes de menaces d'asphyxie revenaient presque toutes les cinq minutes.

On n'observe pas de mouvements convulsifs. Tous les membres sont flasques ; on peut les étendre ou les fléchir sans la moindre difficulté ; sauf le *bras gauche.* Les mouvements du coude de ce côté sont peu étendus : l'extension ne peut se faire complétement, et dans la flexion on ne peut dépasser l'angle droit même avec effort ; dans ces limites les mouvements sont aisés ; la pronation et la supination s'exercent à peu près comme à l'état normal. Il n'y a pas de déformation bien appréciable du coude ; l'épaisseur au niveau du pli articulaire paraît cependant un peu plus considérable que du côté sain. La peau de la région ne présente aucune cicatrice. Toutes les autres articulations paraissent saines.

Le scrotum est distendu par deux hernies du volume du poing environ, la droite un peu plus grosse.

Six heures après son entrée, le malade meurt sans être sorti du coma.

Autopsie. — *Cerveau.* Les circonvolutions paraissent aplaties sur les deux hémisphères. Les artères de la base sont très-athéromateuses. Les quatre ventricules sont distendus par un épanchement sanguin qui paraît avoir eu son origine dans la couche optique gauche dont la partie antérieure est détruite. Les organes splanchniques ne présentent rien de spécial, sauf une congestion considérable des deux poumons et une induration des valvules aortiques avec un peu d'insuffisance.

La *vessie* fortement distendue remonte jusqu'à un peu moins d'un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Malgré cette distension du réservoir urinaire, le péritoine descend jusque sur le pubis, et en rasant la symphyse avec un scalpel à plat, on touche le fond du cul-de-sal qu'il forme en avant de la vessie. Cette disposition anormale paraît due à ce que le péritoine attiré en bas de chaque côté de la ligne médiane pour former deux sacs herniaires considérables, bridait pour ainsi dire la vessie en avant, et n'a pu se laisser refouler qu'en arrière. Au point de vue de la ponction hypo-

gastrique, il serait intéressant de rechercher si cette disposition exceptionnelle existe fréquemment ou toujours dans les cas de hernies scrotales doubles et volumineuses.

Coude gauche. Les parties fibreuses qui entouraient l'articulation ont paru seulement un peu épaissies. Le liquide qui s'écoule de la cavité articulaire semble être de la synovie normale.

Bien que tous les ligaments aient été coupés, ce ne fut qu'après de longs tâtonnements et un certain effort que je pus parvenir à séparer les surfaces articulaires, ce qui tenait à une disposition spéciale des apophyses de l'extrémité supérieure du cubitus. Tout autour des surfaces articulaires, on trouve des végétations osseuses plus ou moins proéminentes. L'olécrâne déformé et rugueux est fortement recourbé en crochet et se rapproche du sommet de l'apophyse coronoïde qui est assez notablement allongée, de sorte que les deux sommets des deux apophyses du cubitus ne s'éloignent plus que de 11 millimètres, et pincent pour ainsi dire la trochlée humérale sur laquelle le cubitus ne pouvait plus exécuter que des mouvements très-limités. En arrière de la petite cavité sigmoïde du cubitus, on trouve encore une saillie assez considérable dans la direction du ligament annulaire. Sur certains points la surface articulaire est dépourvue de cartilage et comme éburnée; sur d'autres le cartilage est sain.

La demi-circonférence interne de la cupule du radius présente une usure assez considérable qui semble avoir été destinée à compenser en quelque sorte les autres déformations de l'articulation pour permettre aux mouvements de pronation et de supination de continuer à s'effectuer. L'extrémité inférieure de l'humérus présente aussi des déformations, mais moins considérables. On remarque surtout en avant quelques saillies qui comblent en partie la cavité coronoïdienne et s'opposaient encore à la flexion. En dehors, on trouve une surface irrégulière comme rongée, comme s'il y eût eu une perte de substance aux dépens de l'épicondyle (1).

M. Després. Les lésions de l'humérus ne revêtent pas ici le caractère de l'arthrite sèche : l'épicondyle a disparu, et ce fait montre qu'il s'agit d'une fracture ancienne de l'épicondyle autour de laquelle se sont formés des dépôts osseux. On sait en effet que dans les fractures articulaires, et surtout chez les sujets âgés, on voit souvent se développer dans la suite une véritable arthrite sèche.

M. Houel. Je ne puis partager l'opinion de M. Després. Je regarde cette pièce comme un type d'arthrite sèche développée sans fracture antérieure. Elle en offre tous les caractères. La disparition de l'épicondyle n'infirme pas mon opinion : le condyle est en rapport normalement avec le radius qui, dans le cas qui nous occupe, ne jouait plus aucun rôle; dès lors les parties de l'os situées au-dessus de l'articulation immobilisée et l'épicondyle se sont atrophiées.

M. Després. Je ferai remarquer que ni l'épicondyle ni l'épitrochlée ne sont des surfaces articulaires, et que néanmoins l'épitrochlée persiste alors que l'épicondyle a disparu.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE.

L'introduction du système métrique dans l'ophthalmologie; par E. Landolt. Broch. A. Delahaye, 1876.

En 1875, le Congrès de Bruxelles décida et promit même de ne plus employer que le système métrique dans les formules optométriques. Un an bientôt s'est écoulé, de nouveaux ouvrages ont paru qui mettent en regard les deux annotations en pouces et en dioptrie, mais cependant telle est la force de l'habitude, que dans tous les centres ophthalmoscopiques de Paris, nous comptons souvent, même toujours, en pouces; on traduit ensuite en dioptrie.

L'auteur a donc suivi la foi jurée à Bruxelles, en exposant et en vulgarisant le système métrique; du reste pour passer du système ancien au nouveau, il suffit de se rappeler que la dioptrie correspond à une lentille de 37" de distance focale, et qu'ainsi 4 D = $\frac{37}{4}$ = 9, notre ancien n° 9.

Pour tous les calculs de myopie, d'hypermétropie, d'accommodations, cette annotation est assurément plus facile, plus rapide que l'ancienne.

L'auteur donne dans cet opuscule l'image d'un œil artificiel construit sur son indication, et dont le maniement est véritablement précieux. Grâce à une capsule postérieure dépolie et quadrillée, à une loupe pour examiner les images puis à une vis, on peut donner à cet œil dont l'axe est normal toutes les degrés d'amétropie et les corriger avec un verre placé au devant de la cornée-lentille. Dans l'*ophthalmoscope* qu'il présente, M. Landolt, en combinant la plaque de petites lentilles, a réalisé 42 numéros différents de dioptries. Remarquons que les verres ont un certain diamètre, chose précieuse dans l'usage de ces instruments, si difficiles à nettoyer.

M. Landolt décrit encore le phakhomètre de Snellen, que nous avons vu fonctionner à sa clinique. Cet instrument d'un maniement facile, sert à contrôler exactement le n° des verres et le centrage des montures.

Clinique ophthalmologique du Dr de Wecker, relevé statistique; par le Dr Masselon, année 1875. — Paris, A. Delahaye, 1876.

Nous avons chaque année rendu compte des nombreuses opérations pratiquées à cette clinique, ainsi que des nouvelles méthodes de traitement employées par M. de Wecker pour perfectionner les procédés connus, ou faire progresser la thérapeutique opératoire. La courte notice de 1875 n'est pas moins intéressante que les précédentes. Pour les cataractes nous relevons :

Cataractes simples	229
Compliquées	6
Traumatiques	9
Pyramidales	1
Congénitales	4
Secondaires	6

Sur les 229 cataractes simples, 50 ont été opérées par le procédé Græfe où l'extraction linéaire simple et ont donné : 29 cas avec S au-dessus $\frac{1}{2}$; 14, S entre $\frac{2}{5}$ et $\frac{1}{10}$ et 5 restent indéterminés.— 179 cataractes ont été opérées par la méthode nouvelle et ont donné :

86 — S au-dessus de $\frac{1}{2}$
67 — S au-dessus de $\frac{1}{5}$
12 — au-dessus de $\frac{1}{10}$
6 sont encore indéterminées.
3 fois la cornée a suppuré.
2 fois il y a eu irido-choroïdite.
3 fois des hémorrhagies profondes.

M. de Wecker qui emploie son nouveau procédé opératoire décrit dans une note à l'Académie des sciences, c'est-à-dire l'incision périphérique sans iridectomie, avec instillation d'ésérine, constate qu'il a vu 11 fois une légère issue du corps vitré et 25 fois de petits enclavements de l'iris. Il ne veut pas ériger cette modification en règle générale, et s'applique à déterminer au contraire les cas qui lui conviennent. La tension du globe doit faire choisir le procédé ancien.

L'iridectomie a été pratiquée 171 fois : 15 fois comme moyen anti-phlogistique, 14 fois pour modifier la marche des rayons visuels.

L'iridotomie, faite avec les instruments spéciaux à M Wecker, c'est-à-dire avec la pince-ciseau, a été exécutée 35 fois : 5 fois simple, 30 fois double. C'est assurément cette dernière opération qui est appelée à jouer un rôle important dans la chirurgie oculaire. Acceptée aujourd'hui en Europe et en Amérique, elle a pour elle l'absence de changements brusques dans la pression oculaire, de tout tiraillement ; la facilité d'exécution et le minimum de traumatisme produit. On sait que l'iridotomie double n'implique pas une incision en V, mais la pénétration de l'iris par le couteau arrêt : incision par laquelle la pince-ciseau sectionne alors les fausses membranes, par exemple, et l'iris dans les cas de cataractes secondaires.

Pour le strabisme, nous notons 102 ténotomies dont 8 avancements. — Signalons deux cas de cysticerque dont un guéri par l'extraction complète de la vésicule en conservant à l'œil sa forme et son apparence normales.

Un dernier chapitre, intitulé de l'*anse à filtration*, nous an-

(1) La pièce est déposée au Musée Dupuytren.

nonce une méthode hardie, mais essentiellement rationnelle et physiologique ayant pour but de s'opposer aux décollements de la rétine par les épanchements antéchoroïdiens.

Les résultats que nous avons pu constater déjà à la clinique de M. de Wecker, et à propos desquels *une* élève vient d'écrire une thèse inaugurale intéressante, ces résultats, disons-nous, sont déjà importants et font penser que probablement cette méthode sera d'un immense secours dans un grand nombre d'affections oculaires profondes.

F. PONCET (de Cluny).

BIBLIOGRAPHIE

De l'influence de la fabrication du gaz d'éclairage sur la santé des ouvriers qui y sont employés; par le Dr BOUTEILLIER (de Rouen). — (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers*, mai-juin 1876).

Après une étude intéressante des procédés de fabrication du gaz, l'auteur passe en revue successivement les ouvriers employés à la fabrication proprement dite (chaufferie, épuration) et ceux qui s'occupent des résidus de fabrication. Les chauffeurs n'éprouvent que bien peu d'accidents, encore sont-ils imputables le plus souvent à l'alcoolisme. L'épuration se fait au moyen de poudres humides et de substances désinfectantes, partant pas d'accidents pulmonaires dus à la pénétration de poussières, pas d'asphyxiés puisque les gaz délétères sont détruits à mesure qu'ils se produisent. Quant aux résidus de fabrication, ce sont des matières bitumeuses dont les émanations sont plutôt favorables que nuisibles à la santé de l'ouvrier. On sait en effet que la coqueluche et certaines variétés d'asthme sont quelquefois combattues efficacement par le séjour dans les usines à gaz. Aussi le Dr Bouteillier se croit-il fondé à conclure : 1° que la santé des gaziers n'est nullement altérée par l'exercice de leur profession ; 2° et si, contrairement à cette assertion il y a une influence, qu'elle est salutaire.

H. de B.

Contribution à l'étude physiologique du chlorhydrate d'apomorphine, par le Dr DAVID, ancien interne de l'hôpital cantonal de Genève. Lausanne 1875.

Le Dr David avait déjà publié quelques-unes de ses recherches dans une note communiquée à l'Institut (*Bull. de l'Ac. des Sc.*, août 1874); le travail que nous analysons contient, outre quelques faits nouveaux, le détail des expériences auxquelles il faisait allusion. Il complète ainsi les thèses de *Bordier* et *Routy* (1874) et les travaux sortis du laboratoire de *M. Vulpian.*

L'auteur s'occupe successivement des points suivants : action physiologique du chlorhydrate d'apomorphine ; préparation et dosage de la solution; action combinée de la morphine et de l'apomorphine ; action combinée du chloroforme et de l'apomorphine ; action combinée du chloral et de l'apomorphine ; influence de la section des nerfs vagues et de la paralysie des nerfs vagues par l'atropine, sur l'action de l'apomorphine ; influence de l'asphyxie prolongée ; action du chlorhydrate d'apomorphine sur la sécrétion de la bile.

Dans la dernière partie, purement expérimentale, le Dr David étudie les phénomènes d'excitation produits par l'apomorphine chez certains animaux : 1° chez le chat; 2° le pigeon; 3° les rongeurs.

Les limites de cette notice nous empêchent d'entrer dans le détail des intéressantes expériences qui suivent ; nous nous contenterons de reproduire les principales conclusions auxquelles l'auteur est arrivé par la discussion de quarante observations :

I. Le chlorhydrate d'apomorphine est un vomitif simple, relativement aux autres. Ses actions secondaires sont presque nulles. Il est applicable par la voie hypodermique et agit dans un temps relativement court.

II. Cependant il ne doit être administré qu'avec prudence, à cause de la tendance particulière à la syncope et au collapsus qu'il occasionne chez certains sujets.

III. Son action est directe sur le centre du vomissement, et non réflexe comme on l'a dit.

IV. La dose de 4 milligrammes est suffisante pour l'homme.

V. La solution aqueuse verdit au bout de quelque temps, mais peut rester active pendant un an.

VI. 3 centigrammes de morphine empêchent, chez le chien, l'action de l'apomorphine.

VII. Chez le chien le chloroforme employé à dose résolutive retarde jusqu'au moment du réveil l'action de l'apomorphine.

VIII. Il en est de même pour l'anesthésie due à l'injection intraveineuse de chloral.

IX. Il serait donc contre-indiqué d'employer l'apomorphine comme contre-poison des substances précédentes si celles-ci avaient déjà produit l'anesthésie.

X. Le décubitus dorsal n'empêche pas, d'une façon absolue, la production du vomissement chez le chien.

XI. La section des nerfs vagues n'empêche pas l'action de l'apomorphine et, dans la paralysie de ces nerfs produite par l'atropine, diminue cette action.

XII. L'état asphyxique (obstruction du larynx) n'empêche pas l'action du médicament.

XIII. L'apomorphine n'a pas d'influence sur la sécrétion biliaire chez le chien.

XIV. Certains animaux ne possédant pas la faculté de vomir, sont excités d'une façon spéciale par ce médicament — l'action est alors encore centrale.

H. de BOYER.

VARIA

Congrès international d'hygiène.

Les délégués du gouvernement français au congrès international d'hygiène et de salubrité de Bruxelles sont MM. le duc d'Audiffret-Pasquier, président du Sénat, président d'honneur ; Dumoustier de Frédilly, directeur du commerce intérieur ; le docteur Tardieu, membre de l'Académie de médecine; Léon Renault, député ; Proust, agrégé de la Faculté de médecine de Paris; Claude Bernard, professeur au Muséum, membre de l'Académie française; Bouchardat, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Buquet, président du conseil d'administration des établissements de bienfaisance ; Dr Laussedat, député ; Dr H. Liouville, député ; de Montaignac, ancien ministre, sénateur ; Perrin, médecin en chef du Val-de-Grâce.

Jurisprudence médicale.

Exercice illégal de la médecine. — Le tribunal correctionnel de Paris a prononcé, le 7 septembre, plusieurs condamnations contre des individus qui exerçaient illégalement la médecine. L'un des condamnés, âgé de quarante trois ans et se qualifiant étudiant, prétendait échaper à l'application de la loi, par ce qu'il n'avait pas pris le titre de docteur et qu'il s'était borné, disait-il, à ordonner quelques remèdes à des clients venus à ses consultations. Un autre dont la spécialité était de soigner des panaris affirmait ne pratiquer aucune opération et se borner à appliquer sur le mal une pommade ou onguent. A coté de ces deux prévenus une femme comparaissait pour avoir délivré un remède secret à l'aide duquel elle prétendait guérir les taches de naissance, loupes, kystes, etc., Comme il arrive toujours, les prévenus étaient défendus à l'audience par des témoins guéris, et accusés par des témoins estropiés et furieux.

Le tribunal a prononcé des amendes de 100 fr., par application de l'art. 36 de la loi du 19 ventôse an XI, interdisant à tout individu d'exercer la médecine ou la chirurgie, sans avoir le diplôme de docteur ou le certificat d'officier de santé.

Homicide par imprudence; prévention distincte de l'accusation d'infanticide. — Une femme, acquittée de l'accusation d'infanticide, peut parfaitement être reprise pour homicide par imprudence de son enfant nouveau-né. Cette solution fréquemment consacrée par la jurisprudence, l'a été le 16 août par le tribunal correctionnel de Vassy, qui a rejeté l'objection de chose jugée opposée par la prévenue. L'art. 360 du Code d'instruction criminelle, disposant que toute personne acquittée légalement ne pourra plus être reprise ni accusée à raison du même fait ne fait pas obstacle, a dit le tribunal, à ce qu'une femme accusée pour infanticide, soit recherchée pour homicide involontaire.

Le bénéfice de l'acquittement prononcé par la Cour d'assises au profit d'un accusé ne peut être étendu au-delà du fait même produit dans l'acte d'accusation et de la qualification qu'il y avait reçue.

Une prévention d'homicide commis par maladresse ou imprudence est tout-à-fait distincte de l'accusation d'un meurtre volontaire ; statuant au fond le tribunal a condamné la prévenue à un an et un jour de prison et 50 fr. d'amende.

Service médical de l'exposition de 1878.

M. Krantz, commissaire général de l'Exposition universelle, vient d'organiser le service médical de cette Exposition. Un poste médical, destiné à la visite des ouvriers malades ou blessés, sera établi sur les chantiers du champ de Mars ou du Trocadéro. Le personnel se composera d'un médecin en chef, de deux médecins adjoints et de deux infirmiers. Les ouvriers blessés, après avoir reçu sur place les premiers secours, seront soignés gratuitement à l'hôpital ou à domicile, selon qu'il sera décidé par le médecin. Pendant la durée de l'interruption obligée du travail, les ouvriers mariés ou soutiens de famille recevront la moitié de leur salaire habituel. Lorsque, par suite de blessures, ils seront devenus impropres aux travaux de leur profession, on leur allouera en outre la moitié de leur salaire pendant une année. Lorsqu'un ouvrier marié

ou ayant des charges de famille aura été tué sur les travaux ou aura succombé à la suite soit de blessures, soit d'une maladie occasionnée par les travaux, sa veuve ou sa famille auront droit à une indemnité de 600 francs. Ces secours pourront être augmentés par décision spéciale du Ministre, selon la position et les besoins des victimes et de leurs familles. Les ouvriers qui auront été blessés en état d'ivresse ne recevront que des secours médicaux. Le médecin en chef est chargé de prendre toutes les mesures d'hygiène nécessaires pour sauvegarder la santé des ouvriers.

Faculté catholique de Lille.

Le *Propagateur*, de Lille, donne les renseignements suivants sur la Faculté catholique de médecine de Lille, qui doit s'ouvrir en novembre prochain. Dès le 15 novembre au plus tard, la Faculté sera en mesure de donner des inscriptions. Pour l'année 1876-77, on organise seulement les cours de première et de deuxième année. La troisième année sera ajoutée en 1877-78. Au bout de deux ans, l'organisation sera complète. Les professeurs, imitant les établissements d'instruction secondaire qui se fondent, ont décidé de n'admettre que les élèves qui commencent leurs études.

On avait eu un moment la pensée de réunir dans un même lieu tous les services; mais des difficultés administratives ont obligé à ajourner cette combinaison, et, pour l'année prochaine au moins, on a pris les dispositions suivantes : Cliniques, à l'hôpital Sainte-Eugénie; Travaux pratiques, à la maison Saint-Maur (rue de la Barre); Travaux anatomiques, à l'amphithéâtre en construction en dehors de la porte Saint-André.

Pour les étudiants en médecine comme pour les étudiants en droit, des bulletins trimestriels seront envoyés aux familles. L'Université catholique a pris la résolution de ne pas admettre les étudiants qui ne visent qu'au brevet d'officier de santé. De même pour les étudiants en pharmacie, on n'admettra que les aspirants au diplôme de pharmacien de première classe. Enfin, il y aura pour les étudiants une messe tous les dimanches, avec une instruction se rapportant à leurs besoins spéciaux.

Faculté de médecine de Lille. — 1° Sont nommés chargés de cours à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille : Médecine légale, M. Baggio: — Pharmacie, M. Lotard, — Histoire naturelle, M. Girard, docteur ès-sciences, chargé de cours à la Faculté des sciences de Lille et ancien professeur à l'école préparatoire de cette ville. — Physique : M. Terquem, professeur de physique à la Faculté des sciences de Lille. — Chimie organique : M. Lescieur, dr en médecine, licencié ès-sciences mathématiques, préparateur des cours de chimie organique à la Faculté des sciences de Paris. — Physiologie : M. Morat, dr en médecine, ancien chef des travaux anatomiques de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon; lauréat de la Faculté de médecine de Paris. — Anatomie : M. Folet, ancien professeur adjoint de l'école préparatoire de Lille. — 2° Sont chargés de cours de clinique complémentaire à ladite Faculté, savoir : Cours de clinique ophthalmologique : M. le dr Huidier, médecin du dispensaire ophthalmologique de l'hôpital St-Sauveur, de Lille. — Cours de clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. le dr Castelain, chargé des fonctions d'agrégé. — Cours clinique complémentaire des maladies des enfants : M. Cattiaux, chargé des fonctions d'agrégé. Cours de clinique des maladies mentales : M. Bouteille, chargé des fonctions d'agrégé, médecin de l'asile public d'aliénés d'Armentières. — 3° Sont nommés : Chef des travaux anatomiques : M. le dr Demois, chargé des fonctions d'agrégé, ancien chef des travaux anatomiques de l'école préparatoire de Lille. — Chef des travaux chimiques : M. le dr Thibaut, chargé des fonctions d'agrégé, ancien chef des travaux chimiques à ladite école. — Chef de clinique médicale : M. le dr Looten. — Chef de clinique chirurgicale : M. le dr Goser.

— Le *Messager du Midi* annonce que M. Eustache, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, vient d'accepter les fonctions de professeur d'anatomie près la Faculté catholique de médecine de Lille.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 21 septembre 1876, on a constaté 855 décès, savoir : variole, 4; — rougeole, 17; — scarlatine, 2; — fièvre typhoïde, 61; — érysipèle, 4; — bronchite aiguë, 27; — pneumonie, 32; — dysentérie, 2; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 16;— *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 4; — croup, 15;—affections puerpérales, 3;— autres affections aiguës, 258; — affections chroniques, 358; dont 137 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 31; — causes accidentelles, 26.

Londres. — Population : 3,489.428 hab. — Décès du 12 au 18 septembre 1,119. — Variole, 16; rougeole, 6; scarlatine, 50; fièvre typhoïde, 16; érysipèle, 9; bronchite 77; pneumonie, 46; dysentérie, 3; diarrhée, 58; *choléra nostras*, »; diphthérie, 6; croup, 8; coqueluche, 17.

Faculté de médecine de paris. — M. Petit, docteur en médecine, est chargé provisoirement des fonctions de sous-bibliothécaire, en remplacement de M. Ollivier, démissionnaire.

Sont nommés chefs de clinique médicale : M. Homolle en remplacement de M. Sevestre, dont le temps d'exercice est expiré; — M. Hanot en remplacement de M. Ducastel, dont le temps d'exercice est expiré; — MM. Pierret et Landouzy sont nommés chefs de clinique adjoints. M. le docteur Lattenx, né à Paris le 8 avril 1840, est nommé chef de laboratoire à l'hôpital des cliniques, en remplacement de M. Monot, démissionnaire. M. Duret, institué aide d'anatomie par arrêté en date du 24 août 1876, entrera en fonctions à dater du 1er avril 1877. Il est créé une cinquième place d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

M. Potain professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de clinique médicale à la même faculté, en remplacement de M. Béhier, décédé. M. Martel, aide de clinique, est nommé chef de clinique obstétricale à la dite faculté, en remplacement de M. le Dr Pinart.

Ecole de médecine de Toulouse. — M. Guitard, professeur de pathologie interne à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1876-77, par M. Cauhet, suppléant à ladite école. M. Chabert est nommé prosecteur d'anatomie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse.

Ecole de médecine de Marseille. — MM. Villeneuve et Marcorelles, docteurs en médecine, sont institués suppléants des chaires de chirurgie près l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Ecole de médecine de Clermont. — M. Blatin, suppléant d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, est maintenu pour un an dans ses fonctions.

Concours pour le prosectorat des hopitaux. — Le jury est ainsi composé : MM. Cazalis, Chauffard, Cusco, Guyon, Perier, Tillaud, Trélat. — Les candidats inscrits sont : MM. Amodru, Faure, Garnier, Henriet, Kirmisson, Longuet, Marcano, Nepveu, Schwartz, Thoreus. — La première épreuve (Désignation des pièces sèches), qui devait avoir lieu le 4 août, a été [illegible] mardi [illegible] octobre.

Concours des prix d'internat. — Le jury est ainsi composé : MM. Siredey, Lasègue, Lépine, Damaschino, Benjamin Anger, Delens, Lucas-Championnière.

Concours de l'internat. — Voici les noms des juges tirés au sort : MM. Audhoui, Dujardin-Beaumetz, Blachez, Laboulbène, Terrier, Lefort et Guéniot; *juges-suppléants* : MM. Empis, Grancher, Bouchut, Briquet, Duguet, Liouville, Gillette, M. Sée, Nicaise, Desprès, Richet.

Tronc de l'hopital de la Charité. — L'ouverture qui a eu lieu le 22 août dernier, du tronc existant dans la chapelle de la Charité, a constaté l'existence d'une somme de 2.595 fr. 80 c. Le directeur de l'assistance publique remercie les donateurs inconnus de cette libéralité.

Conseils d'hygiène et de salubrité. — Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique, le Ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner des récompenses honorifiques aux membres des Conseils d'hygiène et de salubrité, qui se sont le plus distingués par leurs travaux pendant l'année 1874. Nous publions seulement les noms des membres récompensés appartenant au corps médical.

Médaille d'or: M. le docteur Rollet, membre du Conseil d'hygiène du Rhône. Médailles d'argent : MM. le docteur Pujos (Gers); les docteurs Micé et Caussade (Gironde); Louveau, pharmacien (Ille-et-Vilaine); le docteur Joire (Nord); le docteur Houzelat (Seine-et-Marne); les docteurs Rampal et Roux (Bouches-du-Rhône). Médailles de bronze : MM. le docteur Dieuzaide (Gers); les docteurs Ancelin et Dupuis (Oise); Dhuicque, pharmacien (Oise); les docteurs Aiguilhon et Malmenaide (Puy-de-Dôme); le docteur Marx (Seine-et-Marne); le docteur Rousselin (Seine-Inférieure); le docteur Faux (Somme); le docteur Caussé (Tarn).

(*Gazette des hôpitaux.*)

Légion-d'honneur. — Le Président de la République a décoré lors de sa visite à l'hôpital de Besançon, M. Chenevier, chirurgien en chef.

Ecole normale de gymnastique a paris. — La direction de l'instruction primaire, à la Préfecture de la Seine, s'occupe de la création d'une école normale de gymnastique dans l'intérieur de Paris. Cet établissement, conçu dans d'assez vastes proportions, possédera des cours spéciaux où les instituteurs des écoles de la ville pourront apprendre les éléments de cet art, afin de l'enseigner à leurs élèves. Le projet, dit le *Siècle*, vient d'être définitivement arrêté par les architectes, et sera provisoirement soumis au Conseil municipal. (*Union médicale.*)

Nécrologie. — On annonce la mort : de M. le Dr Viardin, président de l'association des médecins du département et de la société médicale de l'Aube, décédé à l'âge de 73 ans.

Du docteur Robineau (Alcide), reçu en 1863, avec une thèse sur l'emploi de l'eau froide en chirurgie, qui était un praticien estimé de Fontenay-en-Vendée. Il était depuis plusieurs années le médecin de l'hôpital de cette ville.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à cinq heures.

Chouppe (H.). Recherches thérapeutiques et physiologiques sur l'ipéca. Paris, 1874. In-8 de 40 pages. 1 fr. Pour nos abonnés, 0 fr. 60.

Cornil (V.). Leçons sur l'anatomie pathologique et sur les signes four-

4e ANNÉE. — N° 41 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 7 OCTOBRE 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. S. DUPLAY.

Des tumeurs ganglionnaires de la région cervicale. Lymphadénôme. — Lymphosarcôme.

Leçon recueillie par E. MAROT, interne du service.

Messieurs,

Nous avons aujourd'hui à prendre un parti à l'égard d'un jeune homme qui est entré récemment dans nos salles pour se faire débarrasser d'une tumeur volumineuse de la région cervicale du côté gauche.

Vous avez entendu le malade, âgé de 19 ans, déclarer que l'existence de cette tumeur date de l'époque de sa première enfance; depuis l'âge de trois ans jusqu'à ces deux dernières années, il n'avait surpris aucune modification du volume de sa tumeur: elle restait grosse à peu près comme une noix ordinaire. Longtemps, il ne s'en est pas inquiété. Cependant en 1874, sur le conseil d'un médecin, il essaya de faire disparaître cette cause de difformité au moyen d'applications de teinture d'iode; ce traitement n'amena pas de modification sensible et fut bientôt abandonné. L'attention du malade fut de nouveau appelée de ce côté il y a trois semaines: il remarqua une augmentation rapide du volume de sa tumeur. Selon lui, elle a triplé de grosseur en peu de temps et sans cause appréciée de lui. Il n'a jamais souffert à ce niveau et nous n'avons pu saisir aucun indice d'inflammation, soit locale soit éloignée, ancienne ou récente.

Actuellement nous voyons derrière l'angle de la machoire et contournant cet angle c'est-à-dire à la partie supérieure et latérale du cou, une tumeur ovoïde plus grosse qu'un œuf de poule et qui empiète sur la région parotidienne. Le grand axe mesure 10 centimètres de longueur: il n'est pas vertical, mais oblique en avant et en bas, étendu du lobule de l'oreille jusqu'au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur. La surface est régulière dans son ensemble, mais on y trouve facilement un sillon transversal qui divise la masse en deux portions bien distinctes. Les renseignements du malade, aussi bien que les caractères objectifs, permettent d'affirmer que le lobe inférieur représente la tumeur ancienne, dure, lisse et arrondie mais à surface légèrement inégale, sans points ramollis toutefois; l'autre portion paraît d'évolution récente: on peut l'isoler de la première à l'aide de la palpation: sa consistance est plus faible, mais elle n'est pas plus que l'autre, fluctuante. Partout, au devant de cette masse, la peau est restée mobile et saine car nous pouvons négliger une légère cicatrice qui résulte d'une brûlure ancienne. D'autre part, on peut détacher et mobiliser la tumeur, parfaitement indépendante des parties profondes, c'est-à-dire du bord antérieur du sterno-mastoïdien.

En un point à peu près symétrique du côté droit du cou, nous avons trouvé une autre petite masse du volume d'une noisette, de forme aplatie, dure, indolente et mobile: elle ne diffère de l'autre que par le volume.

La réunion de ces caractères et la notion du mode de développement permettaient d'affirmer dès l'abord qu'il s'agit d'une tumeur ganglionnaire; nous devons rechercher maintenant la nature de cette tumeur. L'*adénite aiguë* se révèlerait par des symptômes inflammatoires qui n'ont jamais existé chez notre malade; l'*adénite chronique* en revanche paraissait moins improbable. Si nous avions pu retrouver chez le sujet des indices de diathèse scrofuleuse, ce diagnostic eût été naturel; mais tout chez lui indique au contraire une affection primitive des ganglions. Il est bien rare en effet que l'adénite chronique laisse une masse ganglionnaire aussi distincte et facilement isolable; vous connaissez au contraire la physionomie particulière des ganglions tuméfiés chez les scrofuleux; ils sont entourés d'un empâtement diffus amené par la périadénite ou l'adéno-phlegmon. Nous ne pouvons songer davantage à la *tuberculisation* ni à la *transformation caséeuse*. L'*adénopathie syphilitique* est à rejeter *a priori* à cause du volume de la tumeur et de l'âge du sujet.

Nous avons ainsi successivement éliminé toutes les variétés du groupe des adénites ou des adénopathies symptomatiques, mais il reste encore à examiner une classe importante des tumeurs ganglionnaires.

Ce groupe, bien distinct du premier, comprend les divers genres d'*hypertrophie ou hyperplasie ganglionnaires*. Ici, le pronostic n'est plus aussi assurément bénin que dans les affections que j'énumérais tout-à-l'heure, et l'opportunité de l'intervention chirurgicale exige, avant qu'on l'établisse, un examen sérieux. A vrai dire, Messieurs, tout n'est pas élucidé encore dans ce chapitre des hypertrophies ganglionnaires primitives: il renferme, confondues en histologie comme en clinique, des productions qui paraissent identiques mais dont le pronostic est bien différent, les unes bénignes, les autres d'une gravité singulière.

Si vous vous reportez un moment, Messieurs, à la conception de la structure du ganglion lymphatique, vous trouvez que l'organe se compose de deux éléments associés, l'un *cellulaire* ou mieux *glandulaire* et l'autre *conjonctif* et *réticulé*, véritable émanation de la membrane d'enveloppe. Les deux éléments peuvent s'exagérer parallèlement et l'on donne à cette hypertrophie régulière le nom de *lymphadénome* ou d'*hypertrophie vraie*. — Dans d'autres cas, l'hyperplasie porte sur un seul des éléments à l'exception de l'autre, et la tumeur qui en résulte est un *lympho-sarcôme*. Sa consistance indique assez bien lequel des deux éléments a dépassé l'autre et la prolifération cellulaire produit le lympho-sarcôme mou, la conjonctive, le lympho-sarcôme dur. Or, sans que l'histologie ait pu jusqu'à présent nous en donner la raison, ces trois formes d'hyperplasie ganglionnaire (lymphadénome, lympho-sarcôme mou, lympho-sarcôme dur) sont susceptibles de revêtir les types cliniques les plus dissemblables. En effet, tandis que certaines de ces tumeurs conservent indéfiniment un caractère de bénignité parfaite, d'autres présentent le pronostic le plus grave, soit qu'elles affectent d'emblée la marche des tumeurs les plus malignes, c'est-à-dire qu'elles se généralisent et récidivent sur place, soit qu'elles n'acquièrent ce caractère de malignité qu'après être restées plus ou moins longtemps stationnaires.

Dans ce dernier cas, l'intervention chirurgicale est plus nuisible qu'utile; bien souvent elle imprime au mal un élan nouveau.

Vous concevez dès lors, Messieurs, de quelle importance est la précision du diagnostic; malheureusement la clinique ne dispose à cet égard d'aucun élément de certitude. Au temps de Velpeau, on agissait sans distinction contre toutes les hypertrophies ganglionnaires; quelquefois, le résultat était funeste et l'on invoquait simplement le cancer: il s'agissait évidemment de lympho-sarcômes. Le progrès accompli depuis sur ce point d'anatomie pathologique, s'il ne guide pas sûrement, a du moins cet avantage de rendre aujourd'hui les chirurgiens plus réservés. On doit craindre de porter la main sur certains lymphadénomes ou lymphosarcômes parce que c'est se condamner à voir une prompte récidive sur place et dans les ganglions voisins, souvent même une généralisation dans les viscères.

Appliquant à notre malade ces données générales, nous

devons reconnaître que le diagnostic n'a pas une certitude suffisante pour dissiper toute appréhension. Cependant nous pouvons, je pense, incliner davantage vers l'idée d'une hypertrophie simple et bénigne. L'âge du sujet, la lenteur du développement de la tumeur semblent l'indiquer, mais des réserves sont à faire, si l'on songe aux progrès récents et rapides et à l'apparition du petit ganglion que nous avons trouvé à droite. D'un autre côté, comme cette tumeur, actuellement bénigne, peut prendre dans la suite des allures d'une tumeur maligne, cette considération me parait de nature à encourager l'intervention.

Je vous signalerai encore en terminant, un caractère en faveur de la nature bénigne de l'affection, c'est le sens dans lequel la tumeur a fait ses progrès récents. L'extension du lympho-sarcôme se fait en général sur la route suivie par la lymphe. Chez notre malade, il est évident que le développement s'effectue dans l'ordre inverse, puisque les progrès récents ont eu pour effet d'allonger la tumeur vers le haut. Cette dernière raison me détermine à pratiquer l'extirpation aussi complète que possible, car il ne faut rien attendre des agents modificateurs généraux ni locaux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Faculté de médecine. — M. CHARCOT.

XXIIIe Leçon. — De la Cirrhose vulgaire (1).

(Résumé de la leçon du 19 juin).

Messieurs,

Ainsi que j'ai eu l'occasion de le faire ressortir plusieurs fois déjà, il est un fait qui domine en quelque sorte l'anatomie et la physiologie pathologiques de la cirrhose atrophique : je veux parler des lésions que subissent les ramifications intra-hépatiques de la veine porte et qui ont pour conséquence d'entraver plus ou moins profondement le courant sanguin qui, de l'intestin, se dirige vers les veines sus-hépatiques.

Cette obstruction se traduit par une stase sanguine dont la veine porte abdominale est le siége. Les divers phénomènes qui peuvent être la conséquence de cette stase, — c'est là un fait que j'ai laissé entrevoir — jouent un rôle prédominant dans l'histoire clinique de la cirrhose atrophique et méritent par suite d'être, pour nous, l'objet d'une étude particulière.

L'existence de la stase sanguine que je viens de signaler est d'ailleurs chose facile à demontrer. L'ascite en est la conséquence la plus vulgaire, le mieux connue ; mais, même en l'absence de celle-ci, la stase est encore mise hors de doute par toute une série de phénomènes que nous allons rapidement passer en revue.

A. En premier lieu, c'est la *distension congestive*, souvent énorme, que subissent les divers rameaux qui se rendent à la veine porte et le tronc lui-même de la veine. Cette distension peut aller jusqu'à produire la rupture des parois veineuses, qui elle, à son tour, peut être suivie d'hémorrhagies rapidement mortelles. C'est là un fait qu'il importe de ne pas ignorer. Afin d'appeler particulièrement votre attention sur ce point, je crois utile de citer quelques exemples :

Dans un cas rapporté par MM. Moxon et Wilks (*Pathological anatomy*), il existait une vaste collection sanguine (anévrysme faux) remontant jusque derrière le foie. — Dans un autre cas publié par le Dr P. Giacomini, cas dont il sera encore question de nouveau tout à l'heure, il s'agissait d'une femme, âgée de 22 ans, dont il est possible de résumer ainsi l'histoire : pas d'ascite, — rate énorme, — ponction pour thoracentèse, mort inopinée quelques semaines après par syncope. On trouva à l'autopsie un grand épanchement de sang coagulé dans l'épaisseur de l'épiploon gastro-hépatique et très-peu de liquide dans la cavité péritonéale. Le foie était granuleux. Bizzozero y reconnut une obstruction des vaisseaux portes intra-hépatiques. Nous reviendrons dans un instant sur ce cas qui offre un bel exemple de la dilatation des veines *para-ombilicales* dans la cirrhose.

B. La tuméfaction de la rate, accompagnement fréquent, à peu près nécessaire, suivant quelques auteurs, de la cirrhose atrophique est encore, pour une bonne part au moins, une conséquence de l'oblitération des veines intra-hépatiques.

C. Une autre conséquence, et même une nouvelle preuve de l'existence de la stase sanguine abdominale, c'est le développement d'une *circulation supplémentaire* par suite de laquelle le sang veineux porte, trouvant obstacle du côté du foie, se dirige par des voies diverses, et que nous étudierons minutieusement, vers le système veineux général.

Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer qu'il existe une sorte de balancement entre le développement de cette circulation supplémentaire qui fait passer le sang veineux porte dans le système des veines caves et la production de l'ascite, en ce sens que l'ascite manque ou disparait, si elle existait déjà, lorsque la circulation supplémentaire s'opère sur une large échelle. Selon toute vraisemblance, l'ascite ne s'observerait jamais, dans la cirrhose atrophique, si l'établissement de cette circulation supplémentaire ne rencontrait habituellement des difficultés le plus souvent insurmontables.

Je citerai quelques faits à l'appui de ce que j'avance : 1° Dans le cas cité tout à l'heure de M. Giacomini, il n'y avait pas d'ascite ; les veines para-ombilicales étaient développées et l'on découvrit une hémorrhagie dans l'épaisseur de l'épiploon gastro-splénique ; — 2° Plusieurs cas insérés par M. Sappey, dans son important mémoire nous montrent une circulation collatérale très-prononcée coïncidant avec l'absence de l'ascite (1) ; — 3° Monneret a rapporté (2) une observation de cirrhose dans laquelle les veines abdominales avaient pris dans les derniers temps de la vie un volume très-notable ; à l'autopsie, on ne trouvait plus traces de l'ascite dont l'existence avait été constatée deux mois auparavant ; — 4° Dans un cas de cirrhose qui, à l'origine, était compliqué d'ascite, Frerichs vit l'ascite disparaître au bout de six semaines en même temps que se développaient de gros cordons veineux au voisinage de l'ombilic.

D. L'obstacle à la circulation veineuse dans le foie est encore rendu manifeste par la difficulté qu'on éprouve à faire pénétrer les injections. Celles-ci, fréquemment, ne vont pas au-delà des trois ou quatre premières divisions de la veine porte. Telle est l'opinion de Rindfleisch, confirmée, d'ailleurs, par Bamberger. Cependant, les choses ne sont pas toujours aussi accentuées. L'injection pénètre souvent jusqu'aux lobules, mais à la vérité, d'une façon incomplète. En tout cas, les injections de Frerichs, faites par les veines sus-hépatiques et par l'artère hépatique, dont le tronc est quelquefois dilaté jusqu'à mesurer 14 à 15 millimètres de diamètre, tendent à montrer que le liquide, par ces voies, pénètre beaucoup plus facilement que lorsqu'il est poussé par la veine porte.

Quoi qu'il en soit, l'obstruction des vaisseaux intra-hépatiques a quelquefois pour résultat une oblitération des gros troncs extra-hépatiques eux-mêmes. C'est, en particulier, ce qui ressort des observations de Carswell (3) et de Monneret. Frerichs a publié lui aussi (*loc. cit.*, p. 17) un cas relatif, comme les précédents, à une oblitération fibrineuse des grosses branches de la veine porte.

Insister davantage serait, je crois, superflu. Les considérations qui précèdent font, en effet, suffisamment ressortir le rôle considérable que joue dans la cirrhose l'interruption plus ou moins prononcée du courant sanguin à travers le foie. Je ne crois pas, toutefois, pouvoir me dispenser d'entrer dans le détail, concernant le mécanisme longtemps cherché et aujourd'hui bien établi, au moins dans ses principaux traits, suivant lequel se produit cette circulation supplémentaire que je signalais tout à l'heure à votre attention.

Cette étude se fait le plus souvent par les moyens ordinaires de l'anatomie descriptive. A l'aide d'injections et sans l'intervention obligatoire des instruments grossissants, il est possible de reconnaître les dispositions principales qui président à l'évolution du processus. Mais il est nécessaire de posséder au préalable une connaissance approfondie des voies de communication qui, à l'état normal, existent entre les diverses parties du système porte et le système veineux général. On peut dire, en effet, très-sommairement, que c'est par l'intermédiaire de ces *voies naturelles* que s'effectue, dans l'immense majorité des cas, la circulation collatérale.

Il ne faut pas ignorer pourtant que, quelquefois, l'établissement supplémentaire s'opère par des voies pathologiques. A titre d'exemple, nous citerons les adhérences qui se font entre le foie et le diaphragme. Des néo-membranes vasculaires font adhérer les deux organes. Les membranes diaphragmatiques reçoivent du sang des vaisseaux diaphragmatiques, branches appartenant au système de la veine cave ; les néo-membranes hépatiques, au contraire, reçoivent le sang de la veine porte par la voie des veines capsulaires, entre autres, et de cette façon les deux systèmes sont mis en communication. C'est à Kiernan que nous devons la démonstration de ce

(1) Voir les nos 13 à 35 ; 38, 39, 40.

(1) Mémoire présenté à l'Académie de Médecine.

(2) *Archives générales de médecine*, 1852, t. XXIX, p. 395.

(3) Article *Atrophie*, pl. II, fig. 1.

fait qui est rare et, d'ailleurs, le rétablissement de la circulation par cette voie est peu efficace.

Il n'en est pas de même, je le répète, du rétablissement de la circulation qui s'effectue par les voies naturelles. C'est ici le lieu de faire remarquer que le système veineux porte, ainsi que l'anatomie le démontre, n'est pas isolé, comme on le dit quelquefois, schématiquement, de la circulation veineuse générale. Il s'y rattache, au contraire, par des voies multiples et dans des directions très-diverses. Mais la description de ces voies de communication, de beaucoup d'entre elles au moins, est le plus souvent négligée par l'anatomie descriptive ordinaire, parce qu'elles se font par des vaisseaux de petit diamètre et qu'elles sont sans importance physiologique. Mais ces voies *latentes*, s'il est possible de s'exprimer de la sorte, peuvent, ainsi que nous allons le voir, prendre un grand développement et acquérir, dans l'état pathologique, une importance capitale. C'est M. le professeur Sappey, je me plais à le déclarer tout d'abord, qui a fixé et développé nos connaissances à cet égard. Nous ne possédions que des notions très-confuses et très-imparfaites jusqu'au moment où a paru son travail présenté à l'*Académie de médecine* et intitulé : *Recherches sur un point d'anatomie pathologique relatif à l'histoire de la cirrhose.* Il fut suivi d'un rapport intéressant de M. le professeur Robin. *(A suivre.)*

PATHOLOGIE EXTERNE

De l'élongation hypertrophique de la portion vaginale du col de l'utérus,

Par le Dr **L.-E. DUPUY**, ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

Notre excellent ami, le docteur Naudier, interne des hôpitaux de Paris, a bien voulu nous communiquer l'observation suivante où l'autopsie fit découvrir un abcès rétro-utérin chez une femme âgée de 34 ans, mariée et se trouvant par conséquent dans les conditions que nous venons de supposer.

OBSERVATION VIII. — *Elongation hypertrophique du col de l'utérus : complication d'abcès rétro-utérin d'origine ancienne et de pelvi-péritonite. — Généralisation de la péritonite. Mort.* (NAUDIER.)

X....., femme de 34 ans, mariée, mais sans enfants, se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu. Elle est très-souffrante, se soutient à peine. Son pouls est petit et serré ; facies abdominal, teint jaune terreux. Elle se plaint d'une chute de matrice. Sans vérifier ce dernier fait, on admet cette femme dans le service de M. Cusco, vu la gravité de son état général.

Antécédents. La malade raconte qu'elle a déjà éprouvé les mêmes symptômes, il y a un an. Elle se fit admettre à l'hôpital Beaujon et fut traitée par la saignée. Depuis cette époque, elle a constamment souffert du bas-ventre ; le col était apparu à la vulve.

Les douleurs augmentaient à chaque époque menstruelle, les règles venaient du reste régulièrement. La constipation était habituelle.

Etat actuel. Le lendemain de l'entrée de cette femme à l'hôpital, M. Cusco procéda à un examen détaillé et constata les symptômes suivants :

Le col de l'utérus fait saillie à la vulve ; son aspect extérieur ne présente aucune particularité anormale. En pratiquant le toucher, on trouve les culs-de-sac vaginaux libres et à la profondeur normale ; on constata, en outre, que la vessie est restée en place et n'a point été entraînée.

Il s'agit donc non pas d'un abaissement de la matrice, mais bien d'une *élongation hypertrophique de la portion vaginale du col.*

La preuve en est donnée par le cathétérisme utérin. Celui-ci est pratiqué par M. Cusco avec douceur et les plus grandes précautions ; il ne présenta, du reste, aucune difficulté et ne fut suivi d'aucun écoulement sanguin. La sonde utérine pénétra à une profondeur de 12 centimètres.

La nuit suivante, les symptômes généraux s'aggravèrent : La malade eut des vomissements fréquents, verts porracés. L'abattement est plus prononcé, les douleurs abdominales sont plus vives et plus étendues. M. Cusco pratiqua le toucher rectal et ne trouva rien de particulier.

Le lendemain, les choses ne firent qu'empirer et la malade mourut pendant la nuit.

NÉCROPSIE. — *Péritoine.* Vascularisation légère, étendue aux feuillets pariétal et viscéral. Toute la masse intestinale plongeant dans le petit bassin, est réunie par des fausses membranes concrètes (péritonite ancienne).

Rectum. La muqueuse est lisse et exempte de toute espèce d'altération ; à sa partie antérieure, à 6 centimètres au-dessus de la marge de l'anus, se trouve un orifice nettement circulaire ; la muqueuse rectale semble se continuer sur les bords de ce dernier, et ce travail d'organisation indique une origine ancienne. — En introduisant un stylet dans cet orifice, on pénètre dans une poche purulente qui a dû se vider par le rectum.

Cet abcès est limité, en avant : 1° par le vagin sur une étendue de 3 centimètres, à l'endroit où se forme son cul-de-sac postérieur : 2° par la face postérieure de l'utérus, laquelle est disséquée jusqu'au niveau du bord supérieur de la matrice, c'est-à-dire sur une étendue de 4 à 5 centimetres en arrière, par la face antérieure du rectum sur une longueur de 8 centimètres, nous venons de décrire la perforation existant dans cette paroi.

Latéralement, la collection purulente avait fusé dans le tissu cellulaire du petit bassin, en disséquant les parois du vagin : il existe donc de chaque côté un véritable diverticulum, à parois irrégulières, anfractueuses, communiquant largement avec le foyer principal. Le diverticulum de gauche est le plus prononcé.

Supérieurement, l'abcès est limité par une anse intestinale dirigée transversalement et fortement agglutinée, par des fausses membranes concrètes, à l'utérus en avant et au rectum en arrière.

Inférieurement, la poche purulente se termine par l'angle formé par la séparation des parois rectales et vaginales, disséquées en haut par la suppuration et restant réunies en bas. — En somme, cet abcès est très-nettement circonscrit ; les parois de la poche sont assez résistantes pour permettre de supposer une affection ancienne et parfaitement localisée.

Vagin. Le cul-de-sac vaginal postérieur est très-développé ; le col de l'utérus mesuré postérieurement depuis son origine jusqu'au fond du cul-de-sac, présente une longueur de 7 centimètres et demi. Le cul-de-sac antérieur est beaucoup moins prononcé qu'à l'état normal ; de plus, il importe ici de faire ressortir une particularité intéressante : En avant, l'hypertrophie a porté à la fois sur les portions sus et sous-vaginales ; il en résulte que le bas-fond de la vessie est attiré en bas et contracte des rapports très-immédiats avec la portion antérieure et supérieure du museau de tanche. La paroi antérieure du vagin est également repoussée en bas et tapisse cette même partie supérieure du col en présentant de nombreux plis transversaux.

Ovaires. — *L'ovaire droit* présente une excavation provenant d'une dégénérescence kystique. — *Ovaire gauche.* L'abcès que nous avons décrit plus haut, arrivait latéralement jusqu'à l'ovaire dont le bord inférieur se trouve disséqué par la collection purulente. Son parenchyme est sain.

Utérus. Le *col* est très-allongé, en forme de pénis. (Voy. planche XXXIII). L'orifice externe est normal ; la partie inférieure de la muqueuse présente des érosions légères et un aspect violacé : la partie supérieure de la muqueuse est, au contraire, pâle, d'un aspect blanchâtre et ne présente pas d'érosions. La démarcation entre ces deux portions est très-nette ; cette disposition tient évidemment à l'action de l'air et de ses agents intérieurs qui ont amené une inflammation légère des parties restant habituellement hors du vagin.

La *circonférence du col* mesure : inférieurement 9 centimètres et demi, supérieurement 15 centimètres. — La forme du col est donc, en apparence, *conique*, mais il ne faut pas oublier que le vagin et la vessie ont été entraînés plus ou moins en bas et se trouvent compris dans la mensuration de la circonférence supérieure du col.

La *longueur totale de l'utérus* (mesurée de l'orifice externe au bord supérieur) est de 13 centimètres.

La *longueur du col* (prise de l'orifice externe à l'insertion vaginale postérieure est de 7 centimètres.

La *longueur du corps de l'utérus* est de 6 centimètres.

L'examen histologique du col uterin fait par M. Renaut au laboratoire du Collége de France, a montré qu'il s'agit là d'une hypertrophie ayant porté également sur les divers éléments du col sans aucune formation néoplasique (1).

Cette observation est intéressante à plusieurs titres ; nous n'insisterons ici que sur l'*abcès rétro-utérin*, ou, pour être plus exact, sur la poche assez bien organisée ayant autrefois contenu le pus, car celui-ci s'était presque complétement écoulé par le rectum.

Il n'existait donc plus de tumeur à proprement parler ; aussi, malgré l'exploration attentive de l'utérus, des culs-de-sac vaginaux et du rectum, cette affection n'a-t-elle pas été reconnue sur le vivant.

La malade étant morte peu de temps après son entrée à l'hôpital, nous n'avons pu obtenir sur elle que des détails incomplets, et nous ignorons le mode de début et la cause de cet accident, ainsi que l'époque à laquelle cette collection purulente s'est vidée dans l'intestin.

Quoi qu'il en soit, l'examen nécroscopique nous a démontré qu'il s'agissait ici d'un *abcès rétro-utérin* compliqué de *pelvi-péritonite.* La dernière de ces deux affections ne nous semble avoir été que secondaire pour les raisons suivantes : d'une part, la collection purulente descend à trois centimètres au-dessous de l'insertion vaginale et l'orifice par lequel elle s'est vidée se trouve placé tout-à-fait à la partie inférieure du rectum, d'autre part, — et ce fait nous semble surtout démonstratif — les annexes de l'utérus et les parties avoisinant le cul-de-sac péritonéal ne sauraient être considérées comme ayant été l'origine d'une inflammation péri-utérine.

(1) Voir les nos 42, 4[illegible] et [illegible] de 1875.

(1) La pièce a été présentée par M. Naudier à la Société anatomique.

Les ovaires, dont les altérations amènent si souvent la suppuration du tissu cellulaire pelvien ne sauraient être mis ici en cause ; l'ovaire droit ne contractait en effet aucun rapport avec la collection purulente et l'ovaire gauche, dont le bord inférieur était disséqué par celle-ci, était exempt de toute espèce de lésion anatomique.

L'observation suivante, publiée en 1848 par M. Notta dans les Bulletins anatomiques, mérite, à plusieurs titres, d'être rapprochée de celle de M. Naudier.

Non-seulement les trompes de Fallope étaient hypertrophiées et présentaient dans leur intérieur des foyers purulents, mais celle du côté droit était unie par des adhérences péritonéales au rectum et circonscrivait avec cet intestin et l'intestin grèle une petite cavité qu'on trouva remplie de pus à l'autopsie. On ne put démontrer de communication entre cette poche purulente et le rectum ; cependant la malade avait présenté pendant la vie tous les symptômes d'une inflammation chronique de l'intestin rectum. On conçoit que l'emploi de l'hystéromètre dans ce cas aurait pu, étant donné l'état des annexes de l'utérus, amener des complications redoutables du côté du péritoine.

Obs. IX. — *Rectite chronique. — Engorgement et prolapsus du corps et du col de l'utérus et engorgement des trompes avec foyers purulents dans leur intérieur.* (Obs. de Notta.)

Femme de 45 ans, réglée à 11 ans : menstruatiou toujours très-douloureuse et accompagnée de vomissements bilieux. A contracté trois grossesses dont aucune n'est arrivée à sou terme. A 35 ans, étant enceinte de 3 mois, elle tombe dans un escalier, et peu après, à la suite d'un effort de toux, sa matrice vint se présenter à fleur de vulve.

Depuis plusieurs mois elle est atteinte de tous les symptômes d'une rectite chronique ; elle succombe par pneumonie du sommet droit.

Autopsie. Outre les lésions de l'estomac et de l'intestin, on constata les lésions suivantes : Utérus légèrement incliné en arrière, son bord supérieur s'élève à 5 cent. au-dessus d'un plan incliné vertical passant sur la symphyse pubienne, le sujet étant couché sur le dos. Les ligaments ronds ne sont pas tendus. Le plus grand diamètre antéro-postérieur du corps est de 0,035, le plus graud diamètre transversal est de 0,045. Le vagin est retourné et il y a exagération des culs-de-sacs péritonéaux, utéro-rectal et utéro-vésical. Le col est très-volumineux, au point d'égaler les dimensions du corps; sa surface externe est lisse, blanche. Pas de cicatrices anciennes, pas de déchirures sur les commissures. Orifice du col transversal. La lèvre antérieure descend un peu plus bas que la postérieure. Cet engorgement paraît limité à la partie inférieure du col ; car cette masse est uuie au corps de l'utérus par uue partie rétrécie qui a le volume d'un col normal, de sorte que cet utérus, avec sou col engorgé, ressemble à un sablier. Largeur totale de l'utérus et du col : 0,107 antérieurement; 0,056 postérieurement.

Un stylet introduit dans l'orifice interne y pénètre de 0,86.

L'utérus et le col incisés présentent ce tissu homogène que l'on rencontre dans tous les engorgements de l'utérus. Cavité utérine normale. Les trompes sont hypertrophiées. La droite est plus volumineuse que la gauche, et présente le volume du petit doigt. Les pavillons sont oblitérés et les franges atrophiées et soudées ensemble. Incisées, on trouve *dans l'intérieur des trompes de petits foyers purulents*, isolés, situés au-dessous des fibres hypertrophiées, de sorte que rien à l'extérieur ne pouvait en faire soupçonner l'existence. Le pus conteuu daus ces foyers est jaune, bien lié.

Les ovaires ne présentent rien de particulier.

La trompe droite, qui occupe sa position normale est adhérente à la partie postérieure du rectum qui s'est déviée, et circonscrit avec cet intestin et l'intestin grèle une cavité dans laquelle on pourrait loger une noisette, et pleine de pus. Ce pus est bien lié, de bonne nature, jaunâtre ; il n'y a aucune trace de communication entre cette cavité purulente et l'intérieur du rectum. Notons ici que c'est précisément au niveau de cette adhérence que les altératious commencent pour le rectum et pour l'intestin grêle.

Signalons enfin, pour terminer ce chapitre, une complication mentionnée pour la première fois par M. Silvestre dans sa thèse inaugurale. Il s'agit d'un *kyste de la fourchette*, que l'auteur a reconnu pour être dû à une bourse synoviale développée dans le point même de la vulve sur lequel reposait et venait frotter le col de la matrice hypertrophié. Voici en quels termes M. Silvestre explique la formation de cette tumeur : « La compression permanente et ces frottements réitérés que la tumeur sortie du vagin exerce sur la fourchette font naître quelquefois en ce point une bourse muqueuse. A la longue, les parois de cette poche acquièrent une épaisseur, une consistance plus considérable qui peut aller jusqu'à l'ossification et constitue un véritable kyste qui réclame un traitement particulier. »

Ce fait très-rare a été observé sur la malade qui fait le sujet de l'observation suivante, due au professeur Estevenet :

Observation X. — *Hypertrophie considérable du col. — Kyste de la fourchette. — Amputation du col. Guérison.* (Obs. de Estevenet).

C. L..., 33 ans, présente une tumeur volumineuse à l'entrée de la vulve. Il y a 3 ans, elle avait eu des couches très-laborieuses et pendant l'accouchement on lui avait dit que la matrice sortait; la tumeur actuelle remonte à cette époque.

Etat actuel (24 mai 1858). Une tumeur fait saillie d'environ 15 centimètres en dehors de la vulve. Elargie dans la partie antérieure, elle la rétrécissait au niveau de l'entrée du vagin et se prolongeait dans ce canal vers la matrice. Elle présentait en avant une fente qui se prolongeait daus toute sa longueur : On eût dit un énorme cylindre charnu allongé.

En poursuivant vers la matrice les limites supérieures de cette singulière production, nous avons reconnu qu'elle faisait corps avec elle et se continuait avec ses parois, sans traces de col utérin. Nous avons, en écartant les bords de la fente antérieure, cherché à pénétrer dans la matrice, et nous avons pu, en attirant la tumeur à l'extérieur, parcourir librement avec le doigt indicateur toute la cavité utérine.

Cette tumeur est donc bien le col de la matrice énormément hypertrophié et fendu en avant daus toute sa longueur. Le corps de l'utérus avait été entraîné jusqu'au voisinage de la vulve par le poids de la tumeur.

En soulevant celle-ci pour en parcourir toute la circonférence, nous avons découvert, *au niveau de la fourchette, sur la paroi postérieure du vagin, une tumeur fluctuante, demi-transparente que nous avons reconnue être une bourse synoviale développée par la tumeur du col sur le point du vagin où elle reposait et vers lequel la ramenait sans cesse le rapprochement des cuisses de la malade.*

25 mai. Après avoir disposé la malade sur les bords d'un lit comme pour une exploration vaginale, j'ai autant que possible attiré à l'extérieur la tumeur et j'ai appliqué la chaîne de l'écraseur aussi baut que possible. J'ai commencé ensuite à serrer graduellemeut de manière à étreindre graduellement jusqu'à la cessation présumée de la circulation, sans chercher à opérer la section. Je me suis arrêté lorsque la tumeur a présenté une coloration violacée. La malade n'a éprouvé qu'une douleur supportable.

Après cette constriction par l'écraseur, j'ai porté un gros fil à ligature en plusieurs doubles dans le sillon que la chaîne de l'écraseur avait tracé, en cherchant à le faire glisser sur le côté. J'ai fortement serré le fil et l'instrument a été enlevé. J'avais ainsi substitué la compressiou par le fil à celui que l'écraseur venait de produire. La malade a été en état de regagner à pied son logement.

Le surlendemain, elle est revenue ne se sentant nullement incommodée. La tumeur était devenue verdâtre, elle offrait tous les signes d'une mortification. Cependant, comme la première fois, j'ai commencé à l'étreindre avec l'écraseur et à celui-ci j'ai substitué un second fil très-fortement serré. Cette fois la malade n'a presque pas souffert, et elle est encore rentrée à pied à son domicile.

Deux jours après elle est revenue, me rapportant la tumeur qui s'était spontanément détachée sans la moindre hémorrhagie.

8 juin. La matrice est remontée dans le bassin ; la cicatrisation est commencée sur une partie de la surface de sectiou, mais elle est loin d'être complète : la malade ue perd que quelques mucosités sanguinolentes.

Il ne lui restait que *cette bourse synoviale de la paroi postérieure du vagin. La malade a consenti à s'en laisser débarrasser. Nous avons avec des ciseaux courbes enlevé toute la paroi antérieure du kyste, dans une étendue d'environ quatre centimètres dans le sens vertical et de deux centimètres dans le sens transversal.*

Nous avons revu cette femme dans les derniers jours de juin entièrement guérie de ses deux opérations.

Nous ne croyons point que l'on ait décrit ailleurs un kyste de la fourchette développé dans les conditions que nous venons d'indiquer. Cette complication de l'hypertrophie au col a été assez sérieuse pour que la malade ait dû se décider à subir une deuxième opération qui la débarrassât radicalement. Notons l'excellent résultat opératoire obtenu par l'incision d'un large lambeau dans la paroi antérieure du kyste.

Structure du col hypertrophié. — Il nous reste maintenant à déterminer aux dépens de quels éléments anatomiques se fait le processus hypertrophique. — Tous les tissus qui entrent dans la composition du col utérin peuvent y participer, mais il faut établir une distinction importante : tantôt l'hypertrophie porte également sur tous les éléments, et c'est là le cas le cas le plus fréquent, tantôt elle porte de préférence sur un système tel que les vaisseaux, l'appareil glandulaire ou muqueux, le tissu conjonctif, etc. Dans certains cas, enfin, la structure primitive du col n'existe plus et celui-ci se trouve exclusivement formé soit de tissu fibreux pur (fibrome), soit de toute autre espèce de production néoplasique. En conséquence, nous aurons à distinguer, au point de vue histologique, plusieurs variétés d'élongations hypertrophiques.

Nous les étudierons successivement en commençant par la forme la plus commune, à savoir l'hypertrophie résultant, en quelque sorte, d'un développement mécanique du tissu utérin et que nous désignerons sous la dénomination d'hypertrophie généralisée à tous les éléments.

a). *Hypertrophie généralisée à tous les éléments.*— La plupart des cas que nous rapportons dans le cours de ce travail appartiennent à cette variété. Non-seulement le col de l'utérus a conservé (sauf l'élongation) son apparence normale, mais encore il présente à peu près tous les caractères propres du tissu utérin parfaitement sain. La muqueuse est à peine épaissie; néanmoins, on a noté une véritable hypertrophie des follicules muqueux qui avoisinent l'ouverture du col (Huguier : à peine visibles à l'état ordinaire, ils sont augmentés de volume et dilatés dans les cas d'élongation; leur orifice excréteur est plus ou moins agrandi. Il est fort rare que ces follicules présentent d'autres altérations. Notons, comme conséquence de cette hypertrophie glanduleuse, une exaspération plus ou moins considérable de la sécrétion muqueuse; il en résulte un écoulement muqueux qui s'observe fréquemment et est prononcé surtout lorsque le col vient faire saillie à la vulve.

D'après Virchow, il existait constamment dans cette forme d'hypertrophie, un développement considérable des vaisseaux artériels du col. Or, cette assertion du micrographe de Berlin est évidemment trop absolue; croire qu'un col, même considérablement hypertrophié, doive être forcément très-vasculaire, c'est commettre une très-grande erreur. Nous en donnerons comme preuve la vaste pratique de M. Huguier, qui pratiquait l'amputation du col à l'aide d'un bistouri et n'observa néanmoins que fort rarement une hémorrhagie consécutive à cette opération.

Dans un certain nombre de cas, cependant, les vaisseaux utérins sont plus volumineux que normalement; leur développement est surtout considérable à la base de la tumeur, dans les parties profondes du tissu utérin.

M. Huguier, qui a disséqué ces artères profondes, leur a trouvé jusqu'à 1 millimètre 1/2 ou 2 millimètres de diamètre; les veines du tissu utérin, ainsi que celles du plexus vagino-utérin et ovarique dans lequel elles se rendent, sont plus volumineuses, dilatées et gorgées de sang.

Mais, nous le répétons, cette disposition n'est point constante. Le tissu musculaire constitue un des éléments les plus importants de la tumeur; Virchow, qui a attiré l'attention sur ce point, a constaté l'abondance de tissu sur un certain nombre de pièces fraîches qui lui ont été communiquées peu de temps après l'amputation du col. Lorsque l'on examine ces pièces dans de telles conditions, on est frappé de l'élasticité et de la mollesse des tissus; aussi a-t-on, à juste raison, désigné cette forme sous la dénomination d'hypertrophie molle. Cette remarque n'est pas sans importance, au point de vue de la clinique, et plusieurs observations que nous avons entre les mains font mention de cette mollesse toute particulière du col faisant prolapsus à la vulve. Ce caractère permettra d'établir d'emblée le diagnostic de cette variété d'hypertrophie d'avec la forme fibromateuse, où le tissu utérin est dur et rigide. (*A suivre*.)

Hygiène publique. Vins falsifiés. — Les nombreuses plaintes parvenues depuis plusieurs mois à la préfecture de police, au sujet des vins colorés avec la fuchsine, et autres matières, ou falsifiés, ou fabriqués clandestinement, ont mis cette administration dans la nécessité d'exercer une active surveillance et d'établir un service de contrôle chez tous les débitants en détail, marchands en gros et courtiers en vins. Tous les commissaires de police sont chargés, chacun dans son quartier respectif, de surveiller et de contrôler, avec l'assistance d'un expert, les vins débités à l'intérieur ou livés au dehors. Dès qu'une constatation établit la fraude, la pièce suspectée est saisie et des scellés y sont apposés; un échantillon du vin saisi est soumis à l'analyse de la Commission chimique des Arts-et-Métiers; le délinquant sera passible des peines édictées par la loi; les liquides falsifiés seront en outre répandus dans les ruisseaux ou dans la Seine. Les commissaires de police seront accompagnés dans ces opérations par un expert dégustateur et par deux agents. Déjà M. Macé, commissaire de police aux délégations judiciaires, chargé le premier de tous ses collègues de plusieurs opérations chez ces courtiers et débitants, a soumis à la Commission des Arts-et-Métiers des échantillons dont l'analyse a provoqué la saisie d'une grande quantité de marchandises, tant à Paris que dans les départements. (*Journal officiel*.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Le pansement de Lister en Allemagne.

Pendant qu'en France la méthode de Lister, pour le pansement des plaies, ne parvient pas à triompher de la résistance que lui opposent les membres de la Société de chirurgie, cette méthode est généralement adoptée en Allemagne. Il n'y aurait même à signaler aucun dissident, si nous ne croyions devoir considérer comme tels tous ceux qui ont osé supprimer une ou plusieurs des règles, posées par le chirurgien d'Edimbourg, les considérant comme superflues : les partisans du Lister *corrigé* et *abrégé* se sont ainsi ménagé plus d'un échec. De même en France, nous rangerons dans le camp de l'opposition tous ceux qui en médisent sans l'avoir essayé et ceux qui l'ont pratiqué incomplétement. L'anecdote suivante, racontée par Nussbaum, est fort instructive. Appelé pour assister un collègue qui accusait le Lister de mille méfaits, et qui pratiqua ce pansement sous ses yeux, Nussbaum n'eut pas moins de neuf fautes à reprocher à son collègue à la fin de l'opération. — D'ailleurs comment résister à l'éloquence des faits : l'érysipèle, la pyémie et surtout la diphthérie des plaies qui sévissaient constamment dans l'hôpital de Munich, au point que maîtres et élèves étaient découragés, ont tout-à-fait disparu depuis le nouveau pansement. Aussi le chirurgien enhardi s'est-il permis de faire du drainage contre des hydarthroses du genou; il a osé ouvrir le sac de hernies adhérentes, rompre ces adhérences et rentrer l'intestin dans la cavité abdominale. — Volkmann, à sa clinique de Halle, a réussi 27 amputations l'une après l'autre; il a guéri 40 fractures compliquées d'une façon consécutive.

Il n'est plus question en Allemagne de contester la valeur du pansement de Lister, il ne s'agit pour le moment que d'une chose : c'est d'en diminuer le prix et de le rendre possible sur les champs de bataille. Ceux qui ont visité l'exposition d'hygiène et de sauvetage à Bruxelles ont pu s'assurer que ce dernier point était en partie résolu, et que le Lister pouvait trouver place dans le sac des infirmiers.

Le pansement de Lister est d'un prix élevé — c'est incontestable, — il est évalué à plus de 3 francs, pour une amputation de cuisse. Thiersch a proposé une première modification qui consiste non-seulement à substituer l'acide salicylique, à l'acide phénique, mais à panser à sec et à supprimer le *Protective Silk* et le Makintosch; avec ces changements le prix du pansement ne serait plus que de 2 fr., et en outre on aurait dans l'acide salicylique, un agent moins irritant pour les plaies, et un poison moins redoutable.

On a vanté aussi le *borax* comme succédané de l'acide phénique, et on sait que M. Pasteur est venu affirmer à l'Acdémie l'énergie de cet agent désinfectant. — Thiersch a simplifié encore son pansement: il a supprimé complétement la ouate et l'a remplacée par la *Salicyl-Jute*. La *Jute* est une espèce de filasse très-fine, que l'on imprègne d'acide salicylique. D'après Nussbaum, la jute est supérieure à la ouate, parce qu'elle s'imbibe plus facilement, et pompe mieux le pus à la surface de la plaie. Avec la *Salicyl-Jute*, le pansement pour l'amputation de cuisse coûte à peine 1 fr., et tout dernièrement Köhler qui a fabriqué de la *Carbolic-Jute* prétend réduire cette dépense à 20 centimes.

Avec la *Salicyl-Jute* le pansement n'est pas seulement

moins cher, il est aussi très-simple ; il suffit de recouvrir la plaie avec un morceau de gaze salicylique et d'appliquer par dessus 140 gr. de *Salicyl-Jute* en plusieurs couches et de serrer le tout avec 10 mètres de bande. Nous sommes bien près de toucher à la simplicité du pansement d'A. Guérin, et peut-être qu'avec un peu moins d'ignorance réelle ou simulée de ce qui se fait chez nous, les Allemands auraient pu commencer par rendre justice au *pansement filtre* de notre habile chirurgien, et en tirer parti pour réaliser plus vite ce pansement modèle, peu coûteux, facile à transporter, et qui doit sauver la vie à tant de malheureux blessés.

S'il nous était permis de donner notre avis dans cette question, nous dirions que le *pansement de Guérin* n'a pas son égal sur le champ de bataille, par sa simplicité, par les conditions de température, d'immobilité, de sécurité dans lesquelles il place la plaie. Grâce à lui, le blessé peut être transporté à une certaine distance, et attendre pendant un ou deux jours de nouveaux soins. Mais une fois le malade installé dans un endroit convenable, le pansement devra être remplacé par celui à la *Salicyl-Jute* ou à la *Carbolic-Jute*, pour deux raisons : la première c'est que la plaie bénéficiera de l'agent désinfectant ; la seconde c'est que la *Jute*, comme d'ailleurs la ouate, rendue hygrométrique artificiellement absorbent au fur et à mesure le pus sécrété par la plaie, et ne laissent jamais entr'elles et le moignon cette mince nappe d'humeur, qui est évidemment une des causes du retard de la cicatrisation, signalé dans le pansement d'A. Guérin. L. THAON (de Nice).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 *octobre* 1876. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. CHATIN donne lecture du discours qu'il se proposait de lire sur la tombe de M. Gobley.

M. MAGNE lit un travail sur l'allaitement et le sevrage des enfants et des jeunes animaux. C'est une sorte de plaidoyer en faveur de l'allaitement mixte, le lait de la mère ne suffisant pas à donner aux organes du *jeune* les éléments nutritifs nécessaires à leur prompt développement.

Après quelques observations de MM. Bouley J. Guérin et Depaul, la séance est levée à 4 h. 1/2. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances de mai 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

15. Fistules Cystico-duodénales; par M. QUENU, int. des hôpitaux.

Le nommé Guill., 71 ans, tailleur, entre le 12 mai 1876, dans le service de M. DESPRÉS, à l'hôpital Cochin, pour une rétention d'urine. En outre, il tousse, et son habitus est celui d'un vieil emphysémateux. Guill... est gros, sa poitrine est globuleuse. A l'auscultation des poumons, on entend des râles sibilants et sous-crépitants ; rien au cœur. La prostate n'est pas grosse, on pénètre facilement dans la vessie avec une sonde de trousse. Le malade a pris froid il y a quelques jours ; il est donc probable que sa rétention d'urine est due à une paralysie de la vessie à frigore et que du même coup une bronchite est venue s'ajouter à un emphysème ancien. On ne peut d'ailleurs obtenir aucun renseignement sur les maladies que Guill... a pu faire antérieurement.

Le 13, lendemain de l'entrée à l'hôpital, le malade est pris de dyspnée, les râles se généralisent, et malgré les moyens employés pour combattre la congestion pulmonaire (ventouses sèches, purgatifs, etc.), la mort survient le 15 au matin.

AUTOPSIE le 16. — On trouve les deux poumons congestionnés et emphysémateux. Le droit présente une splénisation de tout un lobe; un morceau du tissu congestionné jeté dans l'eau surnage. Cœur hypertrophié. Valvules saines. Lobes de la prostate peu développés. Sur le bord antérieur du *foie*, au niveau de l'échancrure qui répond à la fossette de la vésicule biliaire, on aperçoit des brides péritonéales qui font adhérer le côlon transverse au foie ; on soupçonne par suite une communication du côlon transverse avec la vésicule biliaire, mais en ouvrant l'intestin on voit que cette communication n'existe pas. On ouvre alors le duodénum, et on constate sur la première portion l'existence d'un orifice par lequel sort une matière caséeuse analogue à de la craie délayée. Cet orifice siége au fond d'une sorte de petit entonnoir qui résulte du déplacement qu'ont fait subir à l'intestin les adhérences au bord antérieur du foie. Derrière et au-dessus du duodénum on sent une petite *tumeur* dure et du volume d'un œuf de pigeon. On pénètre dans la *vésicule biliaire* par sa partie supérieure et postérieure en coupant le foie par tranches et on tombe alors sur un calcul unique. La capacité de la vésicule du fiel est bien moindre que sur un sujet sain ; elle offre juste de quoi loger le calcul plus un peu de la matière blanche que nous avons vu sourdre à l'orifice duodénale. La muqueuse présente les altérations d'une muqueuse enflammée. Le tissu hépatique au voisinage de la vésicule n'est pas resté étranger à l'inflammation : une cicatrice rayonnée atteste une hépatite interstitielle antérieure.

RÉFLEXIONS. Il s'agit donc ici d'une fistule cysto-duodénale consécutive à une inflammation ulcérative de la vésicule causée par un calcul unique. En examinant la muqueuse duodénale avec plus de soin, on reconnaît l'existence d'un second orifice, et une sonde cannelée qu'on y introduit arrive dans la vésicule biliaire. Il existe donc deux trajets fistuleux. Le canal hépatique et le canal cholédoque sont parfaitement sains et ont gardé leur calibre normal. Nous n'avons pu retrouver les traces du canal cystique. Le calcul trouvé dans la vésicule biliaire a le volume d'un œuf de pigeon environ, sa surface est jaune, grenue et le fait ressembler aux calculs mûriformes de la vessie; son poids est de 11 grammes et, rapproché du volume, doit nous faire penser qu'il est composé d'une substance légère, de cholestérine.

Nulle trace de cancer dans l'épaisseur du foie; aucun calcul dans l'intestin.

16. Cancer de l'estomac. — Syphilis hépatique. — Tubercules pulmonaires; par M. DUSAUSSAY, interne des hôpitaux.

J.... Antoine, 43 ans, comptable, entre le 28 avril 1876 à l'hôpital Lariboisière (service de M. MILLARD), salle Saint-Vincent, n° 22. L'histoire de J... est assez compliquée ; mais ce malade est très-intelligent et donne avec précision tous les renseignements qu'on lui demande. A l'âge de 18 ans, il contracte un chancre infectant suivi bientôt d'éruptions sur le corps ; il suit un traitement approprié et reste guéri en apparence pendant sept ans. A 25 ans, nouvelle éruption limitée aux bras et qui cède assez facilement à un traitement institué par M. Puche. En 1864 le malade est pris brusquement de maux de reins, de douleurs en ceinture et de paraplégie ; il ne peut plus se tenir debout, mais il remue encore ses jambes dans le lit. Il prend de l'iodure de potassium, et au bout de trois semaines il peut recommencer à marcher. Depuis cette époque il se fatigue plus facilement qu'auparavant. A la fin de 1864, pleurésie gauche.

En 1866, J.... est pris d'étourdissements, sans perte de connaissance et sans paralysie; il constate en même temps la présence dans le cuir chevelu d'un certain nombre de petites tumeurs indolentes qui finirent par s'ouvrir spontanément et donnèrent issue à une matière jaunâtre et filante. Ces tumeurs ont laissé dans le cuir chevelu des cicatrices multiples très-nettes, et l'on constate facilement qu'une partie de la lame superficielle du pariétal droit s'est exfoliée. A ce niveau, on sent une dépression manifeste avec adhérence des téguments convertis en tissu cicatriciel.

A la fin de 1868, et à deux reprises différentes, le malade est pris d'étourdissements dans la rue et tombe, mais sans perdre

connaissance et sans présenter de mouvements convulsifs. (Vésicatoire à la nuque et iodure de potassium).

Le 15 février 1869, J... entre à l'hôpital Dubois et est soigné pendant 2 mois et demi par M. Jaccoud pour des étourdissements et une céphalalgie persistante.

En 1871, malgré de grandes privations pendant la guerre, le malade avait repris complétement. Mais en février 1872 il entre dans le service de M. Siredey pour une faiblesse croissante sans phénomènes particuliers. Pendant deux mois et demi, on lui fait prendre de l'iodure de potassium et il sort amélioré.

Le jour même de sa sortie, il crache le sang à pleine bouche pendant 48 heures. J... avait déjà eu une hémoptysie en 1856, et s'enrhumait très-facilement depuis sa pleurésie. La toux et la faiblesse allant croissant, il est obligé d'entrer en mai 1872 à la maison de Santé (service de M. Besnier) avec de l'enflure des jambes et un purpura généralisé.

A partir de ce moment, l'état du malade s'est aggravé de plus en plus. J... a perdu ses forces, a maigri; la toux est devenue continuelle, l'oppression très-grande. Des hémoptysies fréquentes se sont produites pendant tout l'été dernier. Enfin, trois semaines avant l'entrée à Lariboisière le ventre à commencé à enfler.

Etat actuel. Le malade est *pâle*, tellement faible qu'il se tient difficilement sur ses jambes. L'amaigrissement considérable de la partie supérieure du corps forme un contraste frappant avec le développement du ventre et l'œdème des membres inférieurs. Du côté de la poitrine on trouve: aux deux sommets en arrière de la matité et de la respiration soufflante; au sommet gauche seulement de gros râles, presque du gargouillement. Rien aux bases.

Le ventre est très-développé; il contient une grande quantité de liquide qui se déplace facilement. Le palper ne révèle l'existence d'aucune tumeur, d'aucune plaque, et l'abondance de l'ascite ne permet pas de se rendre compte du volume du foie. — Depuis quelque temps les digestions sont pénibles; mais le malade n'a jamais vomi, n'a pas de renvois acides ni de douleurs épigastriques. Il est constipé et urine très-peu. Œdème notable des membres inférieurs.

Au niveau du cartilage de la 7e côte gauche, on trouve une tumeur, du volume d'une amande, mobile, un peu douloureuse qui paraît située dans le tissu cellulaire sous-cutané. — Iodure de potassium, 1 gramme.

2 *mai.* L'état général est plus mauvais; l'oppression augmente, le ventre est plus tendu, les digestions plus difficiles. Un peu de matité et d'obscurité de la respiration à la base gauche en arrière. Mêmes signes aux sommets. Iodure de potassium 1 gr. 50. Vin diurétique.

5 *mai.* Même état, plutôt plus grave. Oppression extrême. Urines toujours rares. On ponctionne l'abdomen et on retire 7,200 grammes d'une sérosité qui laisse déposer des flocons fibrino-albumineux sanguinolents. Cette paracenthèse permet de constater les détails suivants. Le foie déborde les fausses côtes de 3 à 4 travers de doigt. Il est dur, un peu inégal, douloureux à la pression. Immédiatement au-dessous du foie, sur la ligne médiane un peu au-dessus de l'ombilic on sent une autre tumeur, indépendante du foie, irrégulière, dure et très-douloureuse.

9 *mai.* Le malade a été très-soulagé par la ponction. Mais aujourd'hui le liquide est en grande partie reproduit, l'oppression est aussi marquée qu'avant; le malade ne peut pas rester couché.

11 *mai.* On constate la formation, au niveau de l'angle postérieur de la 11e côte gauche, d'une petite tumeur analogue à celle que nous avons décrite au niveau de la 7e. Les jours suivants, tous les symptômes s'aggravent de plus en plus, l'oppression est extrême, l'appétit disparait complétement et le malade meurt le 14.

Autopsie le 16 mai. — La cavité péritonéale contient 5 à 6 litres de sérosité transparente. On trouve un semis de petits marrons cancéreux disséminés sur la face postérieure de la paroi abdominale, sur le mésentère, sur le péritoine viscéral, sur le *diaphragme.* Celui-ci est envahi dans toute son épaisseur et le cancer fait saillie dans la plèvre gauche qui contient une certaine quantité de liquide rougeâtre. Ces noyaux cancéreux varient depuis le volume d'une lentille jusqu'à celui d'une grosse noix. Au niveau de la partie gauche du diaphragme, ils forment une masse volumineuse, bourgeonnante.

En ouvrant le *tube digestif*, on constate au niveau de la petite courbure de l'estomac une grosse masse cancéreuse, irrégulière, non ulcérée qui occupe toute cette région. Le cardia et le pylore sont sains. Rien non plus dans le reste du tube digestif.

Foie. Cet organe est hypertrophié surtout dans le sens vertical; le lobe gauche a disparu. Comme aspect, c'est exactement la cirrhose à gros lobes telle que Frerichs la décrit dans son chapitre consacré au foie syphilitique.

Cœur sain ainsi que le péricarde. — Les altérations des plèvres ont été décrites plus haut.

Quant aux *poumons*, voici ce qu'on trouve. Le *poumon* droit est sain. Le gauche présente au sommet une petite caverne en partie cicatrisée et contenant en un point un gros dépôt crétacé. Autour de la caverne quelques tubercules non ramollis, quelques autres crétacés.

Quelques petites masses cancéreuses à la partie inférieure du bord antérieur de ce poumon.

Les deux petites tumeurs sous-cutanées étaient situées en partie dans les muscles. Elles étaient formées d'éléments carcinomateux.

Examen microscopique fait par M. Rendu. — Le *foie* présente les caractères suivants:

Les lobules, soit isolément, soit par groupes de lobules sont entourés d'une travée de tissu conjonctif considérablement augmentée de volume et d'épaisseur: ces travées interstitielles sont constituées comme du tissu fibreux, sans interposition d'éléments cellulaires ni de noyaux en quantité appréciable.

Sur quelques lobules, on voit partir de ces travées des prolongements qui occupent la périphérie du lobule et sont constitués par des éléments nucléaires très-fins et des cellules embryonnaires englobées dans une masse fondamentale à peu près amorphe ou vaguement fibrillaire. Cette substance s'infiltre au travers des cellules du foie, les dissocie et les écarte, sans pourtant que les cellules hépatiques soient très-altérées.

Cette lésion se voit par points sous forme de petites masses circonscrites: ailleurs, il y a une infiltration diffuse du tissu néoplasique, sans qu'il y ait prédominance bien marquée pour la périphérie des lobules, comme dans la cirrhose alcoolique, ni pour le centre du lobule, comme dans le foie muscade des cardiaques. Cette apparence d'hépatite interstitielle est celle que l'on observe ordinairement dans le foie syphilitique.

Quant à l'*estomac*, les lésions qu'on y rencontre sont de toute autre nature. Il s'agit d'un carcinôme ayant débuté dans le tissu muqueux ou sous-muqueux, et ayant consécutivement infiltré les autres tuniques de l'estomac. On observe une augmentation considérable du tissu fibreux aux points indurés et homogènes: là, on constate de distance en distance la présence d'îlots de cellules volumineuses; c'est le premier degré de la lésion. En se rapprochant des parties altérées, le tissu diminue de consistance, et se montre sous l'aspect du carcinôme classique; larges alvéoles remplis de cellules plus ou moins irrégulières formant un réseau délicat; cellules volumineuses, la plupart fusiformes, quelques-unes ressemblant à de l'épithélium cylindrique.

Il est impossible de rattacher cette apparence à une lésion syphilitique.

17. Péritonite chronique et épanchement purulent dans la cavité abdominale ayant perforé le diaphragme et décollé la plèvre pariétale droite, et reconnaissant pour cause la perforation du cœcum par une arête de poisson; par M. Cossy, interne des hôpitaux.

Bourr... J.-B., 32 ans, garçon de café, entré le 3 avril à la Charité, salle Saint-Ferdinand, n° 2. (Service de M. Bernutz.)

Le malade se plaignait depuis quelque temps, avant son entrée à l'hôpital, de malaises et de douleurs abdominales. Il y a 4 jours, coliques très-violentes, sans vomissements, mais suivies d'une diarrhée abondante. Il y a 3 jours, grand fris-

son avec claquement de dents, point *douloureux dans la région lombaire droite*. La veille de son entrée, épistaxis. Le malade, lors de son entrée, présente une oppression considérable et des crachats de sang pur, mêlés à des crachats blancs, mais pas d'expectoration franchement pneumonique. Matité au niveau des deux tiers inférieurs du poumon droit, en arrière et dans l'aisselle. Quelques râles sans signification. La diarrhée existe toujours ainsi que la sensibilité à la pression de la moitié droite de l'abdomen, mais les douleurs spontanées qu'il ressentait en cet endroit ont disparu. Aussi l'attention est-elle portée plutôt du côté du thorax. Teint jaunâtre. T. Ax. 40°,9.

4 *avril, matin*. Râles plus nombreux ; sauf cela, mêmes signes qu'hier. T. 40°,4. 12 ventouses scarifiées sur la moitié droite et postérieure du thorax. Sirop d'opium. — *Soir* : Au niveau de la matité déjà indiquée : souffle tubaire doux, *lointain, avec égophonie*. En avant, son clair sous la clavicule. Crachats blancs. Diarrhée. Prostation. T. 40°.

5 *avril*. T. matin, 39° ; soir, 39°,9. Matité et souffle. Crachats sanglants, mais non pneumoniques. On diagnostique : *épanchement pleurétique* ou *peut-être pleuropneumonie*.

6 *avril*. T. m. 39°,2 ; s. 39°,6. Souffle tubaire très-évident, possédant plutôt les caractères du souffle pneumonique que ceux du souffle pleurétique.

Bronchophonie qui a remplacé l'égophonie. Crachats visqueux, avec des filets de sang. *Vésicatoire*. — Les jours suivants même signes, la température est environ à 39° le matin, 40° le soir. La diarrhée et les douleurs abdominales ont disparu.

10 *avril*. Potion avec tartre stibié, 0,25. Le malade n'a ni vomissements, ni garde-robes.

28 *avril*. Même état : T. 39° le matin, 40° le soir. Matité, un peu de souffle avec bronchophonie en certains points ; égophonie en d'autres. Râles nombreux à la base du poumon gauche. Le malade est beaucoup plus affaissé que ne l'indiqueraient les signes locaux. Peau jaunâtre, teint cachectique, sueurs abondantes. Oppression très-marquée. Crachats blancs. Constipation.

19 *avril*. Matin, 38°,7 ; soir, 39°,8. Mêmes signes à droite. A la moitié inférieure du poumon gauche en arrière, souffle tubaire très-évident avec bronchophonie et râles sous-crépitants. Y a-t-il simple congestion au poumon gauche ou pneumonie double? Le soir on ne retrouve ni le souffle ni la bronchophonie du côté gauche.

20 *avril*. — M. 38°,7 ; S. 39°,8. Poumon droit : mêmes signes, souffle tubaire très-fort, bronchophonie et râles assez gros à l'inspiration seulement. Poumon gauche : souffle tubaire évident avec bronchophonie et quelques râles à l'inspiration.

On diagnostique : *pneumonie double*, mais pneumonie anormale en l'absence d'expectoration caractéristique. Affaissement. Oppression. Constipation.

24 *avril*. — Poumon gauche : le souffle a disparu ; râles sous-crépitants nombreux. A droite : mêmes signes que précédemment. — Quelques filets de sang dans les crachats. — La température oscille toujours entre 39° et 40°.

26 *avril*. Souffle tubaire des deux côtés. Grande faiblesse. Langue sèche. — Depuis quelques jours, on a vu se produire vers la partie inférieure latérale et droite de la poitrine, au niveau du vésicatoire, de l'œdème de la paroi thoracique mais sans fluctuation.

28 *avril*. L'œdème thoracique est plus prononcé et plus étendu ; vers le centre de la partie œdématiée existe une assez vaste ulcération de la peau. De plus, on observe à ce niveau une dilatation partielle très-évidente de la cage thoracique : la percussion y donne, au lieu d'un son mat, une sonorité exagérée avec timbre amphorique, métallique. A l'auscultation, pas de tintement métallique, mais respiration amphorique, et surtout voix et toux amphoriques, enfin bruit d'airain très-net.

Il existe évidemment ici un pneumothorax partiel : de quelle cause ? probablement il y a eu perforation de la plèvre par un abcès du poumon. — A la partie moyenne du poumon droit : souffle tubaire très-fort et matité. — Poumon gauche : pas de souffle.

Même état général que précédemment, grande faiblesse ; oppression plus marquée aujourd'hui, mais le malade n'a ressenti ces jours derniers ni sensation de déchirures, ni violente douleur dans la poitrine. Il n'a eu aucune expectoration purulente. Quelques crachats blancs. T. M. 39°,2 ; S. 40°,1.

29. Mêmes signes. Crachats plus abondants que de coutume, les uns jaunes, purulents, les autres sanguins.

30. M. 37°,4 ; S. 39°,3. Ce matin les signes du pneumothorax ont complétement disparu et sont remplacés par du *souffle tubaire* et de la broncho-égophonie.

1er *mai*. M. 38°,9 ; S. 39°,6. Poumon droit : souffle tubaire avec broncho-égophonie. Pas de signes de pneumothorax. En avant, diminution du murmure vésiculaire avec quelques râles. Crachats en partie purulents, en partie rouge-brunâtre. L'œdème thoracique est considérable, pas de fluctuation ; nous faisons à ce niveau une ponction thoracique : il s'écoule par la canule quelques gouttes de sang noirâtre et des gaz d'une odeur très-fétide, mais pas de pus. — Le soir les signes du pneumothorax ont réapparu. Oppression, grande faiblesse.

2 *mai*. Les signes du pneumothorax existent comme hier — mais le soir ils ont disparu de nouveau et sont remplacés par du souffle tubaire avec broncho-égophonie. Langue très-sèche. Les jours suivants mêmes signes. L'état général devient de plus en plus mauvais, la langue de plus en plus sèche. La température oscille entre 37°,8 et 39°.— Le 5 mai, mort dans la nuit.

AUTOPSIE. Le 7 mai, 36 heures après la mort. — *Abdomen* : L'ouverture de la cavité abdominale donne lieu à un dégagement de gaz infect. Du côté droit, le péritoine est noirâtre et d'un aspect gangréneux, ainsi que l'intestin dont les anses présentent entre elles de nombreuses adhérences. Entre les anses intestinales revêtues de fausses membranes noirâtres ainsi que le rein droit et la face inférieure du foie, on trouve du pus en abondance. Dans la région iléo-cœcale, on constate un petit épanchement de matières stercorales et au niveau du cœcum on découvre une *perforation* à travers laquelle passe une arête de poisson. Cette arête présente une extrémité effilée, pointue et une autre extrémité volumineuse, en forme de tête, qui était contenue dans la cavité du cœcum, tandis que la pointe faisait saillie au dehors. — On remarque, de plus, au niveau du duodénum, une deuxième *perforation* très-vaste et paraissant s'être produite de dehors en dedans ; en effet, l'intestin grêle présente en trois ou quatre autres points des ulcérations revêtues de fausses membranes noirâtres au niveau de sa surface externe, la surface interne de l'intestin étant en cet endroit parfaitement saine. Cette tendance à la perforation de l'intestin de dehors en dedans paraît être due à la macération de cet organe dans le pus qui baigne tous les viscères de la moitié droite de l'abdomen. — La surface interne de l'intestin grêle et du gros intestin, si ce n'est au niveau des perforations signalées, est saine partout ; pas traces de tubercules ni d'ulcérations tuberculeuses. Le *rein droit* est comme perdu au milieu du pus et des fausses membranes noirâtres très-épaisses qui l'entourent. Il est petit, très-anémié, mais sa structure paraît normale.

Plus haut le foyer purulent est en contact avec le *foie*, dont une partie forme la limite du foyer et présente une teinte gris-noirâtre.

Au-dessus du foie, le pus a perforé le diaphragme. Ce muscle présente en effet à droite, dans sa partie périphérique, une large ouverture, à travers laquelle le pus a pénétré dans le thorax. Au-dessus du diaphragme on trouve la plèvre pariétale droite décollée dans une assez grande étendue par le pus qui s'est réuni en un foyer ayant pour paroi antérieure la plèvre pariétale, et pour paroi postérieure les côtes et les muscles intercostaux. Ce foyer purulent, qui s'étend jusqu'au niveau du tiers supérieur du poumon, simule au premier abord un abcès du poumon ou une pleurésie purulente. La cavité pleurale droite ne contient pas de liquide. Pas d'adhérences entre les deux feuillets de la plèvre.

Poumon droit. Très-congestionné et œdématié, surtout à la base, mais pas trace de pneumonie ni de tubercules. — *Plèvre gauche* normale ; ni liquide, ni adhérences. — *Poumon gauche*. Vive congestion, pas de pneumonie, pas de tubercules. — *Cœur et péricarde* sains. — *Rate* et *rein gauche* normaux. — *Foie* de volume normal, graisseux. — *Bassin*. Le pus a fusé

aussi dans cette cavité et remplit le cul-de-sac vésico-rectal. — *Vessie* et *organes génitaux* sains.

Les fibres des muscles *psoas* et *carré lombaire* droits sont très-ramollies et en voie de destruction sous l'influence du contact du pus. — *Encéphale* sain.

Réflexions. — La cause du foyer purulent abdominal et thoracique qui a amené la mort est évidemment la perforation du cœcum par l'arête de poisson. Cela est d'autant plus certain que quelques jours après la mort du malade, il nous a été raconté qu'environ six semaines avant son entrée à l'hôpital il avait avalé en déjeunant une arête de merlan, et qu'à la fin du repas il avait ressenti une douleur excessivement forte dans le ventre. Nous ferons remarquer dans cette observation : 1° l'absence presque complète de symptômes abdominaux pendant le mois que le malade a passé à l'hôpital, malgré la grande étendue du foyer purulent dans l'abdomen ; — 2° la situation particulière du foyer dans la cavité thoracique, ainsi que les signes de pleuro-pneumonie et de pneumo-thorax auxquels il a donné lieu ; — 3° la production du pneumo-thorax par des gaz provenant de l'intestin ; — l'apparition du souffle tubaire très-fort et de la bronchophonie, phénomènes dus à une simple congestion pulmonaire, et observés non-seulement dans le poumon droit, qui était comprimé par le pus, mais même dans le poumon gauche.

M. Cossy fait voir l'*arête de poisson* dont la piqûre amena la perforation du colon ascendant et la formation de ce pneumo-thorax singulier par épanchement de gaz intestinaux et de pus entre la plèvre pariétale décollée et la paroi thoracique.

M. Cartaz rappelle que M. Budin a présenté il y a quelque temps un fait de kyste hydatique du foie qui avait donné lieu a des phénomènes analogues.

23. Kyste sébacé de la petite lèvre; par le Dr. A. Gondouin, d'Argentan.

Cette tumeur occupe la petite lèvre gauche d'une femme de 40 ans.

La petite lèvre renferme un kyste dont les dimensions, avant qu'il fût ouvert, s'élevaient au volume d'un gros œuf de dinde; un petit kyste de même nature, de la grosseur d'une aveline, se remarque à la partie inférieure de la petite lèvre. Ce kyste, qui paraît d'origine glandulaire, renfermait un liquide blanc, opaque, épais, visqueux. La malade portait depuis 4 ans cette tumeur qui faisait saillie à l'extérieur, entre les grandes lèvres, et constituait pour elle une difformité, et une très-grande gène. L'opération a consisté dans l'excision complète de la petite lèvre.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

Les thèses d'agrégation.

Le système séreux. — Anatomie et physiologie; par Dr Farabeuf; chez G. Masson, 1876. — **Cristallin; — Anatomie et développement, usages et régénération;** par le Dr O. Cadiat; chez J.-B. Baillière et fils. — **La choroïde et l'iris; — Anatomie et physiologie;** par le Dr Henri Chrétien; chez J.-B. Baillière et fils. — **Anatomie et développement des parties molles de l'oreille interne;** par le Dr P. Coyne; chez G. Masson.

On s'est beaucoup élevé contre la formalité de la thèse et c'est aussi bien aux thèses pour l'agrégation qu'aux thèses inaugurales que les protestations se sont adressées. Nous ne sommes pas de cette croisade. Certainement, d'importantes réformes seraient nécessaires, et les douze jours que l'on accorde aux futurs agrégés pour la confection de leur travail, paraissent dérisoires : les matériaux seraient-ils amassés depuis longtemps, que les candidats auraient à peine le temps de les rédiger. Sous ce rapport, on devrait aviser ; mais la thèse en elle-même doit être maintenue. Et d'abord, se faire imprimer est fort instructif; on apprend combien il est facile de produire un mauvais travail; combien il est difficile d'en faire un bon. On y gagne le mépris des livres inutiles, et le respect des livres sérieux. C'est quelque chose! D'ailleurs, que de sujets n'auraient été abordés que tardivement, si quelques juges ne les avaient imposés; or, ils ont été souvent bien traités, et certaines thèses d'agrégation restent à cette heure les seuls travaux d'ensemble que nous possédions sur quelques points d'anatomie ou de médecine. Nous n'aurions pas eu ces opinions que le dernier concours d'agrégation nous les eût données. Nous lui devons quatre thèses importantes, que nous allons analyser ici. Sans ce concours, combien d'années encore aurions-nous dû les attendre?

I. La thèse de M. Farabeuf a pour titre : le *Système séreux: anatomie et physiologie.* Dans une courte introduction, l'auteur délimite son sujet et donne la définition de son titre que nous reproduisons, car elle diffère un peu de la définition ordinaire: « Les séreuses, proprement dites, sont des membranes couvertes d'un enduit glissant, formant des cavités closes, à parois généralement juxtaposées, dérivant probablement toutes du feuillet moyen du blastoderme et presque toutes tapissées d'un épithélium lamellaire continu ou interrompu. » M. Farabeuf trace alors les divisions de son sujet : son travail renfermera deux parties comprenant, l'une l'anatomie, l'autre la physiologie. La première est la plus étendue; elle est aussi la plus intéressante : la physiologie des séreuses est, en effet, très-ingrate ; on sait peu de chose sur leur développement, leur nutrition et leur reproduction ; l'absorption, il est vrai, soulève un important problème, celui des conditions histologiques grâce auxquelles elle peut se produire, mais il doit être étudié à propos de l'anatomie. Quant à la sécrétion des séreuses, c'est, certes, un long chapitre à détacher d'un traité des humeurs, mais dans ces derniers temps peu de faits nouveaux ont été mis en lumière : l'auteur a dû se contenter de résumer les analyses déjà connues. Le dernier chapitre de la thèse qui traite de la « physiologie des organes séreux » est plus original: M. Farabeuf y étudie la résistance, l'extensibilité des séreuses, leur rôle d'isolement, de protection, de fixation, les troubles profonds que les adhérences des feuillets pariétaux et viscéraux apportent dans les mouvements des organes. Mais ce chapitre est évidemment trop rapide et, pressé par le temps, l'auteur n'a pu qu'esquisser ce qui méritait une description plus étendue.

La partie anatomique est largement traitée ; peut-être même l'est-elle plus complètement que le titre de la thèse ne l'exigeait : c'est ainsi que M. Farabeuf nous donne un tableau, sommaire il est vrai, mais du moins très-précis des grandes séreuses de l'économie, plèvres, péricarde, arachnoïde, péritoine et même tunique vaginale. Ce n'est pas nous qui nous en plaindrons ! C'est dans ces descriptions que l'on retrouve surtout le talent propre de M. Farabeuf et sa plus grande originalité. D'ailleurs, il s'est aidé de figures et de schémas fort bien composés et « qui parlent plus aux yeux qu'une longue description. » Parmi ces figures, nous ne saurions trop recommander les planches I et II qui représentent le péricarde, viscéral et les rapports du cœur. Comme le dit d'ailleurs M. Farabeuf « ces figures n'ont pas été improvisées à la hâte ; je les offre en toute confiance aux médecins qui ont besoin de bien connaître les rapports du cœur et du péricarde. » L'arachnoïde, la plèvre et le péritoine sont étudiés avec grand soin. A la suite de Muller, à l'exemple de Cruveilhier et Marc Sée, l'auteur s'appuie sur le développement du péritoine pour le suivre dans les replis si compliqués que forme cette séreuse.

Cette description des grandes séreuses termine l'étude anatomique. En effet, l'auteur débute par l'histologie des séreuses en général: il s'occupe d'abord de leur trame pour passer ensuite à l'épithélium sur lequel il insiste naturellement beaucoup plus, car il suffit le plus souvent pour caractériser à lui seul les surfaces qu'il recouvre. D'ailleurs, c'est en ce sens qu'il discute l'importante question de savoir si cet épithélium possède des puits lymphatiques, des stigmates vrais ou faux, fermés et faciles à ouvrir ou largement ouverts, toutes questions étroitement liées à celle de l'origine des lymphatiques.

Dans un deuxième chapitre, M. Farabeuf étudie les organes séreux : *Bourses séreuses* superficielles ou profondes; *gaînes synoviales* tendineuses dont il admet quatre variétés. Dans la première, pas de méso-tendon : « La séreuse est une simple vésicule qui ne correspond qu'à l'une des faces du tendon

laisse aux vaisseaux un libre accès par la face opposée. » Dans la deuxième : « la vésicule s'est allongée dans le sens du tendon, puis repliée autour de sa circonférence jusqu'à ce que les deux bords de la gouttière qu'elle forme ainsi, se rencontrant, il en résulte une cloison mince, quoique double, qui est justement le type du méso-tendon complet. » Dans la troisième, le méso-tendon semble s'être en partie résorbé et n'existe que dans une partie de la longueur de la partie synoviale. Dans la quatrième enfin, le méso semble avoir complétement disparu ; il n'en est rien : « Ces tendons reçoivent leurs vaisseaux par l'intermédiaire de plusieurs petits replis qui ne sont autres que des vestiges de méso-tendon, ils ressemblent aux corps des métacarpiens et des phalanges. »

Les *synoviales articulaires* forment le troisième groupe des organes séreux. L'épithélium recouvre toutes les surfaces antérieures de l'articulation, sauf les surfaces cartilagineuses : ces séreuses présentent des cryptes ou follicules et des franges ou villosités qui, d'après Frerichs, seraient écrasées dans les mouvements articulaires en enrichissant la synovie de matières grasses et albumineuses. Enfin, le quatrième groupe comprend les grandes séreuses dont nous avons déjà parlé. M. Farabeuf commence par étudier leur développement et fait remarquer que « en réalité, il n'y a que deux séreuses viscérales : l'une pour les centres nerveux, dans le canal rachidien, l'autre pour les viscères de la circulation, de la respiration, de la digestion et de la reproduction. Tandis que la première reste unique, l'autre se divise à mesure que l'embryon se développe comme à mesure que l'on s'élève dans la série animale. »

Tel est le résumé de la thèse de M. Farabeuf; ce qu'on ne saurait trop louer, c'est l'extrême clarté de cet auteur. Nul ne trouve mieux le mot de la comparaison qui figure l'objet qu'il veut dépeindre. On sent qu'il l'a vu, que du moins il se le représente nettement, et qu'il en a le dessin dans la tête. C'est une qualité bien précieuse, mais dont, il faut le dire, le public est peu reconnaissant. Ne s'imagine-t-il pas avoir toujours su ce qu'il vient d'apprendre facilement ? Beaucoup fermeraient cette thèse en se disant : Qu'il y a-t-il là de nouveau et qu'ai-je appris ? Mais je les soupçonne fort de n'avoir, avant leur lecture, que des notions assez vagues sur le trajet des séreuses et sur leur développement; sur le péricarde, l'arachnoïde et les méso-tendons, et peut-être — qu'ils me pardonnent si je me trompe — n'en savaient-ils que juste ce qu'il faut pour avoir l'air de le savoir !

II. La thèse de M. Cadiat a pour titre : « *Cristallin; — anatomie et développement; usages et régénération.* » Elle est divisée en quatre chapitres correspondant chacun à l'un des points indiqués par le titre. Après un court avant-propos où l'auteur trace l'ordre qu'il se propose de suivre, il commence par étudier l'anatomie du cristallin ; il résume, en termes fort clairs, les rapports de cet organe, la distance qui sépare ses surfaces de la cornée et de la rétine. Son poids, son volume, ses dimensions et consacre un paragraphe très-intéressant à ses moyens de fixité. Sa description du « ligament suspenseur de Bowmann formé par l'accolement de la portion antérieure de la hyaloïde à la zone de Zinn, prolongement de la limitante interne est des plus nettes, et l'on voit bien comment la pression de l'humeur vitrée suffit pour maintenir fortement, sans autre artifice, le ligament suspenseur appliqué contre les parois ciliaires de la choroïde.

L'étude de la structure du cristallin renferme des détails que nous ne trouvons guère dans nos traités classiques. La cristalloïde antérieure est recouverte en dehors et en dedans d'une couche épithéliale signalée d'abord en Allemagne, constatée de nouveau en 1874 par l'auteur et par le professeur Robin. L'épithélium de la surface entière est mieux connu ; il est depuis longtemps décrit. Mais s'applique-t-il directement sur les tubes du cristallin ou bien en est-il séparé par des cellules décrites par M. Robin sous le nom de « cellules de l'humeur de Morgagni ? » M. Cadiat se range à l'opinion de Kölliker, de Stricker et d'Arnold et ne croit pas à l'existence de ces cellules ; il pense que M. Robin n'a observé qu'à une période de l'évolution fœtale. La face interne de la cristalloïde postérieure ne possède point un semblable revêtement ; la couche épithéliale fait défaut et les fibres cristalliniennes s'appuient directement sur elle.

M. Cadiat décrit alors les éléments du cristallin, les *fibres à noyaux ou tubes* découverts en 1849 par un élève de M. Robin, et les fibres dentelées ; puis il passe à leur disposition dont il expose le trajet fort simplement. Le lecteur, pour peu qu'il soit familiarisé avec les termes de géométrie, en tirera un profit certain.

Le chapitre II, qui traite du développement de l'appareil cristallin contient des recherches originales de M. Pouchet et de l'auteur lui-même. D'ailleurs les travaux antérieurs sont bien résumés et l'on peut suivre l'involution du feuillet externe du blastoderme, le bourgeon épithélial qu'il forme, l'étranglement, puis la disparition de son pédicule, la manière dont il se coiffe et s'entoure de la vésicule oculaire ; du reste, les planches que l'on trouve à la fin de la thèse, non moins que la clarté du texte, permettent de ne rien perdre de la démonstration. Un point important sur lequel M. Cadiat insiste est la stérilité du feuillet épithélial antérieur. Seul, le feuillet postérieur prolifère et donne naissance aux fibres cristalliennes ; il produit toute la masse du cristallin. Voilà pourquoi il n'existe jamais de cellules épithéliales sur la cristalloïde postérieure, car elles se sont transformées en fibres du cristallin ; au contraire, la cristalloïde antérieure a conservé son épithélium intact, grâce à sa stérilité, mais que, chez un jeune animal, le cristallin soit en partie détruit, si la cristalloïde est intacte, si l'épithélium est sain il entrera en activité et c'est grâce à lui que la régénération de l'organe aura lieu.

Nous ne saurions suivre M. Cadiat dans son étude sur le mode de développement du cristallin chez les mammifères, les oiseaux et les poissons ; sur le développement de la capsule du cristallin que quelques auteurs faisaient naitre aux dépens du feuillet moyen du blastoderme ; sur la membrane pupillaire, non plus que sur les vaisseaux capsulo-pupillaires. Il est fort bref sur la régénération du cristallin. Avec tous les expérimentateurs, il reconnaît : 1° que la capsule antérieure est indispensable à la régénération ; 2° que le développement du nouveau tissu débute par la zone équatoriale.

Si nous voulions adresser quelques critiques à M. Cadiat, ce serait à propos de son chapitre sur les usages du cristallin. Evidemment il est trop bref. Mais sa thèse possède de trop grandes qualités ; elle nous a appris et simplifie trop de détails utiles pour que nous ne soyons pas reconnaissant envers son auteur.

III. On ne saurait adresser semblable reproche de brièveté à M. Chrétien, car sa thèse sur « la *choroïde et l'iris* » pècherait plutôt par l'excès des détails, groupés avec ordre du reste, mais peut-être avec profusion. Il faut reconnaître que le sujet lui-même y prête. La choroïde et l'iris ne se ressemblent pas assez pour qu'on puisse réunir les deux descriptions sous le titre de membrane irido-choroïdienne; mais elles se ressemblent trop pour que les mêmes faits, les mêmes expressions ne reviennent sans cesse. Ce tableau en partie double devient parfois monotone : il aurait certainement gagné à être reserré.

Ces quelques réserves faites, nous devons dire que la lecture du travail de M. Chrétien est des plus instructives et l'on y trouve le résumé des recherches nombreuses accumulées sur cette question. Dans la première partie de sa thèse, M. Chrétien étudie l'anatomie de la choroïde et de l'iris. Le premier chapitre traite de l'anatomie descriptive de ces deux membranes et la deuxième de leur histologie. Il rattache à la choroïde la couche pigmentaire, annexée par quelques auteurs à la réture, aussi décrit-il 5 couches à la choroïde : 1° la *couche pigmentaire* formée par un plan unique et continue de cellules hexaédriques ; 2° une *membrane vileuse*, appelée couche élastique par Kölliker et membrane basilaire par Henle ; 3° la membrane *chorio-capillaire*, désignée aussi sous le nom de membrane Ryschienne est constituée par des vaisseaux capillaires unie par une chaine de tissu connectif très-mince ; 4° la couche des *gros vaisseaux* et enfin 5° la *lamina fusca*. Mais ces cinq couches n'existent point dans toute l'étendue de la choroïde et au niveau de la troisième choroïdienne elles sont remplacées par le muscle ciliaire très-longuement étudié, et par les parois ciliaires.

L'iris comprend trois couches, l'uvée et la couche de Brusck; la couche moyenne ou musculo-vasculaire ; la couche antérieure. La couche moyenne est de beaucoup la plus intéressante. A son étude se rattache celle du sphincter irien, dont l'existence ne saurait être contestée et du muscle dilatateur dont les fibres radiées sont niées par nombre d'auteurs. D'après M. Rouget ces fibres n'existent pas. Cependant elles sont, à cette heure, généralement acceptées ; on les décrit comme placées régulièrement, parallèles entre elles et dirigées en rayonnant du bord pupillaire vers le bord ciliaire.

A propos des vaisseaux de la choroïde et de l'iris, M. Chrétien insiste justement sur l'obscurité qui règne encore dans l'étude des lymphatiques irido-choroïdiens : les descriptions de Schwalbe ont paru fantaisistes à plusieurs et tous sont loin d'admettre les grands espaces lymphatiques situés, le premier, dans la lamina fusca, entre la choroïde et la sclérotique, espace périchoroïdal, le deuxième, entre la face externe de la sclérotique et l'aponévrose orbito-oculaire, espace de Ténon. Ces deux espaces communiqueraient entre eux et la lymphe qu'ils contiennent s'écoulerait en définitive par un nouvel espace lymphatique engainant le nerf optique et débouchant dans la cavité arachnoïdienne. La lymphe de la choroïde proprement dite et de l'iris se rendrait dans la chambre antérieure de l'œil à travers les lacunes qui existent entre les festons du ligament pectiné. De la chambre antérieure la lympho, par des fentes étroites, pénétrerait dans le canal de Schlemm qui la distribuerait aux veines ciliaires antérieures. M. Chrétien discute très-judicieusement toutes ces assertions que peu de preuves appuient et oppose à Schwalbe les expériences contradictoires de Leber, qui n'a jamais — quelle que soit la pression employée — pu faire passer des molécules colorées en suspension dans le liquide, de la chambre antérieure de l'œil dans les veines ciliaires antérieures.

Le chapitre d'embryologie et son appendice sur « le peigne» des oiseaux est fort intéressant. Il en est de même de toute la seconde partie du travail de M. Chrétien, et qui traite de la physiologie. Les diverses théories sur le rôle du muscle ciliaire en particulier, sont étudiées avec détail. Nous ne saurions mieux faire que d'y renvoyer le lecteur.

IV. Il faut reconnaitre tout d'abord que le sujet échu à M. Coyne: « *Anatomie et développement des parties molles de l'oreille interne* » est fort rude et de beaucoup le plus difficile. Depuis fort longtemps l'attention des anatomistes français ne s'était pas portée sur ce point et lorsque nous parcourons l'index bibliographique annexé au travail de M. Coyne, c'est à peine si nous trouvons un nom français depuis le mémoire de Breschet dont les recherches datent de 1833. Mais le service que nous rend M. Coyne est d'autant plus grand, car il résume dans sa thèse les travaux étrangers qui, la plupart, nous étaient encore inconnus.

Il étudie d'abord le vestibule membraneux; les canaux demi-circulaires, leurs taches auditives, l'aqueduc du vestibule et le canal de communication qui unit le succule au canal contenu dans l'épaisseur de la lame spinale membraneuse. Toute cette description est fort intéressante et même facile à suivre, grâce aux soins qu'a mis l'auteur à la rendre claire. Le limaçon membraneux est autrement compliqué; son étude est plus difficile et nous ne pouvons entrer dans les minutieux détails de sa structure intime ; l'analyse devient impossible.

Nous nous bornerons à dire qu'à cette heure la thèse de M. Coyne est certainement le travail le plus complet que nous ayons sur ce point d'anatomie ; on ne saurait étudier l'oreille interne sans y avoir recours. P. Reclus.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Les Cours d'Hiver de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 6 Novembre.

Physique médicale, M Gavarret. — Physique générale. — L'Électricité et l'Optique. Mercredi, vendredi, à midi.
— Physique biologique. — Les phénomènes physiques de la phonation et de l'audition. Lundi, à cinq 5 heures, (petit amphithéâtre).

Pathologie médicale, M. Ollivier, agrégé chargé du cours. — Des maladies du poumon. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures.

Anatomie, M. Sappey. — Le système nerveux central. — Le système nerveux périphérique. — Les organes des sens. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Pathologie et thérapeutique générales, M. Chauffard. — Éléments morbides communs : fièvre, fluxion, inflammation, douleur, spasme, trouble des facultés intellectuelles. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures.

Chimie médicale, M. Wurtz. — Chimie générale. — Histoire chimique des métalloïdes. — Etude de l'air et de l'eau, des principaux acides, etc., au point de vue des applications médicales. Jeudi, vendredi, à midi.
— Chimie biologique. — Etude des phéuomèues chimiques de la nutrition. — Sécrétions. Mardi, à 4 heures, (petit amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale. M. Dolbeau. — Maladies des tissus et des systèmes. — Tissus cellulaire, osseux, cartilagineux. — Muscles, articulations. — Système vasculaire : Artères, veines et lymphatiques. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures.

Opérations et appareils, M. Léon Le Fort. — Médecine opératoire. — Thérapeutique des maladies du cou, des voies respiratoires, du thorax, de l'abdomen, des organes génito-urinaires dans les deux sexes. — Hernies. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Histologie, M. Robin, suppléé par M. X.... agrégé. — Etude des éléments anatomiques et des humeurs. (La 1re partie du programme imprimé du cours). Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures.

Histoire de la Médecine et de la Chirurgie, M. Parrot. — De l'histoire de l'inflammation et de la fièvre. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures.

Clinique médicale : M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.
— M. Lasègue, à la Pitié, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.
— M. Hardy, à la Charité, tous les jours, le matin, da 8 à 10 heures.
— M. Potain, à l'hôpital Necker, tous les jours la matin, de 8 à 10 heures.

Clinique chirurgicale : M. Gosselin, à la Charité, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.
— M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.
— M. Broca, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté, tous les jours, le matin da 8 à 10 heures.
— M. Verneuil, à la Pitié, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.

Clinique d'accouchements : M. Depaul, à l'hôpital des Cliniques da la Faculté, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.

Cours cliniques complémentaires.

Maladies des enfants : M. Blachez, à l'hôpital des Enfants. Lundi, jeudi, samedi, à 8 heures et demie.

Ophthalmologie : M. Panas, à l'hôpital Lariboisière. Le luudi : Conférence clinique et Exerc. ophthalm., à 9 h. du matin. Le jeudi : Opérations, à 9 heures.

Maladies syphilitiques : M. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis. Le vendredi, Leçon clinique, à 9 h. Le mardi, Leçon au lit des malades, à 8 h. et demie.

Maladies des voies urinaires : M. Guyon, à l'hôpital Necker. Mercredi : Leçon clinique et opérations à 9 heures. Samedi : Leçon au lit des malades. Opérations à 9 heures.

Maladies de la peau : M. X...

Ecole pratique.

Les exercices de dissection commenceront à l'Ecole pratique, le lundi 23 octobre. — M. Marc Sée, chef des travaux Anatomiques, ouvrira son Cours le 7 Novembre. Il traitera des questions suivantes : Face. — Cou. — Tronc. (Suite du Cours d'Anatomia appliquée.)

MM. les Prosecteurs et les Aides d'Anatomia feront des Cours à l'Ecole pratique. Une affiche indiquera ultérieurement l'ouverture et le programme de ces Cours.

Semestre d'hiver. — Division des études.

Première année : Chimie médicale, physique médicale, anatomie.

Deuxième année : Anatomie, histologie, dissection.

Troisième année : Anatomie, histologie, dissections, opérations et appareils, pathologie iuterne et pathologie externe, clinique médicale et chirurgicale.

Quatrième année : Pathologie interne et pathologia externe, pathologie générale, exercices pratiques de médecine opératoire, cliniques médicala, chirurgicale et obstétricale.

MM. les Etudiants sont prévenus : 1° que les Consignations pour les travaux pratiques et pour les examens seront reçues à partir du 16 octobre, les vendredis et les samedis, de 1 heure à 4 heures ; — 2° Que le registre destiné à recevoir l'inscription du premier trimestre de l'année scolaire 1876-1877, sera ouvert du lundi 16 octobre au 16 novembre, les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de 9 h. à 11 h. et de 1 à 4 h.

Les Elèves qui commenceront leurs études ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en présentant et déposant au Secrétariat, jusqu'au 1er novembre : 1° leur acte de naissance, dûment légalisé ; — 2° un certificat de bonne vie et mœurs ; — 3° le diplôme de bachelier ès lettres ;

4° s'ils sont mineurs, le consentement de leurs parents ou tuteurs. *Ceux d'entre eux, dont les parents ou tuteurs ne résident pas à Paris, devront, en outre, être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue d'inscrire elle-même son nom et son adresse au registre ouvert à cet effet.*

Avant de prendre leur troisième inscription, les Etudiants devront justifier du diplôme de bachelier ès sciences restreint.

Les aspirants au titre d'Officier de santé sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès sciences ou celui de bachelier ès lettres, mais il devront justifier du *Certificat de grammaire*, obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'Arrêté du 23 décembre 1854.

VARIA

Colonie pour le traitement des enfants idiots.

Le Conseil général de la Seine a, dans sa session ordinaire de 1873, et sur la proposition du Préfet, décidé l'institution d'une colonie pour le traitement et l'éducation des enfants idiots ou arriérés. Les travaux qui avaient pour objet cette création sont aujourd'hui terminés et la nouvelle institution a pu s'ouvrir le 1er juillet dernier.

L'état des locaux ne comprenant pas des aménagements spéciaux pour les épileptiques et les malpropres, dont la promiscuité avec les autres enfants aurait les plus graves inconvénients, le programme de la colonie a dû forcément les exclure.

L'instruction dont leur degré d'intelligence est susceptible, est donnée aux colons de Vaucluse par un instituteur aussi expérimenté que dévoué, qui avait exercé pendant 35 ans, les mêmes fonctions à l'hospice de Bicêtre. Un aumônier est chargé de l'éducation religieuse.

Des professeurs de gymnastique, de musique, etc., seront en outre, attachés à l'institution, et des chefs d'atelier seront chargés de donner l'éducation professionnelle aux enfants chez lesquels on aura reconnu l'aptitude à un métier. Il a été annexé à la colonie, une ferme et une exploitation de 10 hectares, comprenant un spécimen de toutes les cultures auxquelles les enfants aptes aux travaux agricoles seront exercés graduellement.

La direction médicale de la colonie est confiée à un médecin en chef, assisté d'un médecin adjoint et d'un interne en médecine.

La colonie, complètement distincte de l'Asile dont elle est séparée par la rivière de l'Orge, est placée dans d'excellentes conditions hygiéniques. On s'y rend par le chemin de fer d'Orléans, station d'Epinay-sur-Orge, qui n'en est distant que d'un kilomètre à peine. La population de la colonie se compose : 1° De pensionnaires du département; 2° De pensionnaires au compte des familles.

La dépense des uns et des autres sera réglée d'après un tarif qui doit être soumis au Conseil général dans sa prochaine session. On peut s'adresser pour tous les renseignements au directeur, médecin en chef de la colonie, à Epinay-sur-Orge, par Savigny-sur-Orge (Seine-et-Oise). *(Gaz. hebd.)*

Exposition universelle de 1878. *Médecine, hygiène et assistance publique.* Dans la classification générale de l'Exposition les sciences médicales seront ainsi représentées : Dans le deuxième groupe, classe 14. *Médecine, hygiène et Assistance publique.* — Matériel, instruments et appareils des travaux anatomiques et histologiques. — Pièces d'anatomie classique. — Instruments d'exploration médicale. — Appareils et instruments de pansement et de petite chirurgie, appareils d'anesthésie générale et locale. — Instruments de chirurgie groupés d'après leur destination : instruments des amputations, résections, etc. — Instruments spéciaux : obstétrique, ovariotomie, voies urinaires, oculistique, (art du dentiste, etc.); appareils d'électrothérapie. — Appareils de prothèse plastique et mécanique, appareils d'orthopédie, bandages herniaires. — Appareils de secours aux noyés et asphyxiés. — Appareils balnéatoires et hydrothérapiques Appareils de gymnastique médicale et hygiénique. — Plans et modèles d'hôpitaux, d'asiles divers, de maisons de refuge, de retraite, d'aliénés. Agencement et mobilier de ces établissements. Appareils divers destinés aux infirmes, aux malades et aux aliénés. Objets accessoires du service médical, chirurgical et pharmaceutique dans les hôpitaux ou infirmeries.

Dans le quatrième groupe, classe 41. — Tentes et objets de campement. Lits hamacs, sièges, pliants, etc.

Dans le cinquième groupe, classe 47. — *Produits chimiques et pharmaceutiques.* — Acides, alcalis, sels de toutes sortes, sels marins et produits des exploitations des eaux-mères. — Produits divers des industries chimiques : cires et corps gras; savons et bougies; matières premières de parfumerie, rétines; goudrons et corps dérivés; essences et vernis; enduits divers; cirages. Produits de l'industrie du caoutchouc et de la gutta-percha; substances tinctoriales et couleurs. — Eaux minérales et eaux gazeuses naturelles ou artificielles. Matières premières de la pharmacie. Médicaments simples et composés.

Dans le sixième groupe, classe 53. — *Matériel des arts chimiques de la pharmacie.* — Ustensiles et appareils de laboratoire. Appareils et instruments destinés aux essais industriels et commerciaux. — Matériel et appareils de produits chimiques. — Matériel et procédés de la fabrication des essences, des vernis des objets en caoutchouc et en gutta-percha. — Matériel de la préparation des produits pharmaceutiques.

Dans le septième groupe, classe 74. — Condiments et stimulants, sucres et produits de la confiserie.

Enseignement médical libre.

Troisième examen de doctorat. — 1er *de fin d'année.* — Le dr Lelorain, licencié ès-sciences naturelles, commencera le 9 octobre la série des leçons préparatoires à cet examen.

Récapitulation rapide des matières. Interrogations fréquentes. — Plantes fraîches et moulées. — Libre disposition d'un droguier identique à celui de la faculté. — Deux leçons par jour, de 1 h. 1/2 chacune : une de physique ou chimie, et une d'histoire naturelle. — On s'inscrit chez le dr Lelorain, de 4 à 6 h., rue Bertin-Poirée, n° 9. Leçons particulières pour cet examen et pour le 4°.

M. le Dr Fort, professeur libre d'Anatomie, reprendra ses Cours d'anatomie et de dissection, dans son amphithéâtre, 2, rue Antoine Dubois et à l'Ecole pratique, le lundi 22 octobre 1876. Les Elèves doivent s'inscrire pour les cours le matin de huit à dix heures, 21, rue Jacob, où on leur délivrera une carte d'entrée.

Mortalité a Paris. — Population 1.851.792 habitants. Pendant la semaine finissant le 28 sept. 1876, on a constaté 814 décès, savoir: Variole, 5; — rougeole, 10; — scarlatine, 5; — fièvre typhoïde, 59; — érysipèle, 6; — bronchite aiguë, 19; — pneumonie, 33; — dyssenterie; 3; — diarrhée cholériformo des jeunes enfants, 9; — choléra nostras, 1, — angine couenneuse, 7; — croup, 9; — affections puerpérales, 4, — autres affections aiguës, 245; — affections chroniques, 348 dont 147 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 30; — causes accidentelles, 21.

Londres. — Population 3.489.428 habitants. Décès du 17 au 23 sept. 1876. 1.280, savoir : variole, 11; — rougeole, 7; — scarlatine, 48; — fièvre typhoïde, [illegible]; — érysipèle, [illegible]; — bronchite, 112; — pneumonie, 65; — dysenterie, 3; — diarrhée, 45; — choléra nostras, 1; — diphthérie, 6; — croup, 5; — coqueluche, 16.

Faculté de médecine. *Agrandissement de la clinique.* — L'adjudication publique des matériaux à provenir de la démolition des immeubles expropriés pour l'agrandissement de l'Ecole de médecine aura lieu le 19 octobre prochain, ce qui indique que l'administration désire activer la reconstruction de l'Ecole. Il s'agit dans cette adjudication des maisons nos 17 et 19 de la rue de l'Ecole-de-Médecine, nos 1 et 3 de la rue Antoine-Dubois, n° 23 de la rue Monsieur-le-Prince.

Concours de l'internat. — La composition écrite s'est faite le lundi 2 octobre sur le sujet suivant : Cœcum; Des ulcérations intestinales. Les deux autres questions posées dans l'une étaient : *Plexus cervical superficiel ; Torticolis ; — Nerf laryngé inférieur, diagnostic et traitement du croup.*

Concours *pour le protectorat à Clamart.* Les candidats ont à faire, pour la préparation anatomique sèche, — *la région du cou-de-pied.*

Le Choléra a fait irruption avec une grande violence à Summoo, capitale du Cachemir. Les habitants se sont enfuis sur le territoire anglais. Le fléau a fait de grands ravages surtout à Rawul Pindé, Lahore et Bareilly, et dans cette dernière place il a surtout sévi parmi les troupes. *(The Lancet.)*

— La fièvre jaune continue à produire de grands ravages à Brunswick, capitale de la Géorgie. *(The Lancet.)*

Exposition d'hygiène et de sauvetage de Bruxelles. — Des diplômes d'honneur ont été décernés : 1° à la direction de l'enseignement primaire, pour l'organisation de son matériel; 2° à la direction des eaux et égouts pour les travaux importants accomplis pendant ces dernières années; 3° à l'Assistance publique; 4° enfin à la préfecture de police, pour l'organisation du service des secours.

Un manuscrit de Papin. — Un manuscrit de Denis Papin, le célèbre médecin et physicien qui constata le premier l'emploi qu'on pouvait faire de la vapeur comme force motrice, vient d'être acheté fort cher, dit-on par notre bibliothèque nationale. Ce manuscrit, qui date de 1681, est intitulé : *Traité des opérations sans douleurs.* L'auteur y examine les différents moyens qu'on pourrait employer pour endormir la sensibilité des malades et leur éviter la douleur des opérations. Ce curieux manuscrit que Papin avait donné à un médecin allemand du nom de Berner, était tombé en dernier lieu entre les mains du pasteur Lahn, qui vient de mourir. C'est son héritier qui l'a vendu à la bibliothèque. *(XIXe Siècle).*

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Guitard, professeur de pathologie interne, est autorisé à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1876-1877, par M. Caubet, professeur suppléant.

— La Société des Médecins des Bureaux de bienfaisance reprendra ses séances mercredi prochain, 11 octobre, à 8 h. précises du soir, à la mairie du Louvre. Ordre du jour : 1° Rapport à l'Administration sur les médicaments à ajouter au formulaire des bureaux de bienfaisance, par M. Lafond; 2° Observations de tétanos, par le dr Zimberlin, membre correspondant de la Société; 3° Conséquences de la suppression de plusieurs médecins dans chacun des bureaux de bienfaisance du centre de Paris, par M. Passant.

— Un écrivain du *Chicago medical journal*, rapporte des succès merveilleux obtenus dans le traitement de la fièvre typhoïde, par l'acide sulfureux. Dans trente cas, l'acide a été donné à doses variant de 3 à 15 gouttes en limonade, toutes les 48 heures. Sur le nombre, un seul malade est mort ; c'était une jeune fille phthisique très-avancée.

Nécrologie. M. le dr J. Gourdon, professeur à l'école vétérinaire de Toulouse, est décédé à la suite d'une courte maladie.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La Chirurgie antiseptique à Edimbourg ;

Par **G. MAUNOURY**, interne des hôpitaux.

I

Etonné de voir le pansement Lister, accepté depuis plusieurs années avec enthousiasme à l'étranger, ne recevoir en France qu'un accueil un peu dédaigneux malgré la vulgarisation qu'en faisait, tant dans son journal que dans son service, M. Lucas-Championnière, et malgré les résultats encourageants obtenus cette année même par mon maître M. Verneuil, ainsi que par MM. Guyon et Panas ; ne sachant si je devais attribuer cette indifférence de mes compatriotes à ce fameux bon sens dont on parle tant, ou à ce dont on parle moins au culte pieux que nous avons tous ici pour Notre-Dame-de-la-Routine, je voulus en avoir le cœur net, et par une belle matinée d'août je bouclai mon sac de voyage et je partis voir ce que l'on faisait à la royale infirmerie d'Edimbourg. Ce que je vis, je m'en vais le raconter, mais je puis dire de suite que je suis revenu d'Ecosse partisan convaincu de la nouvelle méthode, et persuadé que, désormais, le chirurgien est, dans l'immense majorité des cas, maître de la vie de ses opérés.

Je n'ai nullement l'intention de décrire longuement le pansement Lister. Dans son excellent petit livre sur la chirurgie antiseptique, M. Lucas-Championnière a donné de ce pansement la description la plus complète et la plus claire qu'il soit possible de donner, il n'y a donc pas lieu d'y revenir. Je me contenterai de relater aussi brièvement que possible les faits cliniques que j'ai pu observer pendant les trois semaines que je suis resté à Edimbourg. Grâce à l'obligeance et à la bienveillance que tous, maîtres et élèves, ont eu pour moi, j'ai pu voir d'une manière assez complète l'application de la nouvelle méthode. Bien des faits étaient nouveaux pour moi, plusieurs semblaient même contraires aux principes généralement admis, mais devant les résultats si favorables que j'ai pu observer et que, d'ailleurs, je rapporte ici, il me semble bien difficile de ne pas admettre que M. Lister vient de faire faire à la chirurgie l'un des plus grands progrès du siècle.

On aurait une idée fausse ou du moins fort incomplète du pansement de M. Lister si l'on se figurait que c'est tout simplement un pansement composé d'un certain nombre de pièces phéniquées que l'on doit superposer dans un certain ordre. Il n'y a pas à proprement parler un pansement antiseptique, mais bien une méthode antiseptique qui n'est autre chose que l'application rigoureuse de la théorie de Pasteur à la chirurgie des plaies. Jusqu'ici il y avait bien eu des essais de pansement antiseptique (et l'on peut dire que, dans les services hospitaliers où ces pansements étaient employés, on a vu rapidement l'hygiène s'améliorer), mais ces moyens n'étaient pas très-rigoureux, et les germes atmosphériques pouvaient être très aisément retrouvés dans les plaies. M. Lister est le premier qui soit parvenu à les débarrasser complétement de ces agents d'infection.

L'atmosphère est remplie de germes qui, arrivant au contact d'une plaie, deviennent une cause de putréfaction. Voilà ce dont il faut être tout d'abord bien convaincu si l'on veut faire un pansement antiseptique, car si l'on n'a pas la théorie constamment présente à l'esprit, on omettra inévitablement certains détails et certaines précautions d'où peut dépendre le succès de la méthode. Les germes nuisibles étant toujours tout prêts à venir contaminer la plaie, il faut les détruire ; M. Lister a imaginé pour cela toute une série de pièces dont l'efficacité et la valeur ont été reconnues à la suite de nombreux essais, mais il est fort possible que tôt ou tard ces pièces soient remplacées par d'autres sans que la signification du pansement change pour cela.

Il suffit d'aller un matin à l'hôpital pour voir combien la théorie guide les actes non-seulement du chirurgien, mais encore de tous les élèves qui suivent la visite. Il ne viendrait à l'esprit d'aucun de nous d'ouvrir un abcès avec un scalpel qui vient de servir à faire une autopsie, il semblerait tout aussi dangereux là-bas de se servir d'un bistouri qui n'a pas été préalablement nettoyé dans l'acide phénique ; jamais un élève ne touche une plaie sans s'être lavé les mains dans une solution antiseptique et je me souviens encore du scandale que je fis un jour en touchant de ma main profane le moignon d'un amputé ; une vigoureuse lotion phéniquée fut nécessaire pour laver mon crime. Si l'on vient à découvrir une plaie, on a soin de créer tout d'abord autour d'elle une atmosphère phéniquée, et si la plaie est de telle dimension ou située de telle façon que la vapeur phéniquée ne puisse en toucher à la fois tous les points, ou bien on emploie deux pulvérisateurs, ou bien on recouvre avec un linge phéniqué les points qui ne peuvent être atteints par le pulvérisateur ; bref il y a là une foule de détails qu'il serait fastidieux d'énumérer et auxquels il est impossible de songer si l'on n'a pas la main conduite par la théorie. Ces petits détails qui peuvent sembler un peu minutieux au début sont à présent si bien passés dans la pratique que les élèves les exécutent tout naturellement et sans en être nullement gênés.

A côté de ces précautions ayant pour but de tenir la plaie à l'abri des germes nuisibles, il en est d'autres qui sont destinées à purifier la salle tout entière. Un individu entre avec une fracture simple du fémur, le lint que l'on interpose entre le membre et l'attelle sera trempé dans un liquide antiseptique, par exemple une solution d'acide borique. Un malade a un épithélioma ulcéré de la jambe, on le pansera de même avec du lint boracique. On fera des coussins pour les fractures et les moignons avec une sorte d'étoupe goudronnée (ocum), etc., etc.; en un mot, on veille à ce que le malade n'ayant pas à craindre l'infection pour lui-même ne puisse pas devenir une cause d'infection pour la salle.

II

La Royal Infirmray d'Edimbourg est un grand hôpital situé dans la vieille ville basse, dans un quartier sale et mal aéré où l'atmosphère est viciée par la fumée et par les émanations des brasseries voisines, il y a çà et là une cour étroite, mais pas de grand jardin ; on peut dire en somme qu'au point de vue hygiénique la situation de l'hôpital est loin d'être meilleure que celle de nos hôpitaux parisiens.

Les salles sont petites, elles renferment chacune huit à dix lits ; je n'ai pas pris de mesures exactes, mais il me semble que les malades ont à peu près la même quantité de mètres cubes d'air que chez nous. Dans la cheminée un bon feu de charbon de terre entretient la ventilation, et on y jette les pièces sales des pansements à mesure qu'on les enlève. Sur la table flacons remplis de solutions phéniquées au $\frac{1}{20}$ et au $\frac{1}{40}$, solution d'acide borique, huile phéniquée, solution d'acide salycilique, pulvérisateur ; — toutes les éponges sont conservées dans un bocal rempli de solution phéniquée forte ; — dans l'appareil, pièces de gaze phéniquée, mackintosh, protective, lint boracique ; au fond de la salle sur une table est une grande boîte de fer blanc remplie de gaze phéniquée que l'on conserve là. Avant la visite les externes viennent préparer les pansements Lister, les disposant au lit de chaque malade, et lorsque le chirurgien fait sa visite, le changement de pansement n'exige ainsi

que peu de temps. Je n'ai jamais senti la moindre odeur quand je suis entré dans ces salles.

L'amphithéâtre d'opération ressemble complétement à la plupart de nos amphithéâtres de Paris. Sur une table sont disposées la solution phéniquée et les éponges avec des bassins et des seaux, un aide est spécialement chargé de cette table, lave les éponges sales, remet de l'eau dans les bassins, il est chargé en somme du lavage et de la désinfection. Sur une autre table se trouvent les instruments, qui, au lieu d'être disposés sur une planchette, sont parfaitement rangés au fond d'une large cuvette carrée en porcelaine ; cette cuvette est à moitié remplie de solution phéniquée, de telle sorte que tous les instruments sont complétement immergés dans la solution, on peut ainsi les prendre très-aisément et les remettre dans la cuvette dès que l'on ne s'en sert plus. Sur cette même table se trouve dans un flacon d'huile phéniquée du fil catgut, non en écheveau ce qui obligerait à le sortir pour le couper, mais roulé sur une bobine, ce qui permet de le dévider à mesure qu'on en a besoin sans le sortir de son liquide antiseptique. Enfin, sur une troisième table, est couché le malade.

Il n'y a dans l'hémicycle que le chirurgien et ses aides ; tous les élèves sont assis sur les bancs de l'amphithéâtre. De la sorte le chirurgien est libre de ses mouvements, et ses aides ne sont pas obligés de lutter constamment avec une foule pressée contre le lit d'opération, les instruments peuvent être pris et remis quand cela est utile dans la solution phéniquée, ils ne risquent pas d'être écrasés par un étudiant trop zélé qui pour mieux voir monterait sur la table ; enfin les éponges sont directement données au chirurgien sans passer d'abord par cinq ou six mains. Je parle de tous ces petits détails, car je crois qu'ils ont une grande valeur.

III

Le pansement Lister se compose de plusieurs pièces : du protective appliqué directement sur la plaie et destiné à empêcher la vapeur d'acide phénique de venir constamment irriter cette plaie, d'une lame de gaze phéniquée mouillée, de plusieurs feuilles de gaze phéniquée dont les deux dernières sont séparées par un tissu imperméable (mackintosh), enfin le tout est entouré de bandes de gaze phéniquée ; on a eu soin de placer un tube à drainage dans la plaie. Tel est le pansement classique que tout le monde connaît aujourd'hui. Les premiers jours on le renouvelle toutes les 24 heures, on examine attentivement l'état de la plaie et le contenu du pansement, et s'il n'y a ni suppuration (1) ni odeur, si le protective reste vert ou prend une teinte légèrement blanchâtre, c'est que la plaie va bien ; au bout de trois ou quatre jours on ne panse plus que toutes les 48 heures, puis tous les trois jours, etc., on finit par laisser un pansement huit jours.

Mais dans certains cas les choses ne se passent pas ainsi. Un jour on s'aperçoit que le pansement renferme un peu de pus, et qu'il s'en exhale une légère odeur putride; en outre il est très fréquent, dans ces cas, de voir le protective présenter quelques taches noirâtres ; tous ces symptômes indiquent que la plaie n'est plus aseptique ; on se méfie alors, on regarde de tous côtés s'il ne se fait pas une fusée purulente ; si la suppuration devient abondante on remplace le pansement Lister par un pansement avec le lint boracique que l'on renouvelle chaque jour et l'on assure le libre écoulement du pus à l'aide des tubes à drainage : J'ai toujours vu, dans ces cas, l'inflammation diminuer rapidement, et la guérison bien qu'un peu retardée n'en survient pas moins assez vite.

Parfois on peut observer une autre petite complication. Chez certains sujets la peau semble plus sensible que chez d'autres, et l'acide phénique irrite un peu la plaie ; il apparaît alors sur les bords une petite zône inflammatoire qui n'a certainement pas grande gravité, mais qui peut retarder un peu la guérison. La même chose peut s'observer lorsque chez un malade le pansement Lister est employé depuis longtemps. Pour remédier à cette légère irritation de la plaie on trempe les morceaux du protective dans le salycilic acid Cream qui n'est autre chose qu'une solution concentrée d'acide salycilique et qui est beaucoup moins irritant que la solution phéniquée.

Je ne parle pas des autres modifications du pansement Lister : introduction d'une éponge phéniquée dans le pansement, tampons de gaze phéniquée aux endroits irréguliers par où l'air pourrait s'introduire, M. Lucas-Championnière signale ces modifications dans son livre. — J'ai encore vu M. Chiene assistant de M. Lister faire l'essai de plusieurs autres modifications : remplacement du tube de caoutchouc par un faisceau de fils de catgut, sutures faites avec du fil catgut auquel on a donné de la consistance et de la raideur à l'aide de l'acide chromique, mais les cas que j'ai vus sont trop peu nombreux pour me permettre d'avoir une opinion à cet égard.

(1) Il ne faudrait pas confondre avec la suppuration un écoulement couleur chocolat qui se produit quelquefois en grande abondance les deux ou trois premiers jours qui suivent une opération.

IV

Je dois maintenant rendre compte des divers cas où j'ai vu appliquer le pansement Lister.

Je parlerai tout d'abord de tous ces petits traumatismes qui sont la monnaie courante des services de chirurgie. Quand le malade peut marcher on ne le reçoit pas à l'hôpital ; on lui met un pansement et tous les matins il vient se faire panser à la consultation. Je vois là des écrasements des doigts, plaie du bras, autoplastie de la face, plaie de poitrine non pénétrante, etc.; dans tous ces cas, on peut dire que la réunion immédiate est la règle. Il est inutile de parler de tous ces petits faits, mais je dois néanmoins citer l'un d'eux car on a employé là une pratique contraire à celle qui est généralement suivie à Paris.

Le 10 août, une jeune fille reçoit sur la tête un coup de tisonuier qui lui fait une plaie du cuir chevelu longue de 7 à 8 centimètres ; elle vient de suite à l'hôpital à la consultation de M. Joseph Bell, là on lui fait la suture avec des fils catgut et on lui applique le pansement Lister ; le 17 août, la plaie est complétement réunie par première intention.

La réunion immédiate a aussi été la règle pour les diverses opérations pratiquées sur des tissus sains que j'ai eu lieu d'observer.

I. Le 14 août, M. Chiene enleva une *tumeur* volumineuse de la parotide droite chez un vieillard, il employa précisément dans ce cas un faisceau de fils de catgut à la place de tubes à drainage, et il fit les sutures avec du catgut traité par l'acide chromique. Les jours suivants il n'y eut pas trace de gonflement ni de rougeur, la température ne dépassa jamais 37° 6, la plaie était réunie par première intention cinq jours après l'opération, et le 26 août, c'est-à-dire douze jours après l'opération, le malade sortit de l'hôpital.

II. *Amputation de cuisse* faite par Lister il y a seize jours ; on s'est aussi servi dans ce cas de catgut à la place de drains. Réunion par première intention en tous les points. Depuis le jour de l'opération la température a oscillé de 37 à 37° 4 et le pouls de 78 à 100.

III. Le 16 août, M. Joseph Bell fait une *amputation* au tiers supérieur de la *jambe* chez une vieille femme pour un épithelioma de la jambe. Deux tubes à drainage dont l'un des bouts est fixé au fond de la plaie par un fil de catgut qui traverse la base des lambeaux ; suture des deux lambeaux avec le catgut ; pansement Lister. — Le 17 et 18 août, écoulement assez abondant d'un liquide couleur chocolat dans le pansement, moignon légèrement tuméfié, injection phéniquée par les drains. — Le 20 août, toute trace de gonflement, même léger, a disparu, il n'y a pas la moindre trace d'inflammation. — Le 22 août, on retire les drains. — Le 28 août, la plaie est complétement réunie par première intention sauf au niveau des deux points par où sortent les drains. Depuis le jour de l'opération la température a oscillé de 36° 8 à 37° 4 ; le 3e et le 4e jour seulement elle s'est élevée à 37° 8 et 38° 2.

Voici un autre cas où il y avait plaie contuse, il n'y a pas eu réunion par première intention, mais le résultat n'en est pas moins remarquable :

Un petit garçon âgé de cinq ans arrive le 22 août dans le service de M. Annandale avec un violent traumatisme de l'épaule gauche produit par un tramway. Cette épaule est le siège d'un gonflement énorme, et il existe dans la région sus-claviculaire une plaie contuse par où le doigt peut aller jusque dans le creux axillaire par dessous la clavicule fracturée. Pansement Lister. — Les jours suivants la plaie suppure un peu, mais le gonflement diminue ; la température monte à 37° 8 le soir du 2e jour, puis elle oscille de

36°7 à 37° 4. — Le 28 août, quand je quittai Edimbourg, le gonflement est presque disparu, il n'y a qu'une bien petite quantité de pus dans le pansement, la guérison est assurée.

Cette observation me conduit tout naturellement à parler des fractures compliquées, il m'a semblé que c'était là une des applications les plus heureuses du pansement antiseptique. On connaît la statistique déplorable des fractures compliquées dans nos hôpitaux, le nouveau mode de pansement change complétement les chiffres. Pour le traitement de ces fractures, il est facile de combiner le pansement Lister avec un appareil à fracture, d'autant plus que nous avons en France nos excellentes attelles de tarlatane plâtrée qui nous permettront de parfaitement immobiliser le membre tout en laissant à nu le siége de la plaie. Il faudra en outre avoir grand soin dans ces cas de bien phéniquer la plaie, surtout si l'accident date de quelques heures, car les germes atmosphériques ont eu le temps de s'introduire dans la plaie qui est en général profonde et sinueuse. Dans le cas où le traumatisme remonte à plusieurs heures, M. Lister emploie parfois une solution composée de une partie d'acide phénique et de cinq parties d'alcool méthylique pour toucher toutes les anfractuosités de la plaie et pour laver les fragments d'os saillants avant de les réduire.

I. Un enfant de six ans est entré le 22 juillet dans le service de Joseph Bell pour une fracture du tibia gauche avec plaie cutanée de 3 centimètres. Pansement Lister. — Le 9 août, on ne fait plus le pansement que tous les trois jours, la plaie a l'aspect d'une plaie simple, suppure à peine, n'a aucune odeur. — Le 20 août, le pansement qui est sur la plaie depuis huit jours est absolument sec, sans odeur ; la plaie est presque complétement cicatrisée.

II. Ecrasement du pied traité de la même manière et avec les mêmes résultats.

III. M. Daruty me montre dans son service à l'hôpital de Leith un homme âgé de 45 ans, entré le 4 août pour un violent traumatisme des deux pieds dû à la chute d'un rail. Du côté gauche la contusion a été si forte qu'il y a une gangrène partielle du pied. Du côté droit, il y a broiement du quart inférieur du péroné avec large ouverture de l'articulatiou tibio-tarsienne en dehors et en dedans. Il n'est pas douteux que sans le pansement antiseptique il y avait indication formelle d'amputer. M. Daruty essaya la conservation avec le pansement Lister. — Le 17 août, il se produit une fusée purulente, mais l'état général reste satisfaisant ; la température est un peu élevée évidemment à cause de cette fusée, mais aussi en partie à cause de la gangrène du pied gauche. — 22 août, le gonflement inflammatoire a presque disparu ; les plaies qui communiquent avec l'articulation sont couvertes de bourgeons rosés, l'état général est excellent, la guérison me paraît assurée. — 28 août. L'améliorations continue, on a laissé le pansement cinq jours sans y toucher.

A côté des fractures compliquées on peut ranger les opérations que l'on pratique sur les os. Je n'ai pas eu l'occasion d'assister à une de ces opérations pendant mon séjour à Edimbourg, mais j'ai vu dans le service de Lister plusieurs malades qu'il avait opérés depuis peu.

Un homme de 37 ans ayant depuis 1874 une pseudarthrose du fémur gauche est entré à l'hôpital le 9 mai. Le 19 juillet, Lister commence par briser les ligaments qui unissent les deux fragments du fémur, puis il fait sur la régiou externe de la cuisse une incision de 10 centimètres environ, résèque le bout de chaque fragment, les unit bout à bout à l'aide d'une suture métallique, et met le membre dans un appareil plâtré en laissant une fenêtre au niveau de la plaie pour l'application du pansement antiseptique. — Quand je vois le malade le 22 août, la cicatrisation est presque terminée, on ne fait plus que de très-rares pansements sur la plaie, le membre est toujours dans l'appareil plâtré. Depuis l'opération, la température est toujours restée aux environs de 37°, elle n'a jamais été jusqu'à 38°.

Il y a également en ce moment à l'hôpital une femme d'une trentaine d'années, chez laquelle Lister enleva un coin angulaire de substance osseuse pour remédier à une déformation rachitique du fémur. Les choses ont marché comme chez le malade dont nous venons de parler.

(*A suivre.*)

Ecole de pharmacie de Nancy. — M. Heckel, professeur d'histoire naturelle à l'école supérieure de pharmacie de Nancy, est nommé professeur de botanique à la Faculté des sciences de Grenoble. Par décret du même jour (1er octobre) M. Millardet, docteur ès-sciences, est nommé professeur de botanique à la Faculté des sciences de Bordeaux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Faculté de médecine. — M. CHARCOT.

XXIIIe Leçon. — De la Cirrhose vulgaire (1).

(Résumé de la leçon du 19 juin).

Messieurs,

Je vous rappellerai quelques dispositions relatives aux branches d'origine de la veine porte.

Ces branches, vous le savez, sont : la *veine splénique*, la *veine mésaraïque supérieure*, l'*inférieure*; enfin, je signale la *veine gastrique supérieure* ou *coronaire stomachique* qui se jette dans le tronc de la veine porte. Les deux derniers vaisseaux peuvent servir au rétablissement de la circulation interrompue dans le système porte.

1° La *coronaire stomachique gauche* a des ramifications œsophagiennes ; celles-ci s'anastomosent avec des branches œsophagiennes dites supérieures, lesquelles communiquent avec les intercostales ou l'azygos; avec les diaphragmatiques supérieures, qui se jettent dans la veine cave supérieure ; avec les diaphragmatiques inférieures, branches de la veine cave inférieure.

Il existe un certain nombre d'exemples de dilatation considérable de ces voies de communication dans la cirrhose. On ne cite, en général, que le cas de M. Fauvel, cousigné dans la thèse de M. Gubler; mais, il convieut de mentionner en outre le cas de Bamberger (*loc. cit.*, p. 572) et un autre, plus récent, de M. Hanot (*loc. cit.*, p. 19), il s'agissait là d'une cirrhose récente ; les veines, dilatées, constituaient de véritables varices; l'ascite faisait défaut. Une ulcération de l'œsophage, au niveau des varices, donna lieu à une hémorrhagie mortelle.

2° Si l'on en croit les auteurs, loin d'être rare, la dilatation pathologique des branches d'origine les plus éloignées de la mésentérique inférieure serait, au coutraire, fréquente. On sait que, au niveau du rectum, le système porte est relié au système hypogastrique, qui appartient à la veine cave inférieure. La relation s'effectue par un système de vaisseaux qui établissent une communication entre les hémorrhoïdales supérieures, branches de la mésaraïque inférieure et les hémorrhoïdales inférieures, branches de la honteuse interne qui sont elles-mêmes des divisions de l'hypogastrique.

Cruveilhier estime que ces communications se font largement. Ce serait en quelque sorte, au dire de la plupart des médecins qui ont étudié cette question, des tubes de sûreté permettant le reflux du sang de la veine porte dans le système de la veine cave, toutes les fois qu'il y a gène de la circulation dans le premier système.

Les investigations récentes de M. Duret tendent à prouver, au contraire, que ces voies sont très-étroites et difficiles, et je tiens de M. Sappey qu'il a observé la même chose. C'est donc par erreur qu'on a invoqué cette voie, comme servant d'habitude au rétablissement de la circulation collatérale dans la cirrhose et que l'on parle quelquefois de la fréqueuce du développement des hémorrhoïdes dans la cirrhose, par le fait de la maladie. La réalité est que les hémorrhoïdes ne sont pas communes dans la cirrhose, ainsi que Monneret autrefois, et dernièrement M. Duret, l'ont fait remarquer. Sur 9 cas recueillis récemment par ce dernier, il n'en est pas un seul où l'on ait constaté la présence des hémorrhoïdes.

3° Une autre anastomose entre le système général et le système porte, s'opère par l'intermédiaire de veines qui naissent dans les parois de l'intestin et qui, au lieu de se rendre dans le système porte, se jettent par le moyen d'un troncule, soit dans la veine cave elle-même, soit dans l'une de ses veines afférentes. Ces veines, par leurs radicules dans l'intestin, s'anastomosent avec les radicules des veines portes, et c'est de cette façon que se fait la communication entre les deux systèmes : tel est ce qu'on pourrait appeler le système de Retzius (1833). Je me bornerai à citer deux exemples, relatifs à ce genre d'anastomoses : 1° du duodénum et du côlon, partent des veines qui vont se jeter dans la veine cave. Nous possédons au moins un cas où le système de Retzius a servi au rétablissement de la circulation collatérale. Ce cas appartient à Rendfleisch (2) : la veine porte étant oblitérée, le cours du sang s'opérait par les veines très-dilatées du plexus spermatique.

Toutefois, les voies de communication qui viennent d'être indiquées sont infidèles et peu sûres. Il eu est d'autres qui composent un système fort original et dont la découverte est

(1) Voir les nos 13 à 35 ; — 38, 39, 40, 41.
(2) *Anatomie pathologique*, p. 477.

due à M. le professeur Sappey : vous comprenez que je fais allusion au *système des veines portes accessoires*.

Ce sont, vous le savez, des veines qui prennent leur origine dans des organes autres que l'intestin ou ses annexes et qui vont aboutir soit au foie lui-même, soit à la veine porte près du foie. Chaque veine de ce système figure en raccourci une petite veine porte. En effet, elle est constituée : 1° par des capillaires d'origine ; 2° par un troncule ; 3° par des ramifications dans la substance du foie ; — à moins, cependant, que le troncule ne vienne, comme cela se voit quelquefois, se jeter dans la veine porte elle-même.

Dans ce système, M. Sappey reconnaît cinq groupes différents, deux d'entre eux nous intéressent particulièrement quant aux autres je me bornerai à les mentionner.

Premier groupe ou *gastro-épiploïque*. — Les vaisseaux de ce groupe proviennent, en majeure partie, de l'épiloon gastro-hépatique ; quelques-uns, très-petits, émanent de l'estomac. Ils s'enfoncent dans le foie en avant et en arrière du sillon transverse, se distribuent dans l'intervalle des lobules à l'instar des branches de la veine porte elle-même; elles ne peuvent pas servir au rétablissement d'une circulation collatérale puisqu'elles ne communiquent pas avec la veine porte et, partant, elles ne sont d'aucun secours dans le cas d'obstacle intra-hépatique.

Deuxième groupe ou *cystique*. Il se compose de 12 à 15 veinules qui offrent deux variétés : *a*) les uns se rendent du fond de la vésicule aux lobules du foie voisins de la fossette; — *b*) les autres partent de la partie antérieure de la vésicule et vont à la branche droite de la veine porte. De même que celles du groupe précédent, ces veines ne peuvent contribuer à la circulation supplémentaire. Les veines suivantes sont dans le même cas.

Troisième groupe. Il est formé : 1° par des vaso-vasorum émanant : *a*) de la veine porte, *b*) des conduits biliaires, *c*) des artères hépatiques ; — 2° par un troncule ; 3° par des capillaires qui vont se jeter dans les lobules voisins.

Je n'insiste pas davantage sur ces groupes de veines portes secondaires, ayant hâte d'aborder la description des groupes qui nous intéressent plus spécialement.

Quatrième groupe ou *veines portes accessoires du ligament suspenseur*. Les origines se font dans l'épaisseur du diaphragme ; les troncules descendent dans le ligament suspenseur : les divisions hépatiques se répandent dans les lobules en rapport avec le ligament suspenseur. Les premières s'anastomosent avec les diaphragmatiques, les dernières avec des branches de la veine porte qui répondent aux artères dites capsulaires (1). D'où il résulte que, si la circulation hépatique persiste dans certains troncs volumineux, le sang pourra passer par l'intermédiaire de cette voie dans le système général, dans les cas où le cours du sang est interrompu dans les lobules hépatiques. Ces vaisseaux, à l'état normal, sont très ténus. Dans un cas de M. Sappey, que nous avons déjà cité et dans lequel il n'existait pas d'ascite, on voyait partir de la surface convexe du foie dix à douze veines qui remontaient par le ligament suspenseur jusque dans l'épaisseur du diaphragme; trois ou quatre de ces veines atteignaient le volume d'une plume de corbeau.

Cinquième groupe. Il peut être appelé *groupe ombilical* ou mieux *para-ombilical*. Les veines qui entrent dans sa composition proviennent de la partie sus-ombilicale de la paroi abdominale antérieure. Leurs racines sont en communication : 1° avec celles des veines épigastriques; 2° avec les veines sous-cutanées abdominales ; 3° avec les veines mammaires internes. Elles pénètrent dans l'abdomen en s'enfonçant dans l'épaisseur du ligament falciforme. Les plus importantes forment une sorte de plexus autour du ligament de la veine ombilicale qu'elles enlacent de leurs anastomoses. Voici maintenant comment les veines se comportent du côté du foie : 1° les unes se distribuent dans les lobules du sillon longitudinal; 2° d'autres se jettent dans le sinus de la veine porte à gauche de l'insertion du ligament ombilical ; 3° d'autres fois, enfin, la terminaison se fait dans la partie restée perméable de ce dernier ligament. C'est là le groupe le plus important.

Dans la cirrhose, quand il y a un obstacle à la circulation hépatique, ces vaisseaux se dilatent. Il se forme un courant principal. En général, c'est la veinule qui entre dans la branche gauche de la veine porte qui augmente de volume, elle atteint souvent la dimension d'une plume à écrire et la dépasse quelquefois.

On comprend aisément qu'une veine ainsi dilatée et attachée en quelque sorte au ligament ombilical ait été considérée par beaucoup d'auteurs comme étant la veine ombilicale elle-même, demeurée persistante par anomalie ou redevenue perméable par suite de l'obstacle au cours du sang dans la veine porte. Mais la dissection montre, et vous pouvez le vérifier sur cette pièce qui m'a été obligeamment confiée par M. Sappey, que le ligament ombilical en pareil cas persiste, imperméable et bien distinct des veines para-ombilicales. C'est ici le lieu de rappeler d'ailleurs que la veine ombilicale, même chez le fœtus, ne présente aucune anastomose au niveau des parois abdominales.

Le sang qui reflue dans ces veines dilatées les parcourt de haut en bas et se dirige vers les veines principales du membre inférieur. Ce reflux s'opère tantôt par la voie des veines épigastriques, tantôt par celles des veines sous-cutanées et, dans ce dernier cas, on voit se produire, au voisinage de l'ombilic, les varices connues dans la pathologie des obstructions hépatiques sous le nom de *Caput medusæ*. Un murmure qu'on entend par l'auscultation, un frémissement que perçoit la main se manifestent au niveau de ces veines (Sappey) : ils constituent, dans l'espèce, des signes d'un favorable augure.

Il existe au moins six cas dans lesquels ce mode de circulation supplémentaire a été régulièrement constaté : cinq appartiennent à M. Sappey, un à M. Giacomini (Turin, 1873); quatre autres cas, où l'on put croire qu'il s'agissait de la veine ombilicale, peuvent être aujourd'hui rattachés à ce groupe, ce qui ferait un total de dix cas.

Je dois mentionner à ce propos qu'en produisant une obstruction porte progressive chez le chat, M. Schiff serait parvenu à déterminer une dilatation artificielle de la *veine para-ombilicale* qui, chez cet animal, communique surtout avec l'épigastrique.

Il importe de se souvenir que les veines para-ombilicales ne peuvent servir au rétablissement de la circulation que dans le cas où l'obstacle siége du côté du foie, au-delà du point où l'extrémité supérieure de ces veines s'insère sur le sinus de la veine porte. Quand l'obstacle siége soit dans le tronc de la veine porte soit au-dessous, la circulation supplémentaire devra se faire plutôt par les troncs d'origine de la veine porte: hémorrhoïdales, œsophagiennes, veines de Retzius, etc.

Après avoir reconnu les effets de l'obstruction porte dans les branches abdominales de ce vaisseau, il nous faut étudier les modifications anatomiques que présentent les branches intra-hépatiques : c'est ce que nous ferons au commencement de la prochaine séance. (*La fin au prochain numéro.*)

(1) Voir le *Traité* de Kölliker, p. 587.

Anesthésie du larynx avant les operations.

Dans la pratique des maladies du larynx, on rencontre encore quelques malades, dont la sensibilité est si grande, qu'elle est au-dessus de l'habileté et de la patience du spécialiste le plus consommé. Il n'est pas rare non plus d'être tellement pressé par le temps, que l'on ne puisse passer par la série de manœuvres qui amènent le sujet à une tolérance complète. C'est pour ces cas spéciaux que doit être réservée l'anesthésie laryngienne, inventé par Türck et perfectionnée par ses élèves, surtout par Schrœtter. Ce dernier la pratique à sa clinique de Vienne de la manière suivante.

Si on doit opérer le lendemain matin, on commence le soir vers 7 heures, par toucher douze fois de suite la muqueuse laryngienne, avec un pinceau, trempé dans du chloroforme pur: ces manœuvres ont pour but d'amener une congestion intense de la muqueuse, et de mettre cette membrane dans les conditions les plus favorables à l'absorption. — A 8 heures, c'est-à-dire une heure après, on plonge douze fois de suite dans le larynx, un pinceau, imbibé d'une solution saturée d'acétate de morphine. Le malade doit se garder d'avaler, et entre chaque badigeonnage, à titre d'antidote, il doit rincer la bouche et le gosier avec un gargarisme, composé de:

Tannin............	10 gr.
Alcool............	15 gr.
Eau distillée......	200 gr.

Vers minuit, il est bon de rendre une visite au patient, pour s'assurer qu'il n'existe aucun phénomène marqué d'empoisonnement par la morphine. — A sept heures du matin généralement on trouve le larynx insensible et on peut opérer; s'il persiste un peu de sensibilité on renouvelle douze fois les badigeonnages, et ainsi de suite toutes les heures jusqu'à ce que l'on ait atteint son but.

Les inconvénients de cette méthode sont la crainte d'un empoisonnement par la morphine, facilement conjuré par un peu de surveillance et par les remèdes connus. — Les avantages ont été énumérés ci-dessus, et vraiment il faut avoir assisté à une de ces opérations devenues si faciles, chez un sujet reconnu la veille comme tout-à-fait indocile, pour apprécier l'anesthésie du larynx à sa juste valeur.

L. THAON (de Nice).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

A quoi cela sert-il ?

Il est des esprits chagrins qui, dès qu'une vérité scientifique apparaît au jour, l'accueillent avec une indifférence plaintive, si elle n'apporte pas, en naissant, une recette thérapeutique nouvelle.

« Que nous importe à nous, que, dans la cirrhose hépatique, l'inflammation envahisse les cellules ou le tissu conjonctif, que les vaisseaux sanguins ou les canaux biliaires en soient le foyer principal ?.... Vous nous dites que, dans le rein, la néphrite peut être interstitielle, catarrhale ou granuleuse : mais, avez-vous des procédés différents pour guérir ces diverses lésions ? Vous nous avez appris que la pneumonie est fibrineuse, épithéliale ou que les alvéoles se remplissent de leucocytes.... Les anciens en savaient autant, ils connaissaient parfaitement les pneumonies inflammatoires, catarrhales ou purulentes ! »

Cela est vrai, mais les Laennec, les Andral, les Bichat, les Cruveilhier, les Bouillaud, etc., étaient anatomo-pathologistes, ce qui ne les empêchait pas de bien soigner et de guérir leurs malades. Si nous usons du microscope, ce n'est pas une raison pour séparer violemment cette époque de la nôtre. Nous sommes et nous voulons rester les humbles continuateurs de ces grands hommes ; le verre grossissant est seulement entre nos mains un instrument de plus pour nous forcer à mieux regarder. Heureusement, l'Ecole française a compris que la clinique et l'anatomie pathologique étaient inséparables.

Les récriminations, les exclamations et les cris de commisération augmentent, surtout quand il s'agit des maladies du système nerveux. Cette partie de la pathologie était, il y a cinquante ans, profondément obscure. Rostan, Cruveilhier, Rochoux, Andral, Calmeil, Durand-Fardel, ont commencé par former quelques groupes principaux dans les maladies de l'encéphale. Aujourd'hui, nos contemporains ont poursuivi ces études ; les efforts réunis de nos maîtres ont réellement édifié la pathologie du système nerveux : *exegerunt monumentum.*

Les thérapeutistes à outrance croient sérieusement pouvoir ébranler l'édifice à l'aide de leur bélier séculaire : « A quoi cela sert-il, s'écrient-ils ensemble. Vous nous avez décrit dans les inflammations de la moelle des variétés infinies de sclérose ; les unes sont systématiques, les autres ne le sont pas ; certaines sont ascendantes, d'autres descendantes ; elles envahissent ou épargnent les cellules nerveuses : quelle ressource thérapeutique employez-vous contre chacune d'elles ? Nous vous accordons que vous avez la perfection du diagnostic et que l'on parvient à des notions merveilleusement infinies, sur l'état de la moelle dans ses différentes maladies, mais après.... et le malade ? »

Nous ne pouvons, pour répondre à ces critiques, qui ne viennent pas toujours d'en haut, prendre chaque maladie en particulier et indiquer son mode de traitement. C'est dans les ouvrages spéciaux que l'on devra l'étudier et nous avons lieu de croire que les esprits sérieux reconnaîtront que des efforts louables vers l'amélioration du malade sont tentés, que des résultats fort importants ont été obtenus, et que les guérisons des maladies chroniques ne sont pas plus rares là qu'ailleurs. Dans quelques cas, l'étiologie et la pathologie ont été indiquées avec soin, et il devient possible d'employer des moyens préventifs contre la maladie parfois, on a reconnu dans ces affections certaines manifestations des diathèses ; ailleurs, la marche de la maladie est maintenant si bien connue, qu'on peut la suivre dans toutes ses phases et la modérer dans ses allures ; enfin, pour un certain nombre, la thérapeutique est directe : on a guéri des paralysies réputées incurables par l'usage méthodique de la cautérisation avec les pointes de feu. Dans les maladies du système nerveux, les médicaments ne sont pas plus inactifs que dans beaucoup d'autres, ils agissent même parfois avec une précision remarquable, pourvu que leur administration soit intelligente. L'électrisation, appliquée méthodiquement et par des mains exercées, produit des cures très-importantes dont sont surpris ceux qui suivent quelque peu les cliniques.

Dans les maladies du système nerveux, ce sont précisément les délicatesses du diagnostic qui conduiront le plus directement aux médications les plus efficaces. N'est-il pas certain qu'on agira bien plus sûrement contre une maladie qu'on pourra prévoir dès sa naissance, et lorsque les lésions n'auront pas encore frappé les tissus de destruction ? On a prise contre certaines maladies spinales au début : nous pourrions citer en particulier l'ataxie locomotrice alors qu'elle ne s'annonce encore que par des douleurs fulgurantes, sans troubles moteurs. D'ailleurs, quiconque suit d'un œil perspicace et bienveillant les études les plus récentes, peut comprendre facilement que telles sont les tendances actuelles. Ajoutons qu'il est des finesses de détail qu'un praticien expérimenté connaît déjà, mais qu'on ne saurait encore écrire.

Il est donc puéril de demander aux découvertes scientifiques d'apporter avec elles, dès leur origine, un traitement tout préparé. A-t-on jamais songé à gourmander Harvey, quand il découvrit la circulation, et ceux qui, après lui, étudièrent les mouvements du cœur, parce qu'ils se contentèrent seulement de prévoir l'utilité qu'auraient pour la pratique médicale, ces notions physiologiques nouvelles ?

Une des études les plus récentes, celle des localisations cérébrales n'a pas été épargnée et plusieurs n'ont vu là qu'une simple satisfaction de physiologiste. — Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'insister sur ce fait, qu'il sera utile de pouvoir suivre, dans tous ses développements, une lésion de la surface ou des centres de l'encéphale et que la connaissance des fonctions spéciales des différentes parties du cerveau permettra seule cette observation. Par l'auscultation, on apprécie la marche, l'étendue et le pronostic d'une lésion pulmonaire : peut-être en sera-t-il ainsi pour certaines affections de l'encéphale. Nous trouvons, en effet, dans une récente communication de M. Broca à l'Académie de médecine, sur les rapports du crâne et du cerveau, une application pratique fort intéressante de la connaissance des localisations cérébrales : ce sont surtout les chirurgiens qui tireront le plus grand bénéfice de cette étude.

Rapports du crâne et du cerveau.

En 1851, M. Broca, à propos de ses travaux sur l'influence des lésions de la troisième circonvolution dans la perte du langage articulé, étudia les rapports des lobes

frontaux avec le crâne, à l'aide de fiches de bois enfoncées à travers les parois osseuses. Ces recherches ont été reprises récemment en Angleterre par Turner; en Allemagne par Huftler et Ecker; en Russie, par Landzert; en France par un élève de M. Charcot, M. Féré, par de la Foulhouze et, en dernier lieu, par M. Broca lui-même, une seconde fois. M. Féré, en particulier, a indiqué des procédés assez précis pour trouver sur l'homme vivant, à travers les téguments, les rapports des principales parties du cerveau avec le crâne. Il détermine d'abord la situation du sillon de Rolando. Lorsque la tête est parfaitement horizontale, l'extrémité inférieure du sillon de Rolando est sur une ligne parallèle à l'horizon, tracée de la partie externe de l'arcade sourcillière, au point de rencontre avec le plan auriculo-bregmatique, ou plan *vertical* passant par le conduit auditif externe. L'extrémité postérieure et supérieure de ce sillon est en moyenne à 45 mm. chez la femme, en arrière du bregma et chez l'homme à 47 (ou plus simplement de 4 cent. 1/2 à 5 cent.). Or le bregma est situé au point de rencontre du plan vertical auriculo-bregmatique avec le plan vertical médian antéro postérieur du crâne. A l'aide de cette notion élémentaire, il est facile de trouver à peu près la disposition sous-osseuse des principaux lobes et de quelques groupes de circonvolutions.

D'ailleurs, il suffit pour le moment de conserver en mémoire que c'est au voisinage du sillon de Rolando, que se trouvent les régions motrices des hémisphères cérébraux. L'utilité de cette donnée expérimentale dans les traumatismes du crâne est de toute évidence. Qu'à la suite d'une chute sur la tête, un blessé présente des troubles persistants dans un des membres supérieurs, ou dans un des membres inférieurs, ou dans la face, qu'il soit atteint d'une série d'attaques épileptiques commençant toujours par une de ces parties du corps, en un mot que les symptômes se localisent définitivement, on devra soupçonner une lésion au voisinage du sillon de Rolando. Sera-ce une simple contusion du cerveau ou une fracture avec enfoncement du crâne et compression de la substance nerveuse par des fragments osseux? Il nous semble que d'après la physiologie actuelle, une simple contusion sera plutôt caractérisée par une paralysie localisée, au moins avant la période de réaction inflammatoire.

La persistance d'une contracture localisée apparue primitivement, et de fréquentes attaques épileptiques pourront faire croire à la compression par un éclat des os du crâne. — On saura, dès lors, que le point précis où il faut appliquer une couronne de trépan est au voisinage du sillon de Rolando. Quand une semblable lésion occupe les lobes frontaux proprement dits, d'après la doctrine des localisations, on ne doit pas observer de troubles moteurs, à moins de destructions très-profondes qui atteignent les noyaux centraux.

Ce ne sont plus de simples suppositions théoriques que les considérations auxquelles nous venons de nous livrer. Parmi les faits les plus capables d'attention, nous devons citer un heureux succès de trépanation obtenu par M. Lucas-Championnière, dans le service de M. Panas. Le malade présenta successivement des paralysies passagères, de la contracture et des attaques épileptiformes dans le membre supérieur pendant plusieurs jours: il guérit après l'application d'une couronne de trépan et l'ablation d'une esquille osseuse qui contusionnait et comprimait le cerveau au voisinage du sillon de Rolando (1). M. Broca, dans son discours à l'Académie de médecine, dit que, guidé par ces notions sur les rapports cérébro-crâniens, il put tomber à coup sûr sur un abcès intra-cérébral, dont le siége était indiqué.

Peut-être à l'avenir pourra-t-on être aussi heureux, lorsque l'observation des symptômes indiquera une localisation de la lésion dans les régions motrices nouvellement découvertes. D'ailleurs, si l'on veut bien accorder quelque créance à un long et consciencieux mémoire qui a paru dernièrement dans les *Archiv. für Klinische chirurgie*, le temps de la réhabilitation du trépan n'est pas éloigné: sous l'influence des critiques pénétrantes de Malgaigne, on a trop condamné peut-être cette opération, qui, quoique parfois hasardeuse, ne saurait être complétement abandonnée.

Il paraît donc probable que le diagnostic et le traitement des traumatismes cérébraux trouveront d'importantes indications dans les symptômes fournis par les lésions localisées, lorsque ceux-ci seront généralement connus et qu'on voudra bien leur accorder toute l'importance qu'ils méritent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

La *Société de biologie* reprendra ses séances, le samedi, 21 octobre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 octobre 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. DEVILLIERS, en réponse au mémoire lu dans la dernière séance par M. Magne et relatif à l'allaitement et au sevrage des enfants et des jeunes animaux, s'élève contre les idées émises par son collègue. Il se déclare l'adversaire de l'allaitement mixte et le partisan absolu de l'allaitement maternel. Quant au sevrage, M. Devilliers est d'avis qu'on ne doit pas l'établir avant l'apparition des premières dents.

M. J. GUÉRIN, tout en n'acceptant pas les diverses propositions de M. Magne, pense qu'il y a quelque chose à faire dans ce sens. Il conviendrait, d'après M. J. Guérin, de savoir à quel moment les enfants sont aptes à recevoir, à digérer certains aliments sans qu'il en résultât pour eux différents troubles ou des conséquences redoutables tels que la diarrhée, le rachitisme, une perversion de toutes les facultés. Cette époque bien déterminée, on pourrait arriver, par une expérience pure, à graduer cette alimentation: enfin on s'arrêterait là où la digestion ne serait pas possible.

M. MAGNE fait observer qu'il s'est contenté de signaler un fait sans prétendre l'établir; il croit, en outre, que le lait est insuffisant et qu'il est nécessaire de lui trouver un succédané, opinion vivement combattue par MM. Bouley et J. Guérin.

M. CAZIN (de Boulogne) lit une observation intitulée: *Corps étranger de l'œsophage et œsophagotomie externe.* — La séance est levée à cinq heures. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances de mai 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

18. Fracture du crâne avec contusion du cerveau et issue de matière cérébrale; par M. O. HERPIN, interne des hôpitaux.

Tau..., Aug., 63 ans, journalier, entre à la Charité le 8 mai

(1) Soc. de chir, 1876.

salle Sainte-Vierge, n° 25 (service de M. Gosselin). Voici ce que nous ont appris les renseignements recueillis sur l'accident dont cet homme a été victime : Il travaillait dans un atelier de reliure. Une pile de livres, pressée à faux ou trop fortement par une presse hydraulique, fut renversée sur lui. Il tomba sur une barre de fer coudée et se fit sur l'angle de cette barre la blessure dont nous allons parler. Cette chute n'occasionna pas de perte de connaissance, si bien que le malade put aller à pied se faire panser chez un pharmacien. C'est presque de force qu'on le fit monter dans une voiture pour venir à la Charité.

A l'entrée, l'interne de garde constate à la région temporale, immédiatement au-dessus de l'arcade zygomatique, une plaie transversale de trois centimètres d'étendue. Depuis l'accident, le malade a perdu beaucoup de sang, l'hémorrhagie continue et il est nécessaire de pratiquer un tamponnement avec de l'amadou. Deux fois, on doit resserrer le pansement et ajouter de l'amadou pour arrêter l'écoulement sanguin qui tend à se reproduire. Du reste, c'est à une hémorrhagie en nappe que l'on a affaire, ou tout au plus à une artère de tout petit calibre, soit une des branches de la temporale superficielle, soit une des temporales profondes.

A la visite du 9 au matin, il n'y a aucune raison de croire à une lésion osseuse ou cérébrale. Le malade a toute sa raison et explique autant qu'il le peut la façon dont il a été blessé. S'il est un peu absorbé, somnolent, d'une grande paleur, on attribue ce fait à l'abondance de l'hémorrhagie qui s'est reproduite à plusieurs reprises dans le courant de la journée du 8. Pas trace de fièvre. Le malade ne se plaint de rien. Rien non plus du côté, soit de la sensibilité, soit de la motilité, soit des différents sens. Pas de paralysies. M. Gosselin se contente de remplacer la bande qui maintient la compression et ne défait pas complétement le pansement dans la crainte de voir se renouveler l'hémorrhagie. Rien de particulier le 9 ni le 10, si ce n'est un peu de somnolence. Ni fièvre ni agitation.

C'est dans la nuit du 10 au 11, à 2 heures du matin, qu'éclatent brusquement les accidents cérébraux. Le malade est pris d'une violente agitation avec délire. A la visite du 11, la première idée de M. Gosselin est de songer à un délire alcoolique. On a été obligé de maintenir le patient avec des draps en écharpe. Le pansement est défait pour la première fois, et au-dessous il y a de la *substance cérébrale*. La présence de tubes nerveux est prouvée par l'examen microscopique. Dans la plaie, en même temps que cette substance blanchâtre, on observe un liquide auquel se transmettent nettement les mouvements en totalité de la masse encéphalique et les battements de ses artères. La grande agitation dont nous avons déjà parlé ne s'est accompagnée ni de paralysie d'aucune partie du corps, ni de symptômes du côté des organes des sens, et des yeux en particulier, ni d'hyperesthésie manifeste. Le pouls est accéléré ; la température est élevée. Le diagnostic de méningo-encéphalite consécutive, à une fracture du crâne, est évident. Vers le milieu de la journée, le délire et l'agitation sont remplacés par le coma, et le malade meurt dans la soirée.

Autopsie faite 36 heures après la mort. Le crâne étant scié avec précaution, on constate les lésions de la méningite aigue, surtout à la base, et dans les parties correspondant à la lésion cutanée. L'arachnoïde est vascularisée, ainsi que la pie-mère, mais des fausses membranes n'ont pas encore eu le temps de se former. Dans la *cavité arachnoïdienne,* au niveau du lobe gauche du cervelet, est un épanchement de sang dû probablement au décubitus dorsal du malade et du cadavre.

Au niveau de la face inférieure du *lobe sphénoïdal du cerveau* existe une contusion au troisième degré d'une étendue assez considérable. En avant, la contusion commence à un centimètre du sommet du lobe, et occupe un espace de cinq centimètres d'avant en arrière. Elle longe le bord externe de ce lobe dans une étendue semblable ; et correspond à la circonvolution externe et à la circonvolution moyenne de cette région.

Le diamètre transversal est ainsi de trois centimètres à peu près. En profondeur, elle ne dépasse pas l'épaisseur des circonvolutions dont nous parlons. A la partie la plus antérieure du foyer de contusion est un caillot de la dimension d'une fève. Cette contusion correspond à une *fracture esquilleuse* de quatre centimètres de longueur, sur trois de hauteur, atteignant la portion écailleuse du temporal au-dessus de l'arcade zygomatique, et une partie de la grande aile du sphénoïde.

Réflexions. L'observation qui précède nous a paru intéressante pour deux raisons : 1° Jusqu'au jour de la mort, le malade n'a présenté aucun signe de quelque sorte que ce soit qui pût faire songer à une fracture du crâne, et surtout à une contusion cérébrale (il n'y a jamais eu de contracture); 2° elle montre encore une fois que la destruction des circonvolutions que nous avons mentionnées ne produit pas de phénomènes appréciables sur le vivant.

M. Charcot. L'existence de contractures est souvent donnée par les chirurgiens comme dénotant la contusion du cerveau. Il y a ici une contusion étendue et profonde du cerveau, et ce phénomène a manqué.

M. Després. Il pourrait y avoir eu au début quelques phénomènes passagers qui ont échappé.

M. Charcot. Je ne crois pas qu'il en ait existé dans le cas qu'on nous présente : il faudrait pour cela que le point touché fût en rapport avec des centres moteurs : or dans la région blessée, il n'en a pas été décrit. Ce fait est donc, par ses caractères négatifs, très-probant en faveur de la doctrine de la localisation.

19. Fracture de la base du crâne; par O. Herpin, interne des hôpitaux.

Grand... Aug... 20 ans, garçon plombier, entre le 6 mai 1876, à 10 h. du matin, à la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 25, (service de M. Gosselin).

Cet homme a voulu monter dans un ascenseur hydraulique dont il ne connaissait pas la manœuvre. Au premier étage de la maison, il avance imprudemment la tête, et se heurte l'occiput avec violence. La tête restant pendante, et l'ascenceur continuant sa course le même choc se reproduisit à chaque étage. Pour dégager ce malheureux il fallut faire descendre l'ascenseur et un choc de haut en bas, sur le frontal remplaçait à la descente au niveau de chaque étage, le choc de bas en haut de la montée.

Le blessé est dans un état d'agitation extrême. Il se plaint et se débat. Plusieurs personnes sont nécessaires pour le maintenir dans son lit. La connaissance est tout-à-fait perdue. Le cuir chevelu est détaché dans ses deux tiers postérieurs, suivant une ligne courbe qui a pour centre la bosse occipitale externe. Il se rabat sur le visage dans les mouvements de la tête. Une notable quantité de sang s'écoule, on doit même lier une petite artère. Quelques points de suture maintiennent en place cet immense lambeau. Il s'écoule par le nez un liquide séro-sanguinolent qui confirme le diagnostic de fracture de la base du crâne. On ne constate pas de fracture de la voûte. La face est véritablement écrasée, sans fracture pourtant du maxillaire inférieur.— Mort à 1 heure de l'après-midi.

Autopsie, 24 heures après la mort. Les méninges sont congestionnées. Il y a au-dessous de la dure-mère tapissant la fosse cérébelleuse gauche de l'occipital un épanchement de sang que l'on peut évaluer à deux cuillerées environ. Pas de contusion du cerveau. La base du crâne est le siége d'une fracture d'arrière en avant ainsi disposée : Elle part de deux centimètres au-dessus de la bosse occipitale interne, n'atteignant d'abord que la table interne de l'os. Au-dessous de la bosse occipitale, elle en occupe toute l'épaisseur à droite de la ligne médiane. Elle suit le côté droit du trou occipital, de la gouttière basilaire, de la selle turcique, du corps du sphénoïde à sa jonction avec la petite aile, le bord droit aussi de la lame criblée de l'ethmoïde, et ne s'arrête qu'au trou borgne. — Rien à la voûte. — Les os de la face sont presque tous brisés, sauf le maxillaire inférieur. Mais ces dernières fractures ne présentent rien de particulier.

M. Petit. J'ai eu l'occasion de voir dans le service de M. Richet une fracture de la base du crâne semblable à celle-ci. Mais elle était consécutive à une chute sur le côté.

20. Hépatite suppurée; par MM. Poigné et Poiré, élèves du service.

Cosson, 33 ans, clerc d'huissier, entre à l'Hôtel-Dieu (service de M. Béhier) le 23 avril 1876. Il donne les renseignements suivants :

Sa mère est morte à 59 ans d'une affection probablement pulmonaire ; son père est âgé de 72 ans et bien portant. Il n'a qu'un frère, d'une robuste santé. Le malade a les meilleurs antécédents : il n'a *jamais* fait aucune maladie ; point de fièvres intermittentes ; point de syphilis. Sa vie a toujours été sage et réglée, sa nourriture convenable. Il porte sur le côté droit de la poitrine, immédiatement au-dessus du foie, les traces d'un vésicatoire qui lui fut appliqué il y a environ deux mois pour une affection pulmonaire dont la durée fut d'une douzaine de jours, et qui réunit, dans le récit qu'en fait le malade, tous les signes d'une pneumonie (point de côté, fièvre, dyspnée, crachats rouillés).

Il y a 18 jours, il fut pris subitement, après un dîner ordinaire, de coliques violentes qui occupaient tout le ventre et furent immédiatement suivies de diarrhée. Ces coliques out duré huit jours environ : tolérables pendant le jour, elles devenaient insupportables pendant la nuit et s'accompagnaient de selles abondantes (sept à huit dans le courant de chaque nuit). Ces selles étaient séreuses, d'une couleur jaune d'œuf, mélangées quelquefois de quelques points noirâtres; il y a cherche du sang et n'en a pas trouvé. Aucun symptôme n'a précédé ces coliques ; le malade avait toujours eu de bounes digestions, jamais de pesanteurs ni de maux d'estomac, jamais de vomissements. Huit jours après, les coliques ayant un peu diminué, le malade partit de Bordeaux pour venir à Paris. Pendant le voyage, la diarrhée le reprit, sa faiblesse devint extrême, et c'est alors seulement qu'il s'aperçut d'un léger gonflement vers l'hypochondre gauche. — Arrivé à Paris, il entre immédiatement à l'hôpital.

Etat actuel. Le 25 avril. — Le malade, très-amaigri, pâle, un peu anémique, présente sur tout le corps une *très-légère* teinte sub-ictérique. La langue humide et large est recouverte d'un enduit blanchâtre assez épais, surtout au centre. L'appétit est nul. Il n'a plus de coliques, mais il se plaint d'une douleur sourde et constante, qu'il localise bien à l'hypochondre gauche ; par moment cette douleur occupe l'épigastre, et le malade est pris alors d'accès de suffocation de peu de durée (une ou deux minutes), mais qui reviennent au moindre mouvement qu'il fait dans son lit. Quand il se couche sur le dos la suffocation ne tarde pas à venir, aussi se couche-t-il tour à tour et indifféremment sur chaque côté. Le ventre est météorisé dans toute sou étendue; pas d'ascite. L'hypochondre gauche est fortement soulevé et fait une vaste saillie à limites diffuses, qui a son maximum d'élévation sur le rebord des fausses côtes, et se termine dans le flanc gauche et vers l'ombilic. — On remarque à l'épigastre un bouquet de veinules dilatées. — La percussion du *foie* est indolore à droite et ne révèle aucune modification dans le volume de l'organe. — A gauche, la matité du lobe gauche descend à trois travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes ; à cet endroit, la palpation limite très-exactement une tumeur dure qui occupe tout l'hypochondre gauche, déborde les fausses côtes de trois travers de doigt en descendant vers l'ombilic. — Là elle finit par un bord net et remonte vers la région épigastrique où elle se termine en se confondant avec le reste de l'organe, auquel elle est manifestement fixée et dont elle partage les mouvements. Point de fièvre au moment de l'examen. Rien dans la poitrine ; rien au cœur. Depuis l'entrée la diarrhée a cessé. — Etat général assez bon.

26 *avril.* — Aujourd'hui, l'état général du malade s'est aggravé. Il a eu pendant la journée d'hier plusieurs petits accès de fièvre, qui se sont répétés pendant la nuit et ont été suivis de sueurs abondantes (cinq chemises mouillées). Il n'a pris absolument aucune espèce de nourriture ; aussi la faiblesse est devenue extrême. Au moment de la visite, la température est à 37° et le pouls à 100. Le malade urine souvent, mais peu à la fois ; les urines sont très-rouges et laissent déposer un précipité abondant d'un beau rouge violacé. Pas de douleurs de tête, point d'épistaxis.

Etat local. — Il est beaucoup modifié, la tumeur reconnue et limitée la veille existe toujours, mais il s'y est joint un œdème très-prouoncé de la peau qui la recouvre. Cette peau est blanche, lisse, et donne à la maiu qui la palpe une sorte de crépitation emphysémateuse ; les dilatations veineuses que nous signalions hier ont aussi augmenté. M. Richet, appelé à donner son avis, reconnait la tumeur et pense que le foie est le siége d'une suppuration qui tend à se faire jour vers la peau : il propose d'aller au-devant en ouvrant un chemin par une application de pâte de Vienne ; son conseil est suivi. Le soir du même jour la température est de 39°.

27 *avril* — 2 *mai.* — Point de modification dans l'état local ; les jours suivants, l'état général va s'aggravant, en ce sens que la faiblesse augmente toujours ; le malade peut à peine se remuer dans son lit. Il a de temps à autre quelques petits accès de fièvre, peu marqués, sans frisson ; il dort généralement bien ; les sueurs contiuuent et l'appétit est toujours absolument nul. Le météorisme du ventre a un peu diminué, mais l'épanchement ascitique qui était à peine sensible les premiers jours est devenu très-appréciable. La diarrhée, qui avait complétement cessé, tend à reparaître : depuis trois jours en effet, il a eu chaque jour deux garde-robes ; celles d'hier étaient surtout liquides, jaunâtres et striées de quelques filets de sang.

On a fendu et disséqué l'eschare produite par la pâte de Vienne et appliqué dans la solutiou de continuité ainsi produite une couche de pâte au chlorure de zinc, puis une autre après avoir enlevé l'eschare produite par la première. Nous sommes aujourd'hui dans le tissu cellulaire graisseux sous-cutané, sur la ligne blanche, et on fait une nouvelle application.

3 *mai.* — Pendant la journée d'hier le malade a rendu subitement et presque coup sur coup six selles abondantes et entièrement composées de sang ; facilement reconnaissable, ce sang est d'un rouge un peu noir et en partie coagulé en gros caillots noirâtres. Eu même temps il s'est produit du côté de la tumeur un changement notable ; l'œdème de la peau a considérablement diminué ; sa surface, de lisse qu'elle était, est devenue plissée ; la tumeur existe toujours et ne s'est en rien modifiée ; elle est seulement plus facile à limiter. Le malade s'est affaibli considérablement. Il n'a pas de fièvre, plus de sueurs, et ne se plaint absolument que de son extrême faiblesse. M. Richet, appelé de nouveau pour constater ces modifications, est d'avis qu'en raison de l'état général grave, et de la fuite de la tumeur, qui semble maintenaut s'éloigner de la peau, il faut cesser de marcher vers elle.

Ou cesse donc de mettre de la pâte au chlorure de zinc et on applique des cataplasmes sur l'ulcératiou qu'elle avait produite.

4 *mai.* Le malade a rendu hier 17 selles, toutes composées de sang et d'un liquide séreux. Aujourd'hui, il est impossible de les compter ; elles sont toujours sanguinolentes, mais renferment davantage de sérosité. A aucun moment, il ue nous a été donné, malgré l'examen le plus minutieux, d'y voir la moindre trace de pus.

5 *mai.* Depuis hier, les selles ne contiennent plus trace de sang, elles sont purement séreuses et continuelles. Il nous semble que le ventre a un peu diminué, mais la tumeur est toujours là. L'examen est rendu d'ailleurs très-difficile par la gravité de l'état général et la faiblesse.

Le malade ne souffre toujours pas. La chaleur du corps est normale ; le pouls petit, filiforme, mais nullement fébrile.

Dans la journée, les évacuations redoublent, le malade commence vers midi à n'en avoir plus conscience : vers 3 heures de l'après-midi, il est pris d'un subdelirium léger ; il meurt enfin à 4 heures, sans autres troubles généraux.

Autopsie. — *Cavité thoracique.* Pas de liquide dans la plèvre. Les *poumons* sout emphysémateux et légèrement œdématiés. Le *cœur* est petit, il pèse 200 grammes, ses fibres musculaires sont pâles. Pas d'altérations des valvules.

Cavité abdominale. Il y a environ trois litres d'un liquide clair, citrin, dans le péritoine. L'eschare produite par la pâte de Vienne et la pâte au chlorure de zinc au-dessous de l'appendice xiphoïde, n'ayant pas atteint la couche profonde de

la paroi abdominale, il n'existe, en ce point, aucune trace d'adhérences entre le foie et cette paroi. Vers le ligament falciforme et sur la portion antérieure et supérieure du lobe gauche, il existe entre le foie et le diaphragme des adhérences anciennes et très-résistantes. — Le *foie* volumineux pèse 3 kil. 700. Tout d'abord on reconnaît sur sa face convexe deux saillies fluctuantes, situées l'une à la partie inférieure du lobe droit, l'autre occupant presque tout le lobe gauche. A la coupe, il s'échappe de ces tumeurs environ 1500 gram. d'un pus épais, blanc, jaunâtre. Après avoir lavé ces cavités, on reconnaît que la cavité gauche est de beaucoup la plus considérable et pouvait à elle seule contenir 1200 gr. de pus. Sa surface interne est blanchâtre, fongueuse, comme tapissée de fausses membranes ; une cloison médiane et verticale la sépare en deux parties communiquant entre elles. La cavité droite, du volume d'une orange, est assez régulièrement ronde et ne présente pas de cloison. Au-dessus existe un troisième petit abcès du volume d'une petite noix.

L'*examen microscopique* du pus n'y a pas fait découvrir des crochets provenant d'hydatides ; il est composé uniquement de globules purulents, de graisse, de cristaux d'acides gras. Le *tissu du foie*, dans ses parties les plus saines, c'est-à-dire à la partie supérieure du lobe droit paraît très-scléreux et présente çà et là des points blanchâtres pouvant faire croire à d'anciennes cicatrices. Sur le bord gauche notamment, une coupe montre une traînée de tissu conjonctif, blanc, résistant, d'une longueur de 6 centimètres, et ayant tout-à-fait l'aspect d'une cicatrice ancienne. La vésicule est pleine de bile, les canaux biliaires sont normaux et perméables. Les veines caves, la veine porte sont parfaitement saines, nulle part on n'a trouvé de traces d'inflammation ancienne ou récente.

La rate, de grosseur normale, est un peu scléreuse; sa capsule est épaissie en certains points, adhérente au diaphragme et au tissu cellulaire environnant. Les reins sont normaux. Rien à signaler dans l'estomac ou le petit intestin. Mais, au niveau de la valvule iléo-cœcale et sur toute l'étendue du *gros intestin*, on trouve un grand nombre d'*ulcérations* d'autant plus nombreuses qu'elles se rapprochent davantage de la valvule. Ces ulcérations longues de 2 ou 3 centimètres pour quelques-unes ont leur grand axe dirigé perpendiculairement à l'axe de l'intestin. Leurs bords sont déchiquetés et dans le côlon ascendant empiètent sur les ulcérations voisines. Nul épaississement sur les bords, pas plus que sur les parties saines environnantes. C'est une simple destruction de la muqueuse dont les replis et les villosités ont complétement disparu dans les endroits ulcérés.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ARRONDISSEMENT DE L'ÉLYSÉE

Séance du 8 *mai* 1876. — PRÉSIDENCE DE M. SIRY.

Rapport sur la candidature de M. le Dr Charpentier ;
Par M. le Dr SIRY.

Messieurs,

Le Dr Charpentier vous a offert, à l'appui de sa candidature, deux brochures. La première s'intitule : *Leçons sur les hémorrhagies puerpérales;* dans la seconde, l'auteur étudie *l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques*. Je ne chercherai pas à vous faire une analyse complète de ces travaux. Les questions traitées par mon ancien condisciple et ami, le Dr Charpentier, sont trop importantes pour qu'on en puisse donner une idée, même superficielle, en quelques pages. Il est, en effet, peu de circonstances où l'accoucheur se trouve en face de responsabilités aussi grandes, et où il soit obligé de prendre une détermination plus rapide que dans les accès éclamptiques et dans les hémorrhagies puerpérales. Je me bornerai donc à vous exposer les points les plus controversés et par conséquent les plus intéressants pour nous, puisqu'ils se rapportent à des circonstances où la ligne de conduite à suivre est la moins nettement tracée au praticien.

Le Dr Charpentier divise les hémorrhagies puerpérales en quatre classes. La première comprend les hémorrhagies des six premiers mois de la grossesse; la seconde, les hémorrhagies des trois derniers mois ; la troisième, les hémorrhagies de la délivrance et les hémorrhagies secondaires.

Pour prévenir les hémorrhagies des premiers mois, l'auteur recommande, entre autres moyens, les émissions sanguines. Il y a cinquante ans, dit-il, on abusait de la saignée, il est à craindre qu'on ne soit tombé aujourd'hui dans l'excès contraire en bannissant presque complétement la saignée de la thérapeutique obstétricale; elle peut être très-utile chez les femmes qui présentent des signes de pléthore utérine, et elle prévient ainsi des avortements qui se seraient produits, si l'accoucheur n'était intervenu. M. Charpentier va plus loin, et il n'hésite pas à avoir recours à la phlébotomie chez des chlorotiques, même œdématiées, lorsqu'elles sont prises de palpitations ou de malaises généraux tenant à leur chlorose, et tandis que l'état du pouls semblerait contre-indiquer l'emploi de ce procédé.

Lorque la fausse couche ne peut être évitée, le Dr Charpentier est d'avis de ne pas intervenir, tant qu'il ne se présente pas d'accidents, même dans le cas de rétention du délivre, *si prolongée qu'elle puisse être*.

L'hémorrhagie à laquelle le Dr Charpentier consacre le plus grand nombre de pages, est celle qui est due à l'insertion vicieuse du placenta; elle prime, en effet, toutes les autres par sa gravité, et elle met entièrement le salut de la femme entre les mains de son accoucheur.

Parmi les divers procédés de traitement, l'auteur place en tête le *tampon*, sur l'application duquel il entre dans de minutieux détails. Il le compose de bourdonnets de charpie, imbibés de cérat, qu'il commence par tasser dans les culs de sac vaginaux, pour arriver ensuite au col, il comble tout le vagin et produit son occlusion hermétique. Le tampon est laissé en place pendant vingt-quatre ou trente-six heures. Après ce temps on le retire, et si le sang ne coule plus, on attend que la dilatation soit suffisante pour pratiquer l'extraction de l'enfant. Si, au contraire, l'hémorrhagie persiste, on réapplique un nouveau tampon. Telle est, du moins, la méthode du savant maître de M. Charpentier, le professeur Depaul. MM. Pajot et Bailly pratiquent aussi le tamponnement, mais au lieu de retirer le tampon, quand ils supposent la dilatation complète, ils le laissent en place et abandonnent aux seuls efforts de la nature l'expulsion de l'enfant. Ils agissent ainsi par crainte de la difficulté qu'il y a parfois à décoller le placenta, pour pouvoir pratiquer la version, ou faire une application de forceps. M. Charpentier, tout en reconnaissant que dans tout accouchement, moins l'intervention est active, plus la mère et l'enfant ont de chances de salut, fait remarquer que l'expectation est impossible dans les cas de procidence, dans les présentations vicieuses, ou lorsque le travail n'avance plus chez une femme épuisée; circonstances qui se produisent fréquemment dans le placenta prœvia ; et il en conclut que la méthode de MM. Pajot et Bailly ne peut être qu'une méthode d'exception.

Dans le traitement des hémorrhagies de la délivrance, le Dr Charpentier modifie naturellement sa manière d'agir, suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas rétention du placenta, et que la rétention est simple ou se complique de spasme du col. Lorsque le placenta est retenu par des adhérences, il conseille de ne pas user de violences et de laisser à la nature seule la tâche d'expulser le délivre; des injections intra-utérines avec lesquelles nous sommes encore peu familiarisés en France, sont faites plusieurs fois par jour et servent à combattre les inconvénients du séjour, dans les organes génitaux, de débris de délivre putréfiés. L'hémorrhagie est-elle tellement abondante, qu'il y ait péril imminent pour la vie de la femme, M. Charpentier a recours à un moyen qui rencontre dans le corps médical autant d'adversaires que de défenseurs, la compression de l'aorte.

Ces leçons du Dr Charpentier sont marquées au coin d'un esprit juste, et leur style clair et attachant, dénote chez celui qui les a faites, toutes les qualités d'un excellent professeur.

Le second travail de notre confrère est hérissé de chiffres et de statistiques. Les divers traitements, mis en œuvre contre l'éclampsie, sont passés en revue. La médication antiphlo-

gistique est exposée la première. Et c'est à elle qu'est consacrée la plus grande partie de la thèse, ce qui se comprend, puisque c'est la pratique dont l'auteur a pu le mieux juger les résultats, pendant qu'il exerçait les fonctions de chef de clinique de M. le professeur Depaul, et sur laquelle il possède le plus de documents.

M. Charpentier accorde ensuite quelques pages à l'exposé de chacune des autres méthodes, purgatifs, révulsifs, antispasmodiques et anesthésiques.

Voici le résumé de ses tableaux statistiques :

Sur 44 malades traitées par les saignées, la mortalité est de 14,8 p. 100.

Sur 79 malades traitées par les émissions sanguines locales, la mortalité est de 36,5 p. 100.

Sur 53 malades traitées par l'émétique annexé à la saignée et au calomel, la mortalité est de 18 p. 100.

Avec les purgatifs, la mortalité est de 24 p. 100.

Avec les révulsifs, la mortalité est de 50 p. 100.

Les anesthésiques ne donnent qu'une mortalité de 11,1 p. 100. — Ce tableau est très-favorable aux anesthésiques.

Mais M. Charpentier élève des doutes sur la sincérité des statistiques produites en faveur de cette dernière médication, et quoiqu'il se déclare éclectique, on voit, à n'en pas douter qu'il aime peu les anesthésiques, et qu'il est un chaud partisan de ce qu'il nomme la grande méthode des émissions sanguines. Pourtant les accoucheurs anglais et allemands, qui, dans l'éclampsie, ont sans cesse recours aux anesthésiques, n'agissent probablement pas ainsi, sans de solides raisons. L'un de ces derniers, Carl Schröder, que je cite parce que notre confrère a fait une excellente traduction de son traité d'accouchement, affirme même que le chloroforme, le chloral et les injections hypodermiques de morphine, sont supérieurs aux saignées dans le traitement de l'éclampsie.

M. Charpentier termine par l'étude de l'influence du traitement obstétrical. Il compare les résultats de la méthode, qui cherche dans une prompte évacuation de l'utérus, la terminaison de l'éclampsie avec ceux du système, qui consiste à n'avoir recours au forceps ou à la version que dans les cas où on peut le faire sans violence.

Sur 273 accouchements spontanés, la proportion des décès a été de 26 p. 100. — Sur 188 applications de forceps, la proportion a été de 27 p. 100. — Sur 18 versions, la mortalité s'est élevée à 35 p. 100. — Le traitement obstétrical ne paraît donc pas avoir une influence heureuse.

La thèse de M. Charpentier, dont je n'ai pas besoin de faire l'éloge, puisqu'elle a contribué au succès de l'auteur dans le concours pour l'agrégation, m'a remis en mémoire deux faits de ma pratique, qui ne sont pas dépourvus d'intérêt.

Une femme de 29 ans, mère de trois enfants, parvenue à son huitième mois de grossesse, dans d'excellentes conditions physiques, mais qui avait éprouvé des peines morales fort vives, fut prise, un soir, d'une céphalalgie intense et inhala, pour calmer la douleur, une certaine quantité de chloroforme. Le lendemain matin, sa femme de chambre la trouva privée de connaissance. On crut d'abord à un excès de chloroformisation. La pièce fut aérée, on aspergea le visage d'eau froide et du café fut administré à l'intérieur. La malade, dont le pouls était faible, reprit un peu ses sens, se plaignit de souffrir de la tête, puis tomba tout-à-coup dans des convulsions qui avaient sans doute été précédées de plusieurs autres dans le cours de la nuit. A cette attaque succéda une nouvelle perte de connaissance dont la malade ne sortit plus jusqu'à sa mort. Les urines furent examinées; elles contenaient une énorme quantité d'albumine, il n'existait pas d'œdème aux jambes. Je prescrivis un purgatif, et d'accord avec l'accoucheur de la famille, le Dr Campbell, que j'avais fait prévenir, nous pratiquâmes des inhalations de chloroforme presque continues, c'est-à-dire chaque fois que la malade paraissait entrer dans une période d'agitation.

A quatre heures de l'après-midi, après la septième attaque, la poche des eaux fut percée ; à sept heures un quart, on donna un gramme de sel ergoté, et à sept heures et demie, un enfant mort parut à la vulve, au milieu d'une crise violente. Vers neuf heures du soir, les accès convulsifs cessèrent, la face se cyanosa de plus en plus, les battements du cœur devinrent incomptables, le pouls était imperceptible, et la mort eut lieu à sept heures et demie du matin.

Le sujet de ma seconde observation est une primipare qui eût de fréquents maux de tête et de l'enflure aux jambes pendant les cinq derniers mois de sa grossesse. Elle ne suivit aucun traitement. Le 26 novembre 1871, la céphalalgie devint plus insupportable. A 5 heures du soir, les douleurs initiales de la parturition se manifestèrent, et vers les 9 heures, débuta le premier accès éclamptique. Lorsque je fus appelé auprès de cette femme, elle était en pleine attaque. Je fis immédiatement une saignée du bras, et comme la poche des eaux était percée, la dilatation du col suffisante et la tête de l'enfant engagée au détroit supérieur, je pratiquai une application de forceps. Elle ne présenta d'autres difficultés que celles résultant des mouvements convulsifs de la patiente ; j'amenai un enfant bien portant, et il ne mourut que dix mois plus tard d'accidents de dentition. La malade eut encore après la délivrance 5 ou 6 crises, auxquelles succéda un profond coma qui dura trois jours et dont elle ne sortit que peu à peu.

Un trouble profond dans les idées, de l'amblyopie, la présence de l'albumine dans les urines persistèrent pendant les premières semaines après l'accouchement. Progressivement la mémoire revint, les facultés reprirent leur netteté, mais la vision resta délicate et l'albumine persista pendant dix mois, ce qui me rendait fort perplexe, car sur ces entrefaites la malade était redevenue enceinte. Elle prit du bromure de potassium et des purgatifs répétés. J'eus la satisfaction de voir accoucher cette jeune femme sans aucun accident un an après son éclampsie.

Dans le fait que je viens de vous raconter, j'avais hésité un instant à appliquer le forceps. Un certain nombre d'accoucheurs contemporains considèrent comme contre-indiquée, au point de vue de l'intérêt de la mère, une intervention obstétricale, pour cette raison que toutes les irritations utérines peuvent, par action réflexe, ramener les accès, et que la délivrance une fois faite, on est loin de voir toujours l'éclampsie s'arrêter. Sur les 297 cas d'éclampsie cités par le Dr Charpentier, 155 femmes eurent des attaques après l'accouchement. Dans mon observation, le traitement obstétrical n'a été justifié que par la naissance d'un enfant vivant et qui aurait souffert d'un travail se prolongeant dans de mauvaises conditions.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 octobre. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. ANGER lit un rapport sur le travail de M. Berger relatif aux phénomènes nerveux qu'on observe dans les étranglements des hernies.

M. BERGER lit un travail sur un cas de fracture du crâne avec plaie, enfoncement des fragments et symptômes nerveux graves, suivi de guérison.

M. VERNEUIL à propos d'une observation dont il va donner connaissance à la Société, rappelle la prédisposition que créent aux fractures les maladies du système nerveux central. Dans un ordre de faits analogues il mentionne les lésions articulaires et osseuses de l'ataxie locomotrice, dont M. Charcot a récemment présenté de si beaux exemples à la Société anatomique (1). Il rappelle également un travail publié dans un des derniers numéros de la *Gazette des Hôpitaux* sur la paralysie générale comme cause prédisposante des fractures.

Au printemps de cette année M. Verneuil fut appelé à soigner un ancien notaire âgé de 50 ans environ, atteint de paralysie générale. Cet homme, en proie au délire de persécution et, de plus, affecté du diabète, s'était froissé la partie postérieure de la cuisse, en descendant de son lit. Un abcès se forma au niveau de la partie contuse ; cet abcès excessivement volumineux, mais n'ayant donné lieu à aucune douleur malgré son évolution très-rapide, fut incisé et laissa couler une énorme quantité de pus mêlé à d'abondants flocons de tissu cellulaire mortifié.

Le malade eut de la fièvre, mais la plaie présentait une assez

(1) Les premières publications de M. Charcot sur ce sujet remontent à 1868.

bonne apparence, lorsque apparut à la marge de l'anus un petit bouton qui devint le point de départ d'un phlegmon gangréneux. Cette prédisposition à la gangrène des tissus enflammés peut être mise sur le compte de la diathèse diabétique. Néanmoins, le malade guérit, et lorsque M. Verneuil le vit au mois de juillet dernier, il était dans un état de santé florissante. A cette époque, ainsi qu'on l'a observé souvent, la maladie chirurgicale avait fait révulsion, et les symptômes de l'affection mentale avaient sensiblement diminué.

Au commencement d'août se manifestèrent quelques douleurs dans les jambes et dans le dos. On constatait de plus un amaigrissement notable. Examiné le 18 août, le malade n'offrait rien d'anormal aux jambes ni au tronc. Cinq jours après le 23 août, M. Blanche remarqua l'existence d'une gibbosité vertébrale. Absent à cette époque, M. Verneuil ne put se rendre compte de ces faits que dans le commencement du mois de septembre ; mais alors la gibbosité était telle qu'elle devait correspondre à l'écrasement d'au moins trois corps vertébraux; les membres inférieurs présentaient un certain degré de parésie. Il était difficile de placer le malade dans une gouttière de Bonnet. Le repos pur et simple fut prescrit. A la fin de septembre une pneumonie double emportait le malade. Il fut malheureusement impossible de pratiquer l'autopsie. La gibbosité siégeait aux environs de la huitième vertèbre dorsale, elle formait presque un angle droit.

Mais l'examen des régions dorsale et abdominale ne révéla aucune trace d'abcès ossifluent qui expliquât la rapidité de l'amaigrissement. M. Verneuil estime que cette observation méritait d'être signalée. Il s'agit là d'un fait bien peu commun : un homme vigoureux, n'ayant jamais présenté de symptômes de scrofule, rhumatisant il est vrai, et diabétique, a été en somme atteint d'un mal de Pott, qui a évolué en quinze jours, et est mort d'une pneumonie double, dont la gravité a dû avoir pour cause prédisposante, l'état diabétique du malade. S'agit-il là d'un mal de Pott véritable, ou d'une sorte de fracture de la colonne par suite du ramollissement de plusieurs corps vertébraux sous la dépendance de la maladie nerveuse? M. Verneuil formule l'hypothèse que, les corps vertébraux étaient atteints depuis quelque temps déjà.

M. Houel. La relation de M. Verneuil paraît s'éloigner des faits de M. Charcot. Les lésions osseuses que M. Charcot a signalées n'ont été observées jusqu'ici que sur les membres, quelques-unes sur le bassin et le sacrum. La seule analogie que présente le cas de M. Verneuil avec les cas de M. Charcot repose sur l'extrême rapidité d'évolution de la lésion osseuse.

M. Chauvel présente des pièces anatomiques recueillies chez un individu syphilitique mort de carie ethmoïdale avec abcès du cerveau. E. Brissaud.

BIBLIOGRAPHIE

Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques; par le Dr F. Raymond, interne-lauréat (médaille d'or) des hôpitaux: Th. inaug. Paris 1876, publication du *Progrès médical*, et chez A. Delahaye, éditeur.

Dans ce travail important, M. le Dr Raymond s'est proposé d'étudier sous toutes ses faces un nouveau symptôme des lésions cérébrales dont la clinique est surtout redevable à l'enseignement de son maître, M. Charcot.

Le chapitre premier renferme, avec l'anatomie topographique des centres encéphaliques, une description très-complète de la structure et des rapports de la capsule interne, c'est-à-dire des systèmes de fibres dont la lésion donne un même ensemble symptomatique, l'hémianesthésie et l'hémichorée.

Avant d'arriver à l'étude de l'hémichorée, M. Raymond résume (chapitre II) les données acquises sur l'hémianesthésie cérébrale; ce rappel est nécessité par la coexistence fréquente de l'hémianesthésie et de l'hémichorée.

Cela fait, l'auteur entre dans le cœur de son sujet et (chapitre III), après un historique de la question, trace la symptomatologie de l'hémichorée cérébrale.

« Sous le nom d'hémichorée post-hémorrhagique ou post-
» hémiplégique, ou encore, de l'atrophie cérébrale, des
» tumeurs cérébrales, il faut comprendre des mouvements
» se montrant dans les membres supérieur et inférieur du
» côté qui est déjà depuis quelque temps, fait le plus ordi-
» naire, le siége de l'hémiplégie ou qui le sera bientôt ; mou-
» vements analogues à ceux de la chorée ordinaire, en ce
» sens qu'ils sont, comme ceux-ci volontaires, qu'ils s'exa-
» gèrent pendant les mouvements intentionnels et qu'ils sont
» continus excepté pendant le sommeil. »

Des différences, dans l'amplitude, le mode d'apparition et la durée des mouvements permettent (comme en témoignent nombre d'observations recueillies pour la plupart à la Salpétrière) de reconnaître diverses formes dans l'hémichorée cérébrale, suivant que celle-ci est post-hémorrhagique ou præ-hémorrhagique, qu'elle est symptomatique de l'atrophie du cerveau ou de tumeurs intra-crâniennes.

Une étude des plus complètes et des plus intéressantes est celle du diagnostic de l'hémichorée cérébrale qu'on pourrait confondre avec les affections nerveuses ayant, comme symptôme dominant, un tremblement hémi-latéral.

1° Le tremblement des hémiplégiques n'a pas le même moment d'apparition: il survient seulement quand se montre la contracture tardive, il n'existe pas pendant le repos, et se produit seulement lors des mouvements spontanés ou provoqués (phénomènes de la main et du pied); de plus, la trémulation se compose de mouvements verticaux, inégaux comme amplitude et n'ayant rien de rhythmé ;

2° Le tremblement convulsif hémi-latéral consécutif à l'atrophie du cerveau, dû aux mêmes causes, à la même dégénérescence que celui des hémiplégiques, présente mêmes caractères que ce dernier, mêmes différences par conséquent avec l'hémichorée cérébrale ;

3° Le tremblement des myélites chroniques avec prédominance dans un côté du corps (sclérose des cordons latéraux — sclérose en plaques), ne sera pas confondu avec la chorée symptomatique si on tient compte de ces faits : qu'il s'agit ici d'un tremblement plutôt que d'un mouvement choréïque ; que le tremblement survient en même temps que l'impotence des membres, que la contracture et l'épilepsie spinale ; que le tremblement enfin, survient dans les seuls mouvements intentionnels et s'accuse en raison même de l'ampleur de ces mouvements.

4° Même facilité de diagnostic pour la chorée hystérique qu'on observe parfois dans les cas de contracture hémilatérale, mais, ici encore, il s'agit de tremblements et non de mouvements rhythmés : ce qu'on observe, ce sont des oscillations brèves, rapides, s'effectuant toujours dans le même sens et cela, chez une femme qui a toute l'allure d'une hystérique et chez laquelle a manqué l'ictus apoplectique.

5° L'ataxie hémi-latéral se reconnaît par l'exagération du tremblement dans l'obscurité et lors des mouvements intentionnels.

6° L'hémichorée ordinaire, ne différant en rien dans ses caractères objectifs de l'hémichorée symptomatique sera reconnue par les conditions de son développement, conditions d'âge, d'antécédents, entièrement différentes de celles qui président à l'éclosion de l'hémichorée cérébrale.

A quelles lésions cérébrales correspond l'hémichorée symptomatique ? Comme l'enseigne, M. le professeur Charcot, aux lésions (la nature de celles-ci est, du reste, indifférente) de l'ensemble du faisceau qui, dans le pied de la couronne rayonnante, se trouve en avant et en dehors des fibres sensitives et qui se compose des masses blanches en rapport avec la partie postérieure de la couche optique. M. Raymond appuie cette proposition sur un nombre très-imposant d'autopsies et des expériences faites sur les chiens, expériences dans lesquelles l'auteur est parvenu, par une lésion déterminée de l'encéphale, à provoquer des mouvements involontaires et persistants, mouvements assez analogues à ceux de l'hémichorée symptomatique.

Des faits étudiés par le Dr Raymond, il résulte, que, en face d'une hémichorée qu'il reconnaît pour cérébrale, le clinicien trouvera dans ce symptôme, avec les éléments d'un diagnostic topographique exact, les éléments d'un pronostic qu'il saura variable, suivant que l'hémichorée sera post-hémorrhagique

(elle est alors incurable) ou præ-hémorrhagique (elle prélude à une attaque apoplectique presque toujours mortelle).

Cette rapide analyse suffit pour montrer l'intérêt capital du travail de M. Raymond qui n'est, on le voit, rien moins qu'un chapitre de l'Histoire des Localisations cérébrales à l'édification de laquelle l'Ecole de la Salpêtrière a voué tous ses efforts.

L. LANDOUZY.

VARIA

Inauguration du Buste de Desault.

Une grande fête doit avoir lieu le 15 octobre prochain dans la ville de Lure (Haute-Saône), à l'occasion de l'inauguration du buste du grand chirurgien Desault. Ce buste, exécuté dans des proportions monumentales par le célèbre statuaire Iselin, est véritablement une œuvre artistique de premier ordre. La générosité du sculpteur franc-comtois, qui a offert le buste à la ville natale de Desault, ne peut manquer d'être appréciée par tous ceux qui s'intéressent à nos gloires médicales.

Il n'est pas besoin de faire connaître Desault au public médical. L'illustre chirurgien occupe une trop haute place dans l'histoire de la chirurgie pour qu'il soit nécessaire de faire son panégyrique. Tous les médecins ont lu le magnifique éloge qu'a fait de lui sou élève, l'immortel Bichat. Le créateur de la première école de clinique chirurgicale, celui qui, selou Bichat, *créa l'anatomie chirurgicale*, l'inveuteur des *appareils à extension permanente* pour les fractures de la clavicule, de la jambe, du fémur, etc.; celui-là, qui inventa un si grand nombre d'instruments et de procédés opératoires, est une des gloires de la chirurgie française.

Opérateur habile, professeur éloquent et ingénieux, cliuicien de génie, Desault, qui était fils d'un pauvre paysan d'un hameau de Lure, s'est élevé seul, à force de travail et de génie, jusqu'aux plus hautes situations scientifiques. Dès l'âge de 22 ans, il attirait la foule à ses cours. Il était successivement professeur de l'école pratique, membre du collège de chirurgie, chirurgien en chef de la Charité, puis de l'Hôtel-Dieu. En 1792, il fut élu membre du comité de santé des armées. Il fut appelé par le Comité de Salut public à occuper la chaire de cliuique chirurgicale à l'Ecole de santé organisée par la Convention.

En 1795, pendant qu'il était chargé de donner ses soins au jeune fils de Louis XVI, prisonnier au Temple, il moùrut subitement à l'âge de cinquante-un ans, d'une fièvre ataxique, diseut les uns, par le poison, disent les autres. Desault a été le maître des Bichat, des Dupuytren, des Larrey, des Chopart; il a été, à proprement parler, lo créateur et le fondateur de l'école chirurgicale du XIXe siècle. Les chirurgieus et les médecins voudront reudre un dernier hommage à sa mémoire en assistaut, le 15 octobre, à la fête médicale de Lure.

JURISPRUDENCE MÉDICALE. EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — La question de l'exercice illégal de la médecine et de la chirurgie par la communauté religieuse dite des *Sœurs de Saint-Projet*, vient de recevoir une solution relativement suffisante. Le cardinal archevêque d'abord, auquel on s'était adressé, et la Commission du Bureau de bienfaisance ensuite, qui a cru devoir intervenir de sa propre autorité en cette mémorable affaire, ont formellement invité les religieuses des maisons de secours d'avoir *à s'abstenir désormais de toute ingérence dans les affaires médicales*. Ce résultat heureux, qui n'a pas été obtenu sans tiraillements, sans imprécations et sans que l'anathème ait été jeté, d'une voix contenue et sous la forme la plus douceureuse, aux horribles persécuteurs de la vertu incomprise ; ce résultat, disons-nous, est dû aux soins persévérants de l'Association de la Gironde, par l'intermédiaire de son comité de défense et de son bureau. Exemple salutaire et fortifiant que nous livrons à la méditation des Sociétés de l'Ouest de la France, où l'empiètement de la médeciue par les prêtres et les communautés religieuses a pris des proportions si inquiétantes pour la santé des populations. (*Gaz. méd. de Bordeaux.*)

HYGIÈNE. DU TRAVAIL DES FEMMES. — Comme on s'occupe un peu partout du travail des femmes, il u'est pas inutile de signaler ce qui se passe en Suisse sous ce rapport. Il y a environ dix ans l'administration fédérale des postes et télégraphes admit les femmes dans les bureaux; elle avait été devancée par quelques administrations de chemins de fer, qui avaient déjà occupé comme receveurs des employés du sexe féminin. Les résultats furent d'abord heureux, puis ils le furent moins; en télégraphie, un travail continu à l'appareil finit à la longue par exercer une influence fâcheuse sur le système nerveux. Pour le service postal les inconvénients étaient moins considérables. Cependant on y a remarqué que les femmes y apportent moins de sérieux. Dans d'autres domaines le travail des femmes s'est étendu avec succès. C'est ainsi qu'on commence à utiliser, par exemple, en Allemagne, les femmes dans les ateliers d'imprimerie, comme compositeurs; et ces jours derniers, les maîtres réunis ajournaient, tout en approuvant l'idée, un projet de création d'une école de compositeurs pour jeunes filles. Nous ne parlerons qu'incidemment des sciences, nos Uuiversités suisses comptent déjà de gros contingents d'*étudiantes*; quelques-unes sont des Suissesses, mais la plupart nons sont venues de la Russie, et généralement c'est à la médecine qu'elles se vouent. On vante beaucoup leur patience, leur amour du travail et de l'étude. (*Journal officiel.*)

NOUVELLES

NOMINATION. — Nous annonçons avec plaisir la nomination de notre ami et collaborateur M. le d^r L.-E. DUPUY à la place de médecin de l'hôpital de Saint-Denis, en remplacement de M. Charles, décédé. Ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la *Société anatomique* à laquelle il a fait de nombreuses et intéressantes communications, auteur de divers mémoires originaux, particulièrement sur la gynécologie, rédacteur en chef de la *Gazette obstétricale*, M. Dupuy avait, on le voit, des titres sérieux à la fonction qui vient de lui être confiée.

MORTALITÉ A PARIS.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 5 octobre 1876, on a constaté 786 décès, savoir : variole, 5; — rougeole, 5; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 35; — érysipèle, 7; — bronchite aiguë, 25; — pneumonie, 34; — dysentérie, 7; — diarrhée cholériforme des jeuncs enfants, 13;— *choléra nostras*, 1; — angine couenneuse, 12; — croup, 14;—affections puerpérales, 7;— autres affections aiguës, 209;— affections chroniques, 347; dont 148 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 30; — causes accidentelles, 34.

LONDRES. — Population : 3,489,428 hab. — Décès du 24 au 30 septembre 1,230. — Variole, 15; rougeole, 9; scarlatine, 39; fièvre typhoïde, 19; érysipèle, 6; bronchite 104; pnenmonie, 57; dysentérie, 3; diarrhée, 42; *choléra nostras*, 1; diphtbérie, 5; croup, 13; coqueluche, 14.

FACULTÉ DE PARIS. LA BIBLIOTHÈQUE. — M. Petit, d^r en médecine, est chargé provisoirement des fonctions de sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Ollivier, démissionnaire.

ECOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — La réouverture des cours aura lieu le lundi 6 novembre. Les inscriptions seront délivrées du 20 octobre au 4 novembre.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Il résulte d'un rapport que M. de Nervaux, directeur de l'Assistance publique, vient d'adresser au Préfet de la Seine, que le nombre des enfants admis à l'hospice spécial, en 1875, a été de 2,338. Ce chiffre, comparé à celui de l'année 1874, présente une diminution de 808 abandons. Si l'on se reporte à la statistique des années précédentes, on voit que, pour trouver un chiffre aussi peu élevé d'admissions, il faut remonter à l'année 1725, époque à laquelle la population de Paris n'était que de 640,000 habitants, le tiers environ de ce qu'elle est actuellement.

FACULTÉ DE MONTPELLIER. — Par arrêté en date du 9 octobre 1876, la chaire de chimie médicale à la Faculté médicale de Montpellier est déclarée vacante. Un délai de 20 jours, à partir de la présente publication, est accordé aux caudidats pour produire leurs titres.

HOPITAL D'ANNONAY. — Le *Journal de Valence* annonce que M. Bêchetoile, riche propriétaire d'Annouay, qui a déjà cousacré à des œuvres utiles des sommes importantes, vient de donner une somme de 100,000 fr. à l'hôpital de cette ville.

ENFANTS ASSISTÉS. — M. Maichin, maire de Niort, vient d'être nommé inspecteur-général des Enfants-Assistés de la Seine.

FACULTÉ CATHOLIQUE DE LILLE. — Une correspondance particulière que nous recevons de Nancy nous annouce que M. Chautard, professeur de physique et doyen de la Faculté des sciences de cette ville, passe, en la même qualité, à la Faculté catholique de Lille. On nous affirme, en outre, que des offres avaient été faites, sans résultat cette fois, par la même Faculté de Lille, à M. Benoit, doyen de la Faculté des lettres, et à M. Chrétien, agrégé d'anatomie. (*Gaz. des hôpitaux.*)

LA CRÉMATION DES CADAVRES. — On écrit de la Thuringe, le 14, à la *Gazette nationale* de Berlin, que les autorités municipales de Gotha ont adopté définitivement l'*incinération facultative* des morts. Les cendres seront mises dans des urnes que les parents pourront garder chez eux ou faire placer dans une partie spéciale du cimetière. (*Gaz. hebdom.*)

UNIVERSITÉS ALLEMANDES. — Dans ces derniers temps les Universités allemandes ont pris des mesures pour entourer de uouvelles garanties le grade de docteur, décerné par les diverses Facultés. Des exemples récents avaient démontré que des abus s'étaient glissés ou pouvaient se glisser dans ces promotions. L'Université de Zurich, en Suisse, vient de prendre des mesures analogues. Le sénat académique a demandé quelques additions aux statuts de l'Université; il en résulte que désormais, sauf pour les promotions honorifiques, le grade de docteur ne sera obtenu qu'après un examen écrit et oral passé devant la Faculté, et après rédaction d'une dissertation scientifique originale.

NÉCROLOGIE. — C'est avec tristesse que nous apprenons la mort de Fumouze, qui fonda la *France médicale* avec le d^r Roubaud et qui fut, en 1867, président du congrès général des pharmaciens. Fumouze fut un fervent républicain et un socialiste dans la bonne acception du mot. L'île Saint-Denis où il s'était retiré, et la ville de Saint-Denis elle-même conserveront toujours le souvenir des bienfaits dont elles ont été couvertes par ce sincère ami de l'humanité. (*Gaz. obstétricale.*) — Nous avons à enregistrer la mort, à 70 ans, de M. G. Peyraud, médecin à Cavignac (Gironde).

— On nous annonce la mort, à 61 ans, de M. le d^r P. LACROIX-LASERRE, ancien maire de Saint-Cyprien (Dordogne), en 1848. — Le *Bordeaux médical* nous apprend la mort de M. le d^r PERRIN, il était âgé de 79 ans.

4e ANNÉE. — N° 43 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 21 OCTOBRE 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. S. DUPLAY.

Coxalgie suppurée ; attitudes vicieuses ; résection de la hanche.

Leçon recueillie par E. MAROT, interne du service.

Messieurs,

Vous me verrez tout à l'heure pratiquer sur un jeune garçon de 15 ans la résection de la hanche. L'histoire de ce malade, en justifiant ma détermination, vous montrera de plus qu'elle n'a été rendue nécessaire que par l'insuffisance ou la mauvaise direction du traitement antérieur. Notre jeune malade, bien portant jusque là, et bien constitué, reçut il y a 15 mois une violente contusion de la hanche droite, en tombant dans un escalier : il en ressentit pendant huit jours une telle douleur à la hanche et surtout au genou, qu'il dut garder le lit. Il se leva cependant et se remit à marcher huit jours après, bien que souffrant toujours : loin de diminuer, la douleur le força bientôt, un mois après l'accident, à reprendre le lit que depuis il n'a pu quitter.

Longtemps son affection articulaire ne se révéla que par ces douleurs ; plus tard, 11 mois après l'accident, c'est-à-dire dans le courant du mois de mars dernier, un abcès s'ouvrit spontanément à la partie supérieure de la cuisse. Vous avez déjà reconnu, Messieurs, plusieurs des phénomènes qui caractérisent l'évolution rapide de la coxalgie : l'examen des signes objectifs confirme de tout point ce diagnostic. Vous pourrez reconnaître de plus que le mal a été pour ainsi dire jusqu'ici abandonné à lui-même.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, le membre inférieur était fixé dans l'attitude vicieuse caractéristique, déterminée à la fois par l'abduction, la rotation en dehors et la flexion de la cuisse sur le bassin. Aucune intervention n'avait contrarié cette tendance, si bien que le membre sain lui-même commençait à s'immobiliser dans une position fâcheuse et que nous devrons corriger. L'enfant presque abandonné à lui-même dans son lit, et cherchant le soulagement de son mal dans la position qui lui était le plus commode, s'était couché dès le début sur le côté douloureux, les deux cuisses fléchies et parallèles, le tronc courbé en avant. Il n'a guère quitté cette attitude pendant les mois qui ont séparé le début du mal de son entrée à l'hôpital. Vous saisissez déjà la portée de cette complication ; au point de vue fonctionnel, le membre sain perdait autant que l'autre.

Cependant les douleurs ont toujours persisté, vives surtout au niveau du genou : je n'insiste pas sur la valeur connue de ce symptôme, si obscure que soit encore son origine. Cette douleur est exaspérée par le plus léger déplacement du membre, aussi bien que par le moindre attouchement, ce qui rend difficile l'examen direct de la racine du membre. Cette région présente une déformation considérable et le volume en est doublé : le pli de l'aine en particulier a disparu, remplacé par une voussure très-saillante au niveau de laquelle la palpation fait reconnaître un empâtement profond et la fluctuation d'un abcès. Cette tuméfaction, localisée en un point ordinairement accessible de l'articulation, s'explique aisément : elle répond à l'interstice des muscles pectiné et psoas iliaque. De même, en arrière du grand trochanter, on peut apprécier le gonflement des parties molles qui entourent l'articulation malade. Au-dessous de ce grand trochanter, à 8 ou 10 travers de doigts environ, se trouve l'orifice encore fistuleux de l'abcès qui s'est ouvert il y a 4 mois à la face externe de la cuisse. Le stylet que l'on introduit par cet orifice s'engage très-loin dans la direction de l'articulation, mais le trajet qu'il parcourt restant parallèle au fémur ne le conduit pas sur une portion d'os dénudé, bien que l'abcès provienne évidemment des os nécrosés. On ne peut donc par ce procédé d'examen explorer l'étendue des désordres, mais il n'est pas douteux toutefois que les accidents locaux : douleur, attitude vicieuse et déformation de la racine du membre, ne relèvent d'une coxalgie suppurée et ne répondent à de graves désordres de l'articulation. Le diagnostic est absolument certain, l'origine traumatique de l'affection n'exclut pas sa nature scrofuleuse car la prédisposition constitutionnelle est évidente chez cet enfant. Il nous reste à discuter la question du pronostic et celle de la conduite à tenir pour le traitement.

Au début du mal, on aurait peut-être pu, Messieurs, à l'aide d'un traitement rationnel et bien dirigé, éviter la série de complications que nous avons énumérées, peut-être même la suppuration. Tout au moins se serait-elle effectuée dans des conditions moins déplorables. A l'heure actuelle au contraire, l'attitude est telle, que si le malade venait à guérir, on doit se demander jusqu'à quel point le membre ne serait pas gênant, loin d'être utile pour la marche. Il eût fallu, dès le début du mal, tout en cherchant à modifier l'état général, opposer aux désordres locaux deux sortes d'agents, destinés, les premiers à modérer l'inflammation et à prévenir la suppuration, les autres à prévenir ou à corriger tout au moins l'attitude vicieuse. Certes, il est difficile de s'opposer efficacement à la suppuration, mais on n'en dispose pas moins d'un moyen de calmer l'inflammation, je veux parler de l'immobilisation de la jointure, qui répond aussi bien à la première indication qu'à la seconde. C'est un problème à résoudre, Messieurs, que de concilier le repos absolu de la jointure avec l'exercice dont il ne faut pas priver le malade. Pour les affections du coude et de l'épaule, on parvient aisément à immobiliser le membre sans immobiliser le malade, mais pour la hanche ce résultat ne saurait s'obtenir qu'au moyen d'appareils compliqués.

Au début de l'affection, lorsqu'il n'y a pas d'inconvénients à laisser pour quelque temps le malade au lit, le moyen le plus simple et le plus efficace d'immobiliser le membre inférieur dans l'extension est certainement le procédé de la traction continue par des poids. La jambe jusqu'au genou est entourée de bandelettes de diachylon qui forment des anses à la plante du pied : à ces anses est nouée une corde munie d'une poulie : c'est là tout l'appareil. La traction ainsi faite diminue les effets de la contracture réflexe qui tend à presser l'une contre l'autre les surfaces de l'articulation malade : la douleur diminuant par ce fait même, la contracture elle-même est moins sollicitée à se produire. On peut de cette façon attendre que la période aiguë s'écoule. Plus tard, il n'y aurait inconvénient, vous le savez, à prolonger le repos au lit : c'est alors que l'on peut avoir recours aux différents appareils d'immobilisation. Ces appareils sont nombreux et je n'entreprendrai par de vous les décrire ici ; je mentionnerai pourtant l'appareil de M. Verneuil, simple bandage silicaté remontant très-haut sur le tronc et renforcé par des attelles en fil de fer.

Au moment où notre malade, après son repos de huit jours au lit, a repris la marche, on n'eût pas dû le lui laisser faire avant de lui avoir appliqué un de ces appareils. Mais on ne l'a pas fait et nous avons aujourd'hui à compter avec la suppuration et la déformation que vous savez. Nous n'avons rien à espérer du redressement forcé sous le chloroforme, suivi de l'immobilisation car l'ankylose est impossible à l'heure actuelle, en raison du développement considérable des fongosités et de la destruction certaine des surfaces articulaires.

A moins d'abandonner le mal à lui-même et de nous en

tenir à l'expectation, nous sommes ainsi conduits à songer à l'intervention chirurgicale. L'ouverture de l'abcès et le drainage du foyer ne suffiraient même pas, ne modifiant en rien l'évolution naturelle du mal. Or, Messieurs, il faut savoir que la coxalgie suppurée entraîne la mort dans les 4 5 des cas par l'aggravation constante de la cachexie, qui marche parallèlement avec l'accumulation des désordres locaux, dans nos hôpitaux du moins. Admettons même la chance d'une guérison, et la perspective offerte au malade n'est pas beaucoup plus encourageante : il ne conservera qu'un membre inutile et ne marchera probablement jamais. Du moins la guérison par les procédés chirurgicaux est-elle plus complète lorsqu'on l'obtient.

Ceci nous amène à discuter les chances qu'apporte avec elle l'intervention active.

Il ne peut être ici question de la désarticulation coxofémorale, puisque son résultat, douteux d'ailleurs, ne saurait que supprimer le membre et non le rendre utile : la résection en revanche peut être suivie du développement d'une pseudarthrose qui permet la marche, malgré un certain degré de raccourcissement. La gravité de cette opération, dans les cas de coxalgie seulement, peut être assez exactement appréciée d'après les statistiques. Les chiffres lui sont favorables : ainsi nous trouvons, en particulier dans le mémoire de M. Lefort (Académie de Méd. 1860) sur 72 opérés 42 guérisons, c'est-à-dire 58 0/0 de succès, contre 29 morts. Les résultats sont plus encourageants encore lorsqu'on n'envisage que les malades âgés de 5 à 19 ans, puisque M. Lefort a compté 32 guérisons pour 49 opérations pratiquées dans ces conditions spéciales. Les autres relevés sont moins complets: cependant le dernier numéro du *Journal d'Edimbourg* mentionne les résultats de la pratique personnelle de M. Annandale : sur 22 opérés, ce chirurgien en a guéri 14.

Ces résultats sont bien certainement de nature à encourager l'intervention, mais on ne doit s'y résoudre qu'après avoir écarté toute contre-indication, soit générale, soit locale, bien que ces dernières ne soient que relatives. L'étendue des lésions n'ajoute pas outre mesure à la gravité de la résection : dans un cas on a pu ruginer l'os iliaque, réséquer même la tubérosité de l'ischion sans compromettre le résultat.

L'état général du malade doit au contraire être pris en sérieuse considération : dans le cas particulier nous ne trouvons de ce côté rien que d'encourageant, le malade ne peut être même suspecté de tuberculose : il jouit d'une santé parfaite, nous nous croyons donc autorisé à pratiquer la résection de la hanche rendue nécessaire, d'autre part, par l'étendue et la gravité des lésions locales.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La Chirurgie antiseptique à Edimbourg (1);

Par G. MAUNOURY, interne des hôpitaux.

V.

Jusqu'ici il n'a été question que de traumatismes portant sur des tissus primitivement sains, mais le pansement antiseptique peut encore être appliqué pour des cas tout différents. Je l'ai vu employer dans plusieurs cas d'abcès froids; il m'a semblé que l'ouverture de ces abcès dans ces circonstances perdait bien de sa gravité, et qu'en appliquant rigoureusement la méthode antiseptique, il y aurait peut-être avantage à ouvrir de bonne heure les abcès par congestion du mal de Pott et de la coxalgie au lieu d'attendre qu'ils aient donné lieu à une collection considérable. Dans les quelques cas que j'ai observés je n'ai jamais vu aucun symptôme de fièvre hectique, et en outre la suppuration était presque nulle. Je puis citer à cet égard l'observation d'un homme ayant un énorme abcès froid de la région lombaire dans lequel M. Joseph Bell passa un drain au commencement d'août et sur lequel il appliqua ensuite le pansement antiseptique. Le 9 août, je vois le malade, il n'y a pas trace de gonflement ni de rougeur, le pansement renferme quelques gouttes de pus seulement et n'a pas la moindre odeur. Le 20 août, la suppuration est pour ainsi dire nulle, on laisse le pansement plusieurs jours sans le lever.

Le même traitement peut être appliqué aux arthrites suppurées, et, dans les deux cas que j'ai vu traiter ainsi, les symptômes généraux qui étaient graves lors de l'entrée du malade à l'hôpital se sont rapidement amendés après l'ouverture de l'articulation malade. Pour ces cas comme pour les abcès par congestion l'emploi du pansement antiseptique modifie singulièrement la gravité du pronostic, et l'on arrive à ne plus redouter beaucoup l'ouverture d'une articulation qui suppure.

I. Le 8 août, une jeune fille de quinze ans entre dans le service de M. Chiene avec une arthrite suppurée du genou. Le genou est chaud, rouge, tendu, extrêmement douloureux ; état fébrile intense. — On ouvre l'articulation et on y passe un drain, il s'écoule une grande quantité de pus liquide mal lié. — Les jours suivants le gonflement et les douleurs diminuent, la fièvre tombe, et l'état général devient très-satisfaisant.

II Le 18 août, M. Annandale procède à une opération analogue chez un jeune homme de dix-sept ans, ayant une arthrite suppurée du genou droit de cause traumatique. L'opération se fait sous le pulvérisateur et en suivant tous les principes de la méthode antiseptique. Après chloroformisation, M. Annandale pratique à la partie interne du genou une incision longue de 8 à 9 centimètres, il sort de l'articulation du pus avec grumeaux en assez grande abondance ; autre incision faite sur le côté externe. Alors le chirurgien plonge le doigt dans ces incisions pour aller tout à son aise et en prenant son temps explorer les surfaces cartilagineuses; puis, cela fait, il passe dans ces deux incisions un gros drain qui traverse l'articulation, met deux points de suture sur chaque incision pour en diminuer l'étendue, pousse une injection phéniquée dans le tube à drainage et applique un pansement Lister après avoir mis sur le membre un appareil inamovible plâtré laissant le genou à découvert. — Le soir, la température s'élève à 38°, 4, le lendemain matin le pouls est à 130, la face est vultueuse, mais le 22 août l'état fébrile est tombé, la peau est fraîche, le genou modérément gonflé, le pansement ne renferme qu'une quantité infime de pus et n'a aucune odeur. — Les jours suivants l'état général reste excellent, le malade est très gai, il a de l'appétit, il ne souffre pas du tout, la température reste aux environs de 37°. Tel est du moins l'état du malade le 28 août, jour de mon départ, ce jour-là le pansement qui est en place depuis deux jours, ne renferme que très-peu de pus, il n'a aucune odeur ; le genou est encore volumineux, mais sans inflammation ni rougeur, les deux plaies ont très-bel aspect ; tout en un mot fait penser que ce malade guérira sans accident.

Je n'ai malheureusement pas pu rester à Edimbourg assez longtemps pour suivre jusqu'au bout ces deux cas si intéressants, mais les résultats que je donne sont déjà fort démonstratifs. J'ai pu d'ailleurs voir dans les divers services des cas analogues qui avaient été opérés avant mon arrivée et qui étaient presque guéris ; je citerai à cet égard plusieurs drainages du genou analogues à ceux dont je viens de parler, des drainages d'abcès chez des coxalgiques.

Je dois maintenant parler de certains faits plus complexes que j'ai omis à dessein jusqu'ici, car non-seulement le traitement employé diffère un peu de celui dont je viens de parler, mais les suites de l'opération ne sont pas tout-à-fait aussi simples, du moins dans les deux cas que j'ai eu lieu d'observer. Il s'agit des opérations pratiquées dans des tissus chroniquement enflammés, au milieu de fistules et de clapiers baignés par un pus fétide.

On comprend que dans ces cas il serait illusoire de faire fonctionner le pulvérisateur (*spray*) pendant l'opération, il est complétement inutile d'empêcher les germes atmosphériques de venir toucher la surface traumatique du moment où cette surface en est déjà imprégnée. On fait donc l'opération à l'air libre; une fois qu'elle est terminée on râcle vigoureusement les clapiers et les fistules avec une sorte de petit grattoir et l'on badigeonne ensuite toute la plaie avec un morceau de linge trempé dans une solution étendue de chlorure de zinc et tenu avec une pince ; on espère détruire ainsi tous les germes qui sont dans la plaie, et alors seulement on fait fonctionner le pulvérisateur pour faire les sutures et terminer le pansement Lister ordinaire.

Il paraît que le plus souvent on obtient à la suite de ces opérations la réunion immédiate sans suppuration, mais je dois dire que dans les deux cas que j'ai observés il y a eu au début quelques phénomènes inflammatoires. Les pre-

(1) Voir le n° 2.

miers jours il y eut un état fébrile assez notable, la température était à 38° et même un peu au-dessus, les parties étaient rouges et tuméfiées, bientôt il se fit par les ouvertures des drains un écoulement assez abondant de pus, et l'on remplaça alors le pansement Lister par un pansement au lint boracique; mais chose curieuse, malgré ces symptômes inflammatoires du début, la guérison fut très-rapide et la réunion des parties se maintint. Ces phénomènes inflammatoires tiennent-ils à ce que le chlorure de zinc détermine par son contact une irritation intense des tissus, ou bien à ce qu'on n'a pu détruire complétement les substances septiques qui existaient dans les tissus sur lesquels on opérait ? On n'hésite pas à Edimbourg à repousser la première interprétation et l'on admet qu'on n'a pu dans ces cas se débarrasser entièrement des produits septiques, en tout cas on peut dire que l'inflammation consécutive à ces opérations a un pronostic bien peu grave, et que le tout revient bientôt à la normale.

Voici les deux faits que je puis citer à l'appui :

Le 8 août, M. Chiene pratique une résection du coude droit chez un jeune homme de 25 ans environ. Le coude est volumineux, avec peau rouge et amincie, et il existe trois ou quatre fistules baignées par un pus sanieux en arrière de l'articulation près de l'olécrâne. Après avoir lavé énergiquement la peau avec une éponge trempée dans la solution phéniquée, M. Chiene fait l'opération (procédé à incision postérieure) il enlève 2 à 3 centimètres d'humérus et 1 à 2 des os de l'avant-bras. Les tissus intéressés par le bistouri sont fongueux, gélatineux; on râcle ces tissus avec le petit grattoir et on les badigeonne avec la solution de chlorure de zinc. Ligatures faites avec le catgut, pulvérisation phéniquée, drain remplacé par un faisceau de fils de catgut, puis l'on suture les deux lèvres de l'incision postérieure en faisant passer le drain entre deux points de suture. Pansement Lister. Le soir, 37° 9. Le 11 août on enlève le pansement, il est imbibé par un peu de liquide sans aucune odeur, le protective est un peu blanchi ; l'état local est superbe, pas trace de gonflement ni de rougeur, la réunion par première intention semble certaine. On remet le pansement Lister. — Le 12 et le 13 août état fébrile notable, face vultueuse, pouls fréquent, le coude est rouge et gonflé, il est évident qu'il y a rétention ; on sectionne les fils des sutures, il s'écoule du pus par le point où sort le drain, mais la réunion des lèvres de la plaie se maintient ; quelques petites taches noires sur le protective. — 14 août, pansement renfermant une certaine quantité de pus, introduction d'un tube à draînage et pansement avec le lint boracique. — A partir de ce jour, l'état fébrile tombe, l'écoulement purulent persiste quelques jours, le 22 août il a presque cessé, la réunion immédiate se maintient très-bien. — Le 28 août, la guérison est complète ; état général absolument normal ; pas trace de rougeur ni de gonflement ; cicatrisation terminée. Le malade n'a plus aucun pansement et il commence à faire exécuter quelques mouvements à son articulation.

J'ai observé dans le service de M. Annandale un autre fait qui semble absolument calqué sur celui-ci ; aussi je serai bref. Il s'agit d'un jeune garçon de dix ans ayant une tumeur blanche du genou gauche et auquel on fit l'amputation dans la cuisse au tiers inférieur ; comme dans le cas précédent, on incisa au milieu de tissus fongueux, et à la fin de l'opération on râcla ces tissus puis on les badigeonna avec le chlorure de zinc. Les jours suivants il y eut aussi des phénomènes inflammatoires, suppuration par les drains. Le 24 août, on remplace le pansement Lister par le lint boracique. Le 28 août, quand je quittai Edimbourg, il y avait encore une suppuration assez abondante par le drain, mais la température était normale, les lambeaux étaient très-bien réunis sauf au niveau du drain, le moignon avait fort bel aspect, sans rougeur ni gonflement ; en un mot il y a tout lieu de supposer que cela s'est passé ici comme dans le cas précédent.

VI.

Dans le court résumé que je viens de faire j'ai parlé absolument de tous les cas principaux dans lesquels j'ai vu employer le pansement Lister ; on ne peut donc m'accuser de faire un choix et de présenter seulement les faits favorables. Plusieurs de ces cas sont regardés généralement comme très graves, et cependant non-seulement aucun malade n'est mort, mais chez aucun il n'est survenu de frisson, et l'état général n'a jamais été un seul instant alarmant. En voyant de pareils résultats, je suis revenu persuadé que le chirurgien qui veut s'entourer sérieusement de toutes les précautions nécessaires est maître de l'infection purulente. Il est évident que si on fait l'essai de la nouvelle méthode du bout des doigts et avec une arrière pensée de scepticisme, on omettra bien des détails et les aides n'auront peut-être pas toujours la précaution de prendre ces mille soins minutieux qu'on ne peut leur recommander chaque fois ; mais si on accepte complétement la théorie et si on y conforme rigoureusement sa manière de faire, on ne sera pas long à enregistrer les succès.

C'est par ces moyens que l'on arrivera en peu de temps à modifier tout-à-fait l'hygiène d'une salle et même d'un hôpital. Ce n'est peut-être pas du jour au lendemain qu'un pareil résultat pourra être obtenu, mais en diminuant peu à peu les suppurations fétides et les fièvres chirurgicales, l'atmosphère de la salle se purifiera et l'on verra les accidents devenir de plus en plus rares. C'est là un point qu'il est important de noter, car un chirurgien faisant consciencieusement le pansement Lister dans une salle remplie d'infections purulentes pourrait bien n'obtenir au début que des demi-succès ; on comprend en effet, d'après ce que nous avons dit, qu'il suffira dans ces cas d'une légère omission ou d'un petit défaut dans le pansement pour que l'air infecté venant au contact de la plaie, il y ait inoculation.

L'infection purulente et les autres fièvres septicémiques étant écartées, toute une nouvelle pratique chirurgicale est créée. De nouvelles indications se posent, ici pour conserver, là pour opérer. Le pronostic des fractures compliquées change du tout au tout ; l'ouverture d'une articulation dans un traumatisme n'est plus une indication d'amputer. D'autre part, on n'a plus à redouter l'ouverture des abcès par congestion, on peut draîner des arthrites suppurées du genou, réséquer des tumeurs blanches avant que l'affection ne soit tellement avancée qu'on n'ait plus de ressource que dans l'amputation ; on peut enfin sans danger mettre à nu un os en cas de déformation rachitique ou de pseudarthrose : Voilà ce que j'ai vu faire sans danger avec le pansement Lister (1).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. CHARCOT.

XXIII[e] LEÇON. — De la Cirrhose vulgaire (2).

(Résumé de la leçon du 23 juin.)

Messieurs,

Je me suis appliqué dans la dernière séance à vous faire connaître les modifications remarquables tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique, subies par le système porte abdominal sous l'influence qu'éprouve, en cas de cirrhose, dans son passage à travers le foie, le sang qui de l'intestin et des annexes se dirige vers les veines sus-hépatiques. Actuellement, nous devons rechercher en quoi consistent les altérations du système vasculaire intra-hépatique d'où dérivent ces modifications. C'est là, Messieurs, une question difficile qui est loin, tant s'en faut, d'être tout-à-fait résolue. Mais, avant de l'aborder, je crois utile d'entrer dans l'exposé des lésions de la trame conjonctive et du parenchyme hépatique que révèle le miscrocope, appliqué à l'étude du foie granuleux.

I. Tout d'abord, permettez-moi de vous remettre en mémoire les caractères importants fournis en pareil cas par l'examen de coupes durcies, fait à l'aide de faibles grossissements. Vous n'avez pas oublié la disposition *annulaire* qu'offrent les travées épaissies de la capsule de Glisson ; vous vous souvenez aussi que les grands anneaux, dits de premier ordre, englobent des groupes de lobules, séparés les uns des autres par des tractus ou anneaux de second ordre. Un fait qui frappe de suite l'œil de l'anatomiste lorsqu'il cherche à s'orienter, c'est que les lobules qui constituent ces groupes sont en quelque sorte fondus ensemble. Les espaces et les fissures s'y distinguent moins bien qu'à l'état normal et l'orientation est rendue d'autant plus laborieuse que la veine centrale, ce point de

(1) Je n'ai voulu parler ici que des faits que j'ai observés moi-même ; on pourra lire dans le livre de Lucas-Championnière les statistiques merveilleuses de Saxtorph et de Wolkman.

(2) Voir les n[os] 13 à 35 ; — 38, 39, 40, 41 et 42.

repère par excellence dans les conditions physiologiques, est ici très-difficile à retrouver.

Tel est l'aspect des choses, du moins dans les points où les lésions ne sont encore qu'à une période relativement peu avancée. Si maintenant, à l'aide de ces forts grossissements nous examinons successivement : les travées annulaires et la substance des lobules, nous reconnaissons ce qui suit :

1° Les tractus sont constitués par du tissu conjonctif aux diverses phases de son développement. Ici, les cellules embryonnaires, là les cellules fusiformes et bientôt le tissu conjonctif fibrillaire, adulte, enfin le tissu de rétraction.

2° Pour ce qui a trait au parenchyme, je ferai remarquer que la limite entre l'aire des cellules et celle des tractus est brusque, heurtée, sans transition; on ne voit pas, comme dans d'autres formes de la cirrhose, la cirrhose hypertrophique par exemple, le tissu conjonctif pénétrer la partie périphérique du lobule sous forme de bandelettes. Les colonnes de cellules hépatiques n'ont plus dans leur disposition rayonnée la régularité rectiligne de l'état normal; elles sont recourbées, brisées, bouleversées, si l'on peut ainsi dire. C'est là, sans doute, en même temps que l'effacement des espaces et des fissures, un des effets de la pression réciproque que subissent les divers lobules englobés dans un même anneau. Il est très intéressant d'étudier ensuite les cellules individuellement : on est surpris de voir que celles-ci ne sont pas déformées, aplaties, comme on aurait pu s'y attendre, sauf peut-être dans la zone la plus externe où il y a sur deux rangées parfois un certain degré d'aplatissement. Toutefois, avec un peu plus d'attention, on finit par distinguer dans quelques-uns des lobules qui bornent les granulations, plutôt dans les parties centrales de ceux-ci que dans les parties périphériques un nombre variable de points, de foyers, où les cellules, ayant conservé la forme polygonale, sont devenues de très petites dimensions. En somme, c'est par le mécanisme de l'atrophie simple que les cellules semblent disparaître sous l'influence en partie au moins d'une pression qui s'exerce dans toutes les directions. Quoi qu'il en soit les espaces habituellement radiés et les capillaires qui les parcourent persistent, ainsi que nous le dirons bientôt.

Les cellules présentent une pigmentation plus ou moins prononcée qui leur donne un aspect sombre ; de temps en temps, on en trouve qui sont infiltrées de granulations graisseuses, mais cela n'est nullement nécessaire et les lésions les plus accusées de la cirrhose vulgaire peuvent exister sans qu'il y ait des traces d'altération granulo-graisseuse des cellules hépatiques. M Frerichs dit n'avoir observé cette lésion que dans la moitié des cas de cirrhose qu'elle qu'en fût l'origine. Que penser, après cela, de l'assertion des personnes qui pensent que l'infiltration est un caractère du foie granuleux alcoolique, un trait qui lui imprime un cachet spécial, une physionomie à part ?

Si nous considérons maintenant des parties du foie où l'altération est plus avancée, nous constatons les lésions suivantes : *a*) Des tractus de second ordre, on voit partir des travées ayant la forme d'un promontoire obtus ou acuminé à son extrémité libre et qui vont à la rencontre d'autres travées du même genre; il en résulte que bientôt chaque lobule tend à être individuellement circonscrit de toutes parts. Alors, ainsi que vous le voyez, la cirrhose annulaire peut devenir monolobulaire. — Mais, ce n'est pas tout. De ces travées de troisième ordre se détachent des processus qui pénètrent dans la substance du lobule qu'ils divisent en plusieurs compartiments et ceux-ci, à leur tour, subissent une division du même genre. MM. Ranvier et Cornil ont représenté très-fidèlement ces dispositions sur la figure 100 de leur *Manuel* (p. 193). Il est facile de s'assurer que, quand la base de ces processus est déjà fibroïde, l'extrémité qui s'enfonce dans la profondeur du lobule est encore composée du tissu embryonnaire. En somme, le résultat c'est que le lobule peut se trouver en quelque sorte scindé en un certain nombre de lobules secondaires; ceux-ci, serrés de plus près, finissent par disparaître. On en voit où le parenchyme n'est plus représenté que par deux ou trois cellules.

Cette destruction par morcellement et compression combinées ne se produit pas d'une façon égale dans toute l'étendue du parenchyme hépatique.

Elle prédomine çà et là sur certains points, et ainsi s'expliquent les déformations si prononcées parfois que présente le foie granuleux.

II. Laissons les cellules et la gangue conjonctive et passons en revue les autres éléments qui entrent dans la composition du foie. Les vaisseaux en premier lieu, et plus particulièrement les ramifications de la veine porte, doivent fixer notre attention.

J'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion, Messieurs, de signaler que c'est dans l'affection de ces vaisseaux et du tissu conjonctif qui y confine immédiatement que doit être cherché, suivant la plupart des auteurs, le point de départ des altérations de la cirrhose annulaire. « La cirrhose, dit Budd *loc. cit.*, p. 143), est la conséquence d'une inflammation *adhésive* du tissu *aréolaire* au voisinage des petites branches de la veine porte. » De nos jours, l'histologie donne plus de précision à cette vue. Suivant M. Klebs (1), les éléments lymphatiques ou embryonnaires se voient d'abord durant les premiers stades de l'altération granuleuse du foie, dans les parois même des veines et à leur voisinage immédiat, dans la capsule de Glisson. M. Cornil mentionne les mêmes particularités.

La phlébite porte et la périphlébite seraient donc dans le foie granuleux l'occasion d'une hépatite scléreuse généralisée; ce qui rappelle ce que nous avons vu à propos des canaux biliaires dans la cirrhose hypertrophique.

L'expérimentation, d'ailleurs, a mis en relief la production d'une lésion de la gangue conjonctive de tout le foie, consécutivement à une lésion des vaisseaux portes produite en dehors du foie. Je vous rappellerai à cette occasion les expériences de M. Solowieff, expériences qui mériteraient à tous égards d'être reprises; elles forment pour ainsi dire le pendant des expériences relatives à la ligature du canal cholédoque. Je crois opportun de résumer ce qu'a vu M. Solowieff (2) : Dans le cas où l'occlusion ayant été produite par une ligature peu serrée, l'animal a pu survivre un ou deux mois à l'opération, le foie est volumineux, plus dense et crie sous le scalpel. On trouve des thrombus dans les ramifications des veines portes intra-hépatiques; de jeunes cellules se voient dans l'épaisseur des parois des veines, dans leur voisinage immédiat, et, à une période plus avancée, on observe sur ces mêmes points du tissu fibrillaire. Cet ensemble de caractères ne compose certainement pas une exacte reproduction expérimentale de la cirrhose granulée; mais on ne peut s'empêcher d'y reconnaître certaines analogies entre les deux ordres de faits.

4° D'après ce qui précède, il y a lieu, suivant toute vraisemblance, d'admettre dans la cirrhose vulgaire, à titre de phénomène primitif, initial, l'existence d'une phlébite et d'une périphlébite portes intra-hépatiques. Reste à savoir quelles sont les parties de la veine porte qui sont ainsi originellement affectées. Assurément, ce ne sont pas, du moins aux périodes initiales du processus, les ramifications les plus fines, les interlobulaires, puisque, ainsi que nous l'avons vu, les espaces qui séparent les lobules ne sont pas le premier siége du mal. Ce ne sont pas non plus les branches les plus volumineuses, car en général, par la dissection, on trouve celles-ci parfaitement intactes, c'est donc la partie intermédiaire entre les deux extrêmes et qu'on pourrait appeler, pour abréger, système des *vaisseaux prélobulaires* qu'il faut incriminer, si l'on se reporte à la disposition normale des vaisseaux de cet ordre, on arrivera peut-être à comprendre — en supposant qu'ils soient tous le point de départ d'une prolifération, d'une végétation conjonctives — les apparences révélées par l'examen pratiqué à l'aide de faibles grossissements. Il y a à considérer dans le mode de distribution des vaisseaux portes, en outre des branches formées par la division dichotomique, les branches dites vaginales (Kiernan), dirigées perpendiculairement et dont les principales circonscrivent un certain nombre de lobules ou groupes de lobules. On peut imaginer que ces vaisseaux qui ne s'anastomosent pas entre eux dans les conditions normales, se rejoignent sous l'influence des conditions pathologiques, en même temps que le tissu embryonnaire se développe à leur voisinage immédiat. Ainsi prendraient naissance les travées annulaires de premier ordre. La formation des travées de deuxième et de troisième ordre s'effectuerait à mesure que le processus pathologique s'étend jusqu'aux espaces interlobulaires ou même pénètre plus avant.

5° Quelles sont les phases ultérieures du processus ? On les ignore à peu près complétement. On sait toutefois qu'à un moment donné et contrairement à l'opinion que pourrait faire naître la comparaison avec le tissu cicatriciel, les travées conjonctives présentent une vascularisation très-accentuée, très-riche et que les vaisseaux de formation nouvelle s'écartent par leur arrangement, et par leur structure du type physiologique. On peut dire qu'il se fait une sorte de remaniement du système vasculaire des espaces.

Sur des préparations bien injectées, le nombre de ces vais-

(1) Klebs. *loc. cit.*, p. 425.
(2) *Centralblatt*, 1872.

seaux est le plus souvent si considérable qu'on a en quelque sorte sous les yeux un véritable tissu caverneux (Rindfleisch). 2° Il s'agit là de vaisseaux tortueux, volumineux, bien qu'ayant la structure de capillaires embryonnaires ; ils sont en d'autres termes privés de paroi propre ; ils paraissent creusés dans le tissu de jeunes cellules ou déjà adulte et limités, seulement par une couche endothéliale.

Il est certain que ces vaisseaux sont en connexité étroite avec le système porte intra-hépatique car, lorsque les troncs portes ne sont pas oblitérés, l'injection y pénètre par cette voie. D'un autre côté, ils ont une communication facile avec les lobules restants dont les capillaires s'injectent en même temps. Suivant une remarque qui appartient à M. Frerichs, la disposition radiée des vaisseaux intra-lobulaires persiste plus ou moins tant qu'il reste des cellules capables de représenter un lobule et que, dans la plupart des cas l'injection de ces derniers lobules s'opère facilement par les veines sus-hépatiques. Il semble d'après cela que la partie moyenne de la veine porte (Système des veines prélobulaires) se soit en quelque sorte *capillarisée*, les capillaires des lobules et les grands troncs veineux conservant seuls, du moins dans la règle, le type régulier.

Quoiqu'il eu soit, pendant longtemps, malgré ces altérations, la circulation s'opère encore dans le foie, des intestins vers la veine sus-hépatique ; toutefois, elle y est bientôt gênée, ralentie par suite de la disparition d'un certain nombre de lobules, laquelle entraîne la disparition des veines centrales correspondantes, et aussi en raison de l'état embryonnaire des vaisseaux de formatiou nouvelle : il faut tenir compte enfin de la tendance progressive au rétrécissement des canaux portes. Cette tendance est rendue évidente par la difficulté qu'on éprouve à pousser les injections par la veine porte dans les cas un peu avancés. C'est dans ces conditions que se produisent les voies collatérales et, en leur absence, les phénomènes de la stase dans le système de la veine porte.

A mesure que les travées, qui portent les vaisseaux dont nous donnions tout à l'heure la description, pénètrent dans les lobules, les cellules du foie et simultanément les capillaires qui séparent les rangées cellulaires tendent à disparaître.

On peut se demander, sans pouvoir espérer résoudre la question, quant à présent, si les vaisseaux qui forment le système lacunaire sont réellement des vaisseaux préexistants, modifiés par l'état pathologique, ou bien des vaisseaux de formation nouvelle. Il y a lieu de remarquer à ce propos que le système lacunaire paraît être en communication très-large avec les artères hépatiques. Nous avons fait ressortir déjà que, d'après M. Frerichs, le tronc de l'artère hépatique est, dans la cirrhose vulgaire, parfois très-manifestement dilaté. Or, d'après le même auteur, en poussant les injections à la fois par les veines portes, par les artères et les veines sus-hépatiques, on voit : 1° que le nombre des vaisseaux du système lacunaire injecté par l'artère est souvent plus grand que celui de ces mêmes vaisseaux injecté par la veine porte ; 2° que, par la voie des artères, il est possible d'injecter les capillaires des lobules restants. Il semble découler de ces faits que le système artériel tend pour ainsi dire à se substituer partout au système veineux intra-hépatique et qu'il paraît remplir, en quelque sorte jusqu'à la dernière limite taut qu'il reste des cellules hépatiques, les fonctions qui sont dévolues à ce dernier.

Telles sont les principales notions que nous possédons, concernant les modifications du système vasculaire intra-hépatique dans la cirrhose vulgaire. On peut peindre la situation en disaut que par suite de la distinction des cellules hépatiques le foie tend à se transformer progressivement en une trame fibroïde offrant un système vasculaire dans lequel le sang afflue par les artères et sort par les voies supplémentaires qui font communiquer la veine porte avec le système ~~nerveux~~ général. Mais, jusqu'à la dernière limite, il reste un assez grand nombre de lobules contenant des cellules hépatiques et où le sang pénètre dans les capillaires intra-lobulaires en partie par la voie des artères, en partie par la veine porte, et s'écoule, comme dans les conditions normales, par la veiue sus-hépatique. C'est par ce mécanisme, sans doute, qu'il est possible d'expliquer comment dans la cirrhose vulgaire la sécrétion biliaire continue à s'opérer jusqu'au terme ultime (1).

6° Je serai bref sur ce qui concerne l'état des voies biliaires, dans cette forme de cirrhose. Les [illegible] volumineux ne présentent pas d'altération sensible ; quant aux canaux interlobulaires, dans la règle, ils ne se développent pas comme dans la cirrhose hypertrophique. Ils paraissent cependant pouvoir s'hypertrophier accidentellement çà et là, ainsi que nous l'avons vu sur une préparation relative à un foie atrophique sans ictère qui nous a été remise par MM. Pitres et Léger. Selon toute vraisemblance, l'appareil des voies biliaires intra-lobulaires se détruit du centre à la périphérie, au fur et à mesure que les cellules hépatiques disparaissent. Il en résulte que la sécrétion biliaire peut se trouver supprimée partiellement sans qu'il y ait ictère. La bile est diminuée en quantité, modifiée également dans ses qualités si l'on en juge par la coloration jaune orangé qu'elle offre souvent. Mais des irrégularités peuvent survenir dans ce processus de destruction, et les gros conduits s'oblitérer alors que les capillaires et les cellules ne sont pas encore détruits et continuent à sécréter la bile. Eu semblable occurrence, l'ictère se produit, sans doute par un mécanisme analogue à celui que nous avons mentionné à propos de la cirrhose hypertrophique. Le fait est que, parfois, dans la cirrhose atrophique, on trouve à l'autopsie la vésicule et les principales voies biliaires complétement privées de bile. Nous vous avons montré, Messieurs, un exemple de ce geure à l'une des séances de notre cours pratique.

III. Je terminerai en passant brièvement en revue les symptômes qui révèlent cliniquement la cirrhose vulgaire, afin de rechercher dans quelle mesure leur pathogénie est éclairée par les connaissances anatomo-pathologiques que nous avons recueillies.

Je ne reviendrai pas sur les divers phénomènes, déjà suffisamment étudiés, de la *stase du sang* dans les vaisseaux portes abdominaux. Je ne parlerai donc pas de l'*ascite*, du *catarrhe gastro-intestinal*, des *hémorrhagies stasiques*. Je relèverai cependant, en passant, que toutes les hémorrhagies qui se produisent dans la cirrhose du foie ne peuvent pas s'expliquer toujours par la raison mécanique : telles sont, entre autres, les hémorrhagies nasales, celles qui succèdent aux piqûres de sangsues, le purpura, et qui se montrent même dans les phases peu avancées, ainsi qu'on en a fourni récemment uu exemple à la *Société anatomique*. Déjà Bright avait invoqué, pour en rendre compte, une altération de la crase du sang. Mais, en quoi consiste cette altération et quelle est l'influence qui lui donne naissance ? C'est ce qu'on ne sait pas quant à présent.

Uu mot sur la *tuméfaction de la rate*. Quelques auteurs, Bamberger et Oppolzer, en font un accompagnement à peu près constant et par conséquent un symptôme très-important dans l'histoire de la cirrhose. Bamberger, sur 36 cas, n'a vu que deux exceptions et encore dans ces derniers cas y avait-il un épaississement de la capsule splénique ayaut pu contrebalancer l'influence de la stase. Toutefois, l'absence de tuméfaction splénique, notée dans la moitié des cas par Frerichs, ne peut pas s'expliquer constamment par la présence de cette lésion. Aussi quelques auteurs (Virchow, Niemeyer), sans nier l'influence de la stase ont-ils admis que la tuméfaction splénique est le plus souvent un phénomène *coordonné* et non pas une conséquence toute mécanique.

Nous savons que l'*ictère* n'est pas un phénomène fréquent dans la *cirrhose vulgaire* et nous avons cherché à établir que, quand il existe, il n'est pas indispensable de faire intervenir toujours l'existence hypothétique d'un catarrhe ou d'une compression du canal cholédoque.

Uu point qui, jusqu'à ces derniers temps, n'a pas été suffisamment mis eu relief, c'est que les troubles de la nutrition plus ou moins rapide que détermine la cirrhose du foie ne sont pas toujours susceptibles d'être rattachés aux lésions gastro-iutestinales d'origine stasique, mais que, souvent, ils dérivent, suivant toute probabilité, des perturbations apportées dans les fonctions diverses dont le foie paraît chargé d'après les recherches nouvelles. Je fais allusion à la fonction d'hémopoiese et, plus particulièrement à la fonction glycogénique et à la fonction désassimilatrice. Trouble de la fonction glycogénique, dimiuution du taux de l urée.)

Un autre caractère qui se rapporte plus ou moins directement au trouble de ces fonctions, c'est l'altération des urines qui sont très-chargées de matières colorantes et d'urates. S'agit-il là, en ce qui concerne les urates, d'un simple phénomène de concentration des urines ? on l'ignore. Je ne crois pas que le dosage ait été régulièrement établi par l'analyse des urines recueillies peudant 24 heures. Relativement à la matière colorante, on comprend que ce principe qui dérive de la matière colorante biliaire, laquelle semble dériver elle-même de la matière colorante du sang, soit rendue en excès quand la bile est sécrétée d'une manière très-imparfaite.

J'achèverai cette leçon en vous donnant quelques renseignements sur les *complications* les plus habituelles de la cirrhose vulgaire. Autrefois, on comptait parmi les complica-

(1) Voir le schéma de la planche III, fig. 2, de l'*Atlas* de Frerichs.

tions les maladies du cœur. Ainsi, dans un mémoire bien connu, Becquerel relevait, sur 42 cas de cirrhose, 21 cas de maladies organiques du cœur. C'est que Becquerel avait confondu la cirrhose avec le foie muscade ou cardiaque. Aujourd'hui que la distinction est faite, cette complication n'existe plus. Bamberger, sur plus de cent cas de maladies du cœur, n'a rencontré que deux cas de cirrhose. Sur 30 cas de cirrhose rassemblés par le même auteur, le cœur était normal, sauf dans les deux cas ci-dessus. Nous allons voir cependant une combinaison dans laquelle l'hypertrophie du cœur et la cirrhose pourraient coïncider.

La maladie de Bright, dans sa forme atrophique, est quelquefois sous la dépendance de l'alcoolisme. Il n'est donc pas singulier de la voir coexister assez fréquemment avec la cirrhose. Sur 40 cas de cirrhose du foie (1), réunis par M. Dickinson, et pour la plupart d'origine alcoolique, les reins étaient granuleux dans 8 cas ; le rapport est donc de 1 à 5. Mais bien souvent la néphrite interstitielle échappe à cette étiologie. Sur 250 cas de dégénérescence granuleuse, le foie a été envahi 37 fois ; la proportion est donc de 1 sur 7. Les chiffres de M. Stewart concordent avec les précédents : ainsi sur 100 cas de rein contracté, il a trouvé 15 cas de cirrhose, soit 1 sur 6. En supposant que tous les cas de cirrhose où il y a eu coïncidence fussent d'origine alcoolique, on pourrait comprendre la situation ainsi qu'il suit : Le foie est l'organe affecté le premier et le plus fréquemment par l'alcool dont il reçoit en quelque sorte l'action directe. Le rein, placé plus loin, n'est touché qu'indirectement et échappe de fait le plus souvent à cette influence. Il ne faudrait pas dans un cas de cirrhose conclure à la réalité de la néphrite albumineuse, par la seule constatation de l'albumine dans les urines. En effet, toutes les fois qu'il y a ascite, ainsi que l'a fait remarquer M. Murchison, la compression des veines rénales peut avoir pour conséquence de faire passer dans les urines une certaine quantité d'albumine qui disparait lorsque la ponction est pratiquée. (*Fin*).

(1) Dickinson, *loc. cit.*, p. 240.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Enseignement obstétrical et gynécologique à Paris et en Allemagne.

En France, aussi bien qu'en Allemagne, par le titre de docteurs, les médecins sont déclarés capables en l'art des accouchements et autorisés à l'exercer. Les garanties, demandées par l'Etat, en échange du brevet, sont différentes pour les deux pays. En France, un examen théorique et rarement pratique suffit ; en Allemagne et en Autriche, on exige, en outre, un certificat de stage pendant six mois et une déclaration du professeur titulaire, établissant que le candidat a pratiqué au moins quatre accouchements.

Ces règlements sont appliqués par nos voisins avec une certaine rigueur. Dans les petites universités, le contrôle est simple et l'enseignement facile à donner. Les élèves sont répartis par groupes de 10 à 20 ; chacun de ces groupes occupe pendant un mois les logements annexés à la maison d'accouchements, suit la marche physiologique des accouchements, exécute les opérations urgentes sous la surveillance du professeur ou des assistants. Il en est ainsi à Munich et dans d'autres universités, et nous nous souvenons encore du dortoir des étudiants à l'Institut de Prague, rappelant par ses proportions et son aménagement plus que modeste, les dortoirs de collége. Dans les grandes universités, telle que Vienne, le casernement provisoire des élèves étant impossible, les étudiants, inscrits pour un semestre et divisés en séries, reçoivent des cartes pour les deux cliniques d'accouchement. Ils sont admis dans les salles pendant vingt-quatre heures consécutives et aussi souvent que le nombre des séries le permet : dans le dernier semestre la même série revenait tous les dix jours chez le professeur C. Braun ; tous les cinq jours chez le professeur Spaeth. Grâce à cette organisation, aucun étudiant ne peut se récrier contre le programme qui l'oblige à témoigner de sa compétence pratique en accouchement : chacun a eu ses heures d'exercice bien réglées et tous les moyens pour s'instruire avec économie de temps et de déplacement.

A Paris les examinateurs ne sont pas moins sévères qu'en Allemagne, et cependant le candidat peut réclamer à bon droit contre le juge qui le condamne ; car son défaut d'instruction ne tient pas à un manque de zèle de sa part, mais à l'insuffisance de l'enseignement lui-même.

Les 6,000 étudiants en médecine de Paris, répartis en 4 annuités scolaires, donnent le chiffre colossal de 1500 élèves que la Faculté a le devoir de préparer tous les ans à l'examen d'accouchements. Le professeur Pajot, divise son cours en deux années ; il s'adresse seulement à 800 élèves à la fois, à cause de l'exiguïté de l'amphithéâtre ; son enseignement si merveilleusement donné est donc quatre fois insuffisant (1). Que dire de l'enseignement pratique ? Dans l'état actuel, une seule clinique, celle du professeur Depaul est ouverte à 1,500 élèves par an. Or, si nous admettons que pour acquérir un minimum d'instruction, il faut suivre les leçons cliniques pendant 6 mois, et pratiquer pendant 1 mois, on établira, par un calcul bien simple, que ce n'est pas à 1,500 étudiants que la Faculté de Paris parvient à enseigner pratiquement les accouchements, mais à 200 environ ; 1,300 restent exclus des leçons du maître et sont autorisés à apprendre les accouchements dans un mauvais manuel et sur un mannequin.

Mon ami, M. Bourneville, dans un article paru dans ce journal, trouvait opportun que l'on songeât à établir dans Paris la Polyclinique d'accouchements ; je m'étais même chargé de lui fournir quelques renseignements, recueillis en Allemagne et notamment à Munich, où ce service fonctionne depuis 1848. Mais il me semble qu'avant d'envoyer les élèves en ville, assister une femme en couches, avant de les abandonner presque à eux-mêmes, il s'agit de quelque chose de plus pressé : il s'agit de leur donner l'enseignement didactique fondamental, celui qui se donne à la Clinique même : or, nous l'avons dit, le plus grand nombre en est privé. Comment nous étonner, après cela, si les sages-femmes prennent, dans la clientèle riche et dans les grandes villes, le pas sur les médecins, au grand détriment des malades.

L'insuffisance numérique du corps enseignant est par trop criante ! Que peuvent faire les deux éminents professeurs de la Faculté de Paris, en présence de 1,500 élèves. En Allemagne pour un chiffre un peu inférieur, 1,450, on compte 31 professeurs titulaires. Chaque professeur est chargé à la fois de la partie clinique et de l'enseignement théorique et fait souvent deux cours par jour. On ne saurait en demander autant à nos maîtres, déjà trop surchargés par les examens et les réunions scientifiques.

A chaque professeur, en Allemagne, se joignent un certain nombre de professeurs extraordinaires ou de privat-docentes qui font des cours abrégés ou des exercices opératoires. A l'université de Vienne, 13 cours étaient inscrits dans le programme de l'Université pour le dernier semestre ; à Leipsig, nous en avons compté 13 aussi pour 300 élèves. Nous ne croyons pas qu'à Paris nous ayons à citer

(1) M. Pajot ne fait plus son cours que d'une façon très-irrégulière.

beaucoup d'agrégés qui remplissent ces fonctions supplémentaires; à peine si, à l'Ecole pratique, quelques candidats à l'agrégation se livrent à des exercices de paroles, sous forme de leçon.

En Allemagne, à l'enseignement des professeurs ordinaires et extraordinaires et des privat-docentes, vient s'ajouter celui des assistants. Chaque clinique a deux assistants; chaque assistant fait en moyenne 6 cours par an; c'est un renfort des plus puissants. A Paris, l unique professeur de clinique n'a qu'un seul chef de clinique qui se multiplie et se dévoue mais est écrasé par le nombre.

Au total, nous trouvons: en Allemagne un personnel de 100 maîtres pour 1,450 élèves; en France, deux professeurs et un chef de clinique pour 1,500 élèves.

En poursuivant cette comparaison, nous pouvons signaler encore quelques points dignes de remarque. Dans les petites universités d'Allemagne, l'étudiant ne perd pas son temps en courses d'un hôpital à l'autre. Il suit la clinique médicale de 7 à 8 heures du matin, la clinique chirurgicale de 8 à 9 heures et il se rend alors dans la maison d'accouchements qui est à deux pas, dans des villes qui dépassent rarement cent mille habitants. A Paris, on n'a pas pensé à choisir pour la leçon clinique d'accouchements une autre heure que celle qui est prise par les cours de clinique interne ou chirurgicale. Changerait-on même l'ordre des cours, que les pauvres étudiants de Paris auraient encore contre eux, la fatigue qui résulte d'un trajet de plusieurs kilomètres à parcourir, pour aller, par exemple, de l'hôpital Beaujon à l'esplanade du Luxembourg, où on leur donne rendez-vous pour apprendre les accouchements. Il faut que toutes ces conditions défavorables aux études sérieuses soient méconnues par bien des gens, puisque nous voyons, malgré cet état de choses, le nombre des étudiants en médecine augmenter tous les ans à Paris et dépasser dans son ensemble celui de la Prusse, de l'Allemagne, de l'Autriche réunies.

On peut dire également que si l'intérêt de l'enseignement prime tous les autres, en Allemagne, le côté philanthropique n'est point négligé. On le reconnait à ces Maternités somptueuses, qui font partie de l'orgueil de la nation et des villes. A Munich, le touriste est attiré vers la maison d'accouchements, fondée par le roi Maximilien II, aussi bien que vers tous les autres édifices publics de cette ville artistique. A Prague, l'Institut d'accouchements, ouvert il y a deux ans, représente l'établissement le plus complet que nous connaissions, avec ses trois cliniques distinctes; avec ses trois divisions séparées pour les malades indigentes, pour les payantes et pour celles qui désirent rester au secret. Les habitants de Prague sont largement récompensés de leurs sacrifices pécuniaires par l'affluence des médecins étrangers qui vont suivre les savantes leçons du professeur Breisky et de ses collègues. Rien dans ces établissements magnifiques n'a été abandonné aux caprices des architectes: tout a été prévu et surveillé par les professeurs eux-mêmes. Les salles spacieuses et d'un aménagement très-simple contiennent seulement quatre lits; les femmes en travail sont isolées, aussi bien que les accouchées et celles qui ont quelques suites de couches fâcheuses. Et cependant nous n'avons rien vu qui valût le pavillon de M. Tarnier à la Maternité. Le professeur d'accouchements reste le directeur et le maître absolu de l'Institut, il donne à chaque instant les ordres nécessaires à la bonne tenue et à l'assainissement de la maison. Aussi voyons-nous dans tous ces établissements la mortalité des accouchées descendre à un chiffre satisfaisant; elle est de 1 pour 0/0 à Munich, de 6 pour 00/00 à Prague; tandis qu'à Vienne où les salles et le service sont réglés d'après les anciens errements, la mortalité est encore de 2 à 3 pour 0/0 en moyenne.

La science aussi sait profiter de tous ces efforts, et nous devons reconnaître que l'Allemagne, autrefois notre cadette, s'est mise au premier rang dans les sciences obstétricales, grâce à de nombreux travaux, publiés dans ces dernières années.

C'est la conscience de notre force latente qui peut seule nous donner le courage de dévoiler les ressources de nos voisins. C'est l'espoir que rien ne nous serait plus facile que de sortir de cette léthargie, qui nous permet de reconnaître avec tant de sincérité les vices de notre organisation. Que nous manque-t-il, en effet, pour donner à chaque élève le degré d'instruction indispensable? Est-ce le matériel? mais n'avons-nous pas dans chaque hôpital un service spécial avec un nombre d'accouchements variant de 600 à 1,000 par an? Manquons-nous de professeurs? mais a-t-on résolu de réserver seulement la tâche ingrate d'examinateurs à des maîtres tels que Blot et Tarnier, ou à des agrégés comme MM. Bailly, Guéniot, Charpentier, Chantreuil? Leur place n'est-elle pas indiquée, à la tête de chacun des services d'accouchements dans les hôpitaux? N'est-ce pas autour d'eux que doivent se grouper tous les ans les 1,500 élèves, forcés d'apprendre l'obstétrique? Le professeur titulaire de la Faculté peut-il dédaigner de pareils auxiliaires?

Nous pensons qu'avec un peu d'entente entre la Faculté et l'administration de l'assistance publique, avec le ferme désir de ne voir que l'intérêt des élèves et des malades, on pourrait en peu de temps organiser un vaste enseignement obstétrical. Il faudrait ajouter à chaque service, une consultation journalière pour les malades externes, et une vingtaine de lits affectés à la gynécologie; en restreignant par certains réglements la disposition naturelle que pourraient avoir toutefois les professeurs d'accouchements à trop faire de gynécologie, dans leurs leçons, et pas assez d'obstétrique. (1)

Peut-être verrions-nous sortir de ces divers centres intellectuels, une vraie ligue en faveur de cette science des accouchements, qui est bien d'origine française! Le premier résultat serait la création d'une société d'obstétrique et de gynécologie, comme il en existe à Londres et à New-York. Je ne puis m'empêcher de terminer ce trop long article par une pensée décourageante: Pourquoi les rapports divers, adressés au ministre par nos professeurs, sont-ils muets sur les réformes à introduire dans l'enseignement des accouchements? Est-ce qu'ils le jugent complet et irréprochable. L. Thaon (de Nice).

(1) L'une des réformes les plus indispensables à introduire dans les hôpitaux de Paris, consiste à transformer les salles d'accouchements en véritables services et à instituer un concours spécial pour la nomination des médecins accoucheurs. (B.)

Concours. — *Internat.* MM. les volontaires d'un an, candidats à l'internat, subiront leur épreuve orale le lundi 30 octobre.

Externat. Voici les questions données jusqu'à ce jour: jeudi 5 octobre, *sterno-cléido-mastoïdien;* samedi 7, *rapports de l'estomac;* mardi 10, *brûlure;* jeudi 12, *extraction des dents;* samedi 14, *artère axillaire;* mardi 17, *cubital.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 octobre 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. GUÉRIN donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, le 15 octobre, dans la ville de Lure (Haute-Saône) à l'occasion de l'inauguration du buste de l'illustre chirurgien Desault.

M. LEROY DE MÉRICOURT présente au nom de M. le Dr Arlaud (de Toulon) un mémoire manuscrit. Ce mémoire contient deux chapitres : le premier comprend une étude anatomo-pathologique sur la matière et le rôle des corps de Pacchioni; le deuxième explique le rôle de ces mêmes corps dans l'opération du trépan.

M. PIORRY, à propos du débat engagé dans les précédentes séances, concernant l'allaitement et le sevrage des enfants et des jeunes animaux expose ses idées personnelles, fruit d'une longue expérience. Il conclut en ces termes : « La meilleure nourriture de l'enfant, c'est le lait. »

M. Ch. ROUGET entretient l'Académie de recherches qu'il a faites sur l'appareil électrique de la torpille. — Il résulte de l'analyse histologique des éléments constituants des disques électriques de la torpille, exposée dans mes deux précédentes communications, qu'on ne rencontre dans ces organes, en outre des ramifications des fibres nerveuses, et de la lame nerveuse réticulée, rien autre chose que des vaisseaux et des éléments cellules, fibrilles et membranes, appartenant tous aux tissus conjonctifs. Les éléments nerveux seuls font partie de la catégorie des formations organiques (*muscles* et *nerfs*) dans lesquelles on observe un développement ou plutôt une transformation de force.

Comme l'indiquait déjà Kölliker, en 1857, *les nerfs eux-mêmes sont la seule source de l'électricité de l'organe électrique de la torpille.* Par quel mécanisme les éléments nerveux peuvent-ils produire ces effets? C'est une question dont la solution est, je crois, possible aujourd'hui. Les troncs et les ramifications des nerfs électriques possèdent, on le sait, des propriétés et des fonctions semblables à celles des nerfs moteurs; ce sont des nerfs à action centrifuge qui transmettent *la force de décharge* nécessaire à la transformation des énergies potentielles organiques (force de tension) en force vive. L'action que la décharge nerveuse exerce sur la force de tension accumulée par la nutrition dans les muscles (*contractilité*), dans les cellules et dans les réseaux de la substance grise centrale (neurilité) pour la faire passer à l'état de force excito-motrice, de sensation ou d'acte psychique, elle l'exerce aussi sur les lames nerveuses réticulées dont la disposition et la structure présentent la plus intime analogie avec celle des réseaux de la substance grise centrale des vertébrés (Gerlach) et des invertébrés (Leydig).

Dans les muscles et dans les centres nerveux, en même temps que se manifeste l'activité des forces organiques, sous forme de *contraction*, de *sensation*, de *pensée*, une fraction de ces forces de tension passe à l'état de force vive sous forme de chaleur, sous forme d'électricité. Dans les lames nerveuses réticulées de l'appareil électrique où ne se manifestent ni mouvements, ni sensation, la presque totalité de l'énergie potentielle (neurilité) accumulée par la nutrition dans le réseau nerveux terminal se transforme en électricité. Il n'y a là rien autre chose qu'un cas particulier de ces transformations de forces organiques en forces cosmiques, et inversement, qui sont l'essence même des manifestations de la vie.

La séance est levée à 5 heures. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances de mai 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

21. Péritonite tuberculeuse sans grande altération de la santé. — Mort 14 jours après le début des accidents; par M. AVEZOU, interne des hôpitaux.

Nathalie O., 48 ans, entrée le 10 mai 1876 à la Maison de Santé. (Service de M. LABBÉ.) Décédée le 14 mai.

Antécédents. — Cette femme, d'un fort embonpoint, est encore réglée. Elle est mère de trois enfants. De ces trois enfants l'un, âgé de 17 ans, est très-bien portant, les deux autres sont morts en bas âge, le dernier d'une méningite tuberculeuse. Pas d'antécédents du côté des parents. La dernière couche date de 8 ans. Quelques mois après, la malade fut prise d'accès de coliques, et rendit de petits graviers dans les urines. Bonne santé depuis cette époque. Par intervalles, surtout dans ces derniers temps, la malade éprouvait seulement quelques douleurs vagues dans tout l'abdomen. Il y avait un peu de constipation.

1er mai. Dans l'après-midi, elle fut prise subitement d'une douleur très-vive au niveau de l'hypochondre droit.

Cette douleur s'irradia peu à peu dans tout l'abdomen. En même temps, vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. Les coliques étaient si vives que la malade se roulait sur le parquet. Les vomissements persistèrent toute la nuit. Un médecin, appelé le lendemain, crut à un empoisonnement. Les jours suivants mêmes phénomènes.

10 mai. — Etat actuel. — A la visite du soir, la malade se présente avec un facies grippé caractéristique. Langue sèche. Pouls petit. Pas de teinte ictérique. Dyspnée marquée. Respiration costo-supérieure. Le ventre est ballonné et très-sensible. Constipation. A la pression on sent au pourtour de l'ombilic un empâtement profond. La palpation est un peu plus douloureuse au niveau de la région hépatique. Vomissements verdâtres. Pas de fièvre. T. vaginale 38°. Il n'y a rien dans les urines. Du côté de la poitrine, matité et absence de murmure vésiculaire à la base du poumon droit. — *11 mai.* Même état.

M. Labbé croit à une péritonite qui, d'abord développée dans la région hépatique, s'est ensuite généralisée.

12 mai. Les vomissements ont cessé. La malade est plus calme. Après avoir pris du calomel, elle a eu deux selles.

13 mai. Les vomissements verdâtres ont recommencé. Dyspnée plus intense. Pouls filiforme. Sueurs sur tout le corps. T. vaginale 37°,8. — *14 mai.* Mort à 9 heures du matin.

AUTOPSIE. — 48 heures après la mort. *Thorax.* — Un épanchement assez abondant existe dans la plèvre droite qui contient environ un litre de liquide grisâtre, épais et d'aspect purulent.

Le *poumon droit* ratatiné est atélectasié dans toutes ses parties. Les deux feuillets de la plèvre, surtout le pariétal, sont tapissés de dépôts fibrineux purulents qui s'enlèvent facilement. Le *poumon gauche* est simplement congestionné. Le *cœur* est sain. Le péricarde est graisseux.

Abdomen. — Le grand épiploon, circonscrit entre l'estomac et les anses supérieures de l'intestin grêle auxquelles il adhère, présente, disséminés à sa surface et dans son épaisseur, une multitude de petits noyaux blanchâtres.

Des noyaux analogues plus volumineux se rencontrent dans le péritoine qui tapisse les parois abdominales. A la coupe, ils ont un aspect moitié caséeux et moitié lardacé. Au microscope, on ne reconnait que de la matière tuberculeuse. Trois foyers purulents existent dans le péritoine et contiennent une matière sanieuse. L'un occupe l'épiploon gastro-splénique ; le second se trouve derrière le côlon descendant et le troisième est situé entre les deux feuillets du mésentère. Le mésentère est garni de noyaux tuberculeux non encore ramollis et qui, par leur agglomération, forment de véritables paquets. Au niveau du foie le *péritoine* qui recouvre la face inférieure du diaphragme, est tapissé de fausses membranes récentes. Ces fausses membranes sont les seules qui existent dans tout l'abdomen. Le *foie* simplement ramolli n'offre pas de lésion apparente à l'œil nu. La vésicule biliaire contient un seul calcul. Les reins paraissent sains aussi.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est intéressante au point de vue de l'évolution des tubercules péritonéaux : car malgré la gravité des lésions constatées à l'autopsie, lésions déjà anciennes, la santé de la malade avait été parfaite jusqu'à une époque voisine de la mort. Il n'y avait pas d'amaigrissement, et pour ce motif on pouvait pendant la vie considérer la péritonite comme d'origine cancéreuse.

24. Entérite ulcéreuse à forme spéciale; par P. OULMONT, interne des hôpitaux.

Champel Joseph, âgé de 27 ans, employé d'octroi, entre le

23 avril 1876, salle Saint-Augustin nº 46 (service de M. Brouardel). Le malade a toujours été d'une bonne santé, sa constitution est vigoureuse, il fait parfois des excès de boissons, mais il n'est pas manifestement alcoolique. Le dimanche 23 avril, après une journée de garde aux barrières, il est pris subitement d'une diarrhée abondante accompagnée de sensibilité abdominale vive et de douleurs vagues dans les coudes et dans les mollets. Les selles sont au nombre de 7 à 8 par jour, liquides et, dès le début, de couleur noirâtre. Le malade fait cependant en partie son service, mais à la fatigue qui augmente, viennent se joindre dans les deux jours qui précèdent son entrée quelques vomissements bilieux, et le malade entre à l'hôpital.

24 *avril.* On constate à son entrée les symptômes précédemment décrits. Les selles sont liquides et manifestement sanguinolentes. Le ventre est modérément tendu, douloureux; le malade se plaint surtout d'une sensation de brûlure au niveau de l'épigastre, sensation qu'il cherche à calmer par l'application de corps froids (son verre, son crachoir); la langue est humide, à peine chargée. Les douleurs des jointures et des mollets sont vagues; elles ont les caractères d'une courbature intense. De plus on remarque sur la peau du malade, sur les membres, et en particulier aux membres inférieurs, des petites tâches rouges, disséminées, saillantes, ne disparaissant pas sous le doigt, à teinte hémorrhagique, à peine grosses comme une tête d'épingle, et siégeant à la base des poils. Dans quelques points des fesses existent quelques ecchymoses légères. Le foie est normal; il existe une dilatation de l'estomac assez marquée. L'apyrexie est complète.

24 *avril* — 4 *mai.* — Malgré le régime et malgré le traitement (pilules d'extrait d'opium, lavements de ratanhia, potion au perchlorure de fer), la diarrhée persiste avec la même intensité et les mêmes caractères. Le nombre des selles varie de 4 à 8 par jour; elles sont toujours sanguinolentes. Une nouvelle poussée de purpura se fait dans les premiers jours de l'entrée; puis toutes les ecchymoses disparaissent peu à peu pour ne plus se reproduire. Le malade se lève une partie de la journée. — Apyrexie.

5-7. Un peu d'amélioration. Les matières commencent à se mouler et le sang disparait des selles.

8. La diarrhée et le melœna reparaissent. Le malade s'affaiblit et s'anémie rapidement. Il a beaucoup maigri depuis quelques jours. Les coliques sont plus fortes et l'empêchent de dormir. Douleurs dans les épaules. Souffle anémique à la base.

9-12. Un peu d'amélioration. Coliques moins fortes, diarrhée moins abondante. Un peu d'appétit. Le malade demande une portion.

13-16. La diarrhée reprend la même intensité; les selles ne sont plus noires, mais grisâtres, le malade ne quitte plus son lit.

19. Diarrhée plus abondante que jamais après quelques alternatives. Le sang a totalement disparu. Le malade, qui prend 0,20 à 0,30 cent. extr. opium, est assoupi presque toute la journée.

20. Diarrhée profuse, vert clair, amaigrissement énorme, figure excavée, un peu cyanosée, rappelant celle d'un cholérique. Sueurs visqueuses. Pouls à peu près insensible. Assoupissement continuel.

21-23. Même état. Les selles sont plus rares, mais très-abondantes à la fois, comme si l'on enlevait brusquement un bouchon formant l'intestin. Langue sèche.

24. Râle trachéal. Subdelirium. Mort à 5 heures du soir.

Autopsie le 25 mai. — Les plèvres sont saines. Les poumons ne présentent qu'un œdème modéré de leur base et de leur bord postérieur. Le *cœur* est mou, aminci, décoloré; la paroi du ventricule droit mesure à peine 2 mm. Pas de lésions valvulaires; mais l'endocarde est complétement imbibé, et le tissu musculaire est de couleur feuille morte. Dans la partie ascendante de la crosse de l'aorte trois plaques gélatineuses d'endartérite du volume d'une lentille.

Le *foie* est un peu petit, très-mou, mais élastique comme du caoutchouc, il se déprime sous le doigt, sans se laisser pénétrer, sa couleur est jaunâtre sur une coupe. La lobulation a disparu. Les *reins* sont mous comme le foie, congestionnés et œdémateux. La *rate* est diffluente. Pas de liquide dans le *péritoine*, pas de ganglions mésentériques. La muqueuse du *gros intestin* est rouge et vascularisée. Pas d'autres lésions; pas de saillies des follicules clos. L'*intestin grêle* est ardoisé dans toute son étendue, cette teinte noirâtre est manifeste même à l'inspection de sa face péritonéale. Après section de l'intestin dans toute sa longueur, la muqueuse apparait couverte d'ulcérations confluentes qui lui donnent l'aspect d'une étoffe moirée. Ces ulcérations existent dans toute l'étendue de l'intestin grêle, nombreuses surtout à partir du premier tiers du jéjunum. Les plus étendues siégent dans cette partie de l'intestin : trois ou quatre ont de 3 à 4 centimètres de diamètre, d'autres ont de 2 à 3 centimètres, le plus grand nombre est de 1 à 2 centimètres; leur forme est des plus irrégulières : quelques-unes, et ce sont les plus petites, ont une forme ovoïde ou allongée relativement régulière ; mais la plupart ont l'aspect de polygones très-irréguliers, et à angles entièrement aigus ; leur forme est celle d'ulcérations serpigineuses. Ces ulcérations sont très-peu profondes, entamant seulement la couche la plus superficielle de la muqueuse, et ne dépassant jamais le chorion muqueux. Leur couleur est ardoisée mais d'un ton plus clair que celui de la muqueuse environnante. De plus, elles en sont nettement délimitées par un bord festonné de coloration noirâtre.

Dans la partie inférieure de l'intestin grêle existent, en dehors des ulcérations, de nombreuses suffusions sanguines. Les follicules clos sont invisibles ainsi que les plaques de Peyer. Rien dans l'estomac.

Température et dosage quotidien de l'urée.

7 mai	Temp.	m..		Urée (quantité totale).			
		s..	38°,4	—	—		
8 —	—	m..	37°,4	—	—		
		s...	37°,4	—	—		
9 —	—	m..	36°,6	—	—		
		s...	36°,8	—	—		
10 —	—	m..	36°,4	—	—	30	grammes.
		s...	37°,2	—	—		
11 —	—	m..	36°,6	—	—	38	—
		s...	37°,4	—	—		
12 —	—	m..	36°,8	—	—	70	—
		s...	37°,4	—	—		
13 —	—	m..	36°,8	—	—	22	—
		s...	37°,4	—	—		
14 —	—	m..	36°,4	—	—	48	—
		s...	37°,4	—	—		
15 —	—	m..	36°,8	—	—	42	—
		s...	37°,8	—	—		
16 —	—	m..	38°	—	—	36	—
		s...	37°,8	—	—		
17 —	—	m..	37°,6	—	—	27	—
		s...	37°,4	—	—		
18 —	—	m..	37°,6	—	—	29	—
		s...	36°,8	—	—		
19 —	—	m..	36°,6	—	—	24	—
		s...	36°,8	—	—		
20 —	—	m..	37°,2	—	—	20	—
		s...	37°	—	—		
21 —	—	m..	37°,4	—	—	19	—
		s...	37°,6	—	—		
22 —	—	m..	38°,4	—	—	x	—
		s...	38°,6	—	—		
23 —	—	m..	39°,2	—	—	15	—
		s...	38°,6	—	—		
24 —	—	m..	37°,6	—	—	13	—
		s...	38°,8	—	—		

25. Dilatation aortique avec oblitération de la sous-clavière gauche. — Tumeur fibreuse avec kyste de la trompe; par M. Léger, interne des hôpitaux.

X..., âgée de 53 ans, couturière, a toujours joui d'une bonne santé et avait même un embonpoint très-marqué, quand il y a 18 mois a débuté ce qu'elle appelle sa bronchite. Les crachats ont alors contenu quelques filets de sang. Depuis, elle a gardé le lit presque constamment. Des palpitations sont survenues trois mois après le commencement de sa maladie et ont bientôt été accompagnés d'accès d'oppression terribles. Enfin après de nouveaux crachements de sang, plus abondants cette fois,

elle est entrée à l'hôpital le 8 mai 1876 (service de M. Bucquoy).

Les jambes étaient très-infiltrées, la figure amaigrie, le cou agité de battements artériels très-forts, surtout visibles à droite. Le pouls radial droit était bondissant et offrait tous les caractères du pouls de Corrigan. Le pouls gauche était beaucoup plus faible quoiqu'encore très-perceptible. Il n'existe pas de dilatation veineuse.

La pointe du cœur bat dans le 6e espace, sur la ligne mammaire. A ce niveau les battements sont sourds, sans bruit de souffle. Un peu au-dessus et vers la droite se perçoit un bruit de souffle au second temps, aspiratif, qui est bientôt accompagné, à mesure que l'oreille monte vers l'épaule droite, d'un bruit de souffle au second temps. Au-dessous de la clavicule droite, l'oreille perçoit un bruit de va-et-vient très-net sans aucune impulsion. La matité dépasse d'environ 4 centimètres le bord du sternum à ce niveau. Il n'existe en même temps aucun signe de compression.

L'examen des poumons fait reconnaître à droite une pleurésie avec épanchement assez abondant.

Le 12, les battements sont toujours sourds à la pointe et il existe au-dessus un léger frottement. Le lendemain, l'assourdissement des bruits est encore plus prononcé et fait admettre de la péricardite. Tous ces signes ont persisté, en même temps que plusieurs accès de suffocation, jusqu'au 21 mai où la malade, qui se sentait mieux ce jour là et avait même les jambes un peu moins enflées, mourut subitement.

Autopsie.—Outre la pleurésie du côté droit et quelques adhérences avec un peu de liquide dans la plèvre gauche, on trouve un cœur énorme, globuleux, présentant quelques plaques opalines à sa surface.

Le *péricarde* contient environ deux cents grammes de liquide. Sa portion viscérale au niveau de l'origine de l'aorte a des adhérences filamenteuses avec sa portion pariétale et les deux feuillets sont à ce niveau sillonnés d'arborisations roses très-nombreuses. L'*aorte* fait dans sa portion péricardique une saillie globuleuse très-marquée qui repousse à droite l'origine de l'artère pulmonaire. Cette dilatation se continue en forme d'ampoule au dehors du péricarde jusqu'au niveau de la bronche gauche. — Le ventricule droit ouvert est très-petit, avec ses valvules et ses orifices en bon état. Au ventricule gauche tenait presqu'entièrement le volume du cœur. L'orifice et la valvule mitrale n'offrent aucune altération. L'orifice aortique est dilaté sans grande altération valvulaire. La valvule de droite est pourtant raccourcie et un peu épaisse sur son bord libre. Mais au-dessus commence une altération aortique très-marquée. La crosse est dilatée presque dans toute sa longueur, jusqu'à mesurer 20 cent. 3 millim. de circonférence. Les parois en sont dures, rigides et parcheminées. La surface interne est rugeuse et s'écaille quand on retourne les parois de l'artère. La couleur en est jaune sale, légèrement brunâtre avec des plaques d'un jaune plus franc. Il n'existe pas de points rouges, vascularisés, comme dans certaines aortites. Enfin on ne retrouve pas de vestige dans l'aorte du point où existait l'embouchure de la *sous-clavière gauche*. Celle-ci est remplie à son origine par un coagulum solide que ne peut pénétrer le stylet faisant corps avec l'artère même, de couleur jaunâtre et transformant l'artère en une tige pleine et rigide.

Le poumon droit contenait à sa base un noyau résistant gros comme un œuf de poule et ne surnageant plus. Sur la coupe compacte, rouge-brun, se détachaient deux îlots très-irréguliers, gris-rosé, limités par une bande d'un noir ardoisé de 3 millimètres de large et formés par un infarctus qui avait été la source des hémoptysies. Il n'existait aucune trace de tubercules.

Dans le bassin, on voyait au-dessus de l'*utérus* une tumeur assez régulière, mais légèrement bosselée, dure au toucher, sans adhérences avec les parties voisines. Après avoir enlevé les organes génitaux, on voit qu'elle se prolonge derrière l'utérus, accolée à sa face postérieure, qu'elle est un peu étranglée à la jonction de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs, simulant ainsi la forme de l'utérus avec lequel on aurait pu la confondre à première vue. Sa hauteur est de 10 centimètres, sa face antérieure répond à la face postérieure de l'utérus sur laquelle elle glisse un peu. La coupe en est ferme, gris blanc, traversée de bandes fibreuses très-serrées qui font faire hernie à la substance qu'elles comprennent dans leurs mailles. — Au-dessous et à gauche est une autre tumeur, visible seulement par la face postérieure, et quand on a un peu disséqué et rejeté le rectum vers la droite. Elle est très-régulièrement sphérique, rénitente, gris rosé à la coupe sur laquelle le tissu est légèrement saillant, surtout à son centre. Cette tumeur glissait aussi sur les tissus environnants. A gauche de l'utérus, on voit de plus une tumeur liquide, ronde, fluctuante, grosse comme le poing. On voit la trompe de ce côté ramper sur elle en devenant sinueuse et se dilatant progressivement jusqu'à son pavillon dont l'élargissement forme en réalité la tumeur. La pression de celle-ci fait refluer le liquide dans le corps de la trompe, mais ne peut le faire sourdre jusque dans l'utérus. La poche contenait dans l'épaisseur de sa paroi, à la partie intérieure et inférieure un petit amas de tissu grisâtre un peu gélatineux, représentant les restes de l'ovaire, qui ne faisait aucune saillie à la partie interne.

L'*S iliaque*, était reporté à droite vers la terminaison par ces tumeurs multiples et le rectum situé ainsi à droite dès son origine ne se portait vers la ligne médiane qu'au-dessous de la tumeur fibreuse sphérique en formant un coude assez brusque sur la partie supérieure duquel appuyait cette dernière.

Il n'était jamais résulté pour la malade aucune gêne de cette disposition.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 octobre. — Présidence de M. Houel.

M. Larrey offre à la Société, de la part de M. le Dr Adelmann, un travail intitulé : *Contribution à la pathologie de l'appareil digestif.*

M. Verneuil dépose sur le bureau : 1° une observation de fracture spontanée du fémur par M. Fleury, de Clermont; 2° une série d'observations d'ulcères vermineux par M. Anger, de Pithiviers; 3° un mémoire manuscrit de M. Fontan, sur le traitement des hémorrhoïdes par la dilatation forcée du sphincter de l'anus. C'est là une question de thérapeutique importante qui a déjà été traitée, en 1841, dans une thèse de Lepelletier, inspirée par Maisonneuve.

M. Nicaise, à l'occasion du rapport de M. Anger sur le travail de M. Berger relatif aux *accidents nerveux qu'on observe dans les étranglements herniaires*, apporte à la Société deux observations d'hémiplégies nerveuses dans deux cas de hernies crurales étranglées. Dans le premier cas, l'hémiplégie est survenue quelques heures après l'étranglement, sans perte de connaissance; en même temps que la paralysie de la motilité qui était accompagnée de paralysie faciale, la malade présentait du même côté une paralysie marquée de la sensibilité.

L'intelligence est toujours restée intacte. La kélotomie de J.-L. Petit a été pratiquée 47 heures après les premiers accidents. La guérison s'est effectuée assez rapidement, mais l'hémiplégie subsiste, et la malade va entrer à la Salpêtrière. — Dans le second cas, qui a également trait à une hernie crurale droite, l'hémiplégie ne s'est manifestée qu'après l'opération. Celle-ci a été faite 26 heures après le début de l'étranglement. Mais il s'agissait d'une hernie entéro-épiploïque grave qui s'est compliquée d'une péritonite à laquelle la malade a succombé au bout de quinze jours. La paralysie de la motilité qui occupait le côté gauche était accompagnée d'une paralysie faciale imcomplète.

Déjà Rostan avait signalé les hémiplégies consécutives aux gastro-entérites. M. Lépine a fourni plusieurs observations d'hémiplégies pneumoniques. Ce sont là des faits qui ont entre eux certains rapports; M. Nicaise estime que les deux cas dont il fait part à la Société méritent de figurer à côté de ceux que M. Berger a communiqués dans la précédente séance.

M. Blot exprime un doute sur le rapport qui peut exister entre une hernie étranglée et une hémiplégie. Dans le premier cas de M. Nicaise, la paralysie s'est déclarée pendant l'étranglement; dans le deuxième cas, elle n'a apparu qu'après

l'opération, c'est-à-dire à un moment où l'étranglement n'existait plus. S'agit-il là d'une véritable relation de cause à effet? M. Blot ne voit entre les deux accidents qu'une simple coïncidence.

M. VERNEUIL pense qu'il est au moins intéressant de publier aujourd'hui ce qu'on est convenu d'appeler des coïncidences pathologiques, c'est en réunissant ces coïncidences qu'on a pu si souvent établir des règles. La congestion pulmonaire, qui s'est montrée dans certaines hernies étranglées et est un accident plus grave que l'hernie elle-même, puisque elle est devenue fréquemment la véritable cause de la mort des malades, n'avait été considérée d'abord que comme une pure coïncidence. Aux faits de M. Verneuil se sont ajoutées peu à peu des observations nouvelles et l'on en doit particulièrement quelques-unes à M. Berger.

Aujourd'hui ces cas ne sont plus appréciés de la même manière qu'autrefois, et l'on reconnaît en eux autre chose qu'une coïncidence. Les observations de M. Nicaise contiennent des faits en réserve ; elles sont pour l'avenir des pierres d'attente qui seront sans doute utilisées.

M. LANNELONGUE se déclare tout-à-fait partisan de la manière de voir de M. Verneuil. En ce qui le concerne, il a vu chez des malades, affectés non pas de hernies étranglées, mais de *hernies à accidents*, comme on en observe souvent chez des vieillards de Bicêtre, se produire des complications thoraciques dans les moments de crise herniaire. Il mentionne le fait suivant constaté à plusieurs reprises par son interne M. Champtier de Ribes : chez les hernieux affectés d'asthme, les accès d'asthme se montrent beaucoup plus accentués toutes les fois que se produit une de ces poussées locales. D'ailleurs ces faits seront publiés. — M. Lannelongue faisant ensuite allusion aux rapports qu'on a signalés entre les phénomènes morbides dont certaines membranes et certains viscères de l'économie sont le siége, rappelle que dans les observations de M. Lépine la plèvre avait été intéressée.

Pourquoi n'en serait-il pas de même de la séreuse péritonéale? Pourquoi les accidents hémiplégiques déterminés par une inflammation pleurétique ne seraient-ils pas occasionnés par une inflammation du péritoine? Dans certaines péritonites on a plusieurs fois constaté des phénomènes convulsifs à forme épileptique. Tous ces faits sont du même ordre.

En ce qui concerne la deuxième observation de M. Nicaise, le doute serait à la rigueur permis; car l'hémiplégie est survenue à une période où les accidents de l'étranglement herniaire étaient absolument conjurés. Malheureusement l'autopsie a fait défaut.

M. PERRIN. Il y a des états nerveux qui se signalent par des crises où le système vaso-moteur joue un rôle important. Une excitation du système splanchnique, qu'on sait très-susceptible, ne peut-elle pas réagir sur quelques viscères, soit le cerveau, soit le poumon? Dans certaines plaies de l'abdomen, on expliquerait ainsi la mort rapide qui arrive avant que se soit déclaré le moindre symptôme de péritonite.

M. ANGER. Les symptômes nerveux auxquels il vient d'être fait allusion sont rapportés directement par M. Berger à l'étranglement lui-même. M. Anger pense qu'ils résultent plutôt d'une congestion consécutive, congestion où en effet le système vaso-moteur ne serait pas étranger.

M. NICAISE. M. Brown-Séquard s'est montré favorable à l'hypothèse d'une hémiplégie consécutive aux lésions viscérales. La Société médicale des hôpitaux a également étudié la question. Plusieurs de ses membres ont admis l'intervention d'une embolie dans le processus paralytique. M. Lépine, se basant sur l'absence des lésions, se déclare en faveur d'une action réflexe.

M. TERRILLON communique à la Société une observation de psoriasis buccal avec rétrécissement de l'œsophage. Un rapport sera lu à la Société; nous en donnerons un compte-rendu.

E. BRISSAUD.

CONSEIL MUNICIPAL.—Les crédits suivants ont été votés dans la séance du 17 octobre : 1° 9,658 fr. pour l'amélioration du matériel des pompes à incendie dans les établissements hospitaliers (rapporteur, M. F. Combes); — 2° 3,472 fr. pour l'installation d'un petit pavillon pour les recherches histologiques à l'hôpital St-Louis (rapporteur, M. Delpech).

CORRESPONDANCE

L'école de médecine de Toulouse.

Toulouse, le 15 octobre 1876.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès médical*,

A l'heure actuelle, tous les journaux soit politiques ou autres, s'occupent du voyage de M. le Ministre de l'Instruction publique. A ce voyage se rattache, ainsi que vous le savez, la création de Facultés ou de grands centres universitaires. Quelques-uns s'en étonnent, car jusqu'à ce jour, on n'avait guère vu de ministre de l'instruction publique se donner la peine d'étudier par lui-même les améliorations à introduire ou les réformes à apporter dans l'enseignement supérieur. Cependant telle est la vérité ; aussi devons-nous nous en réjouir, car il est permis de présumer que ce qui sera fait sera bien fait.

M. Waddington a déjà visité les villes de Bordeaux, Toulouse, Montpellier, et Lyon marquera sa dernière étape. Pour ce qui a trait à notre ville, M. le Ministre a voulu se rendre compte de toutes les ressources qu'elle possédait et des garanties qu'elle offrait à l'établissement d'une Faculté de médecine. Arrivé du mardi soir, dès le mercredi matin M. Waddington visitait les Facultés de droit, des sciences, des lettres, l'Ecole normale, et se rendait au Capitole où l'attendait le Conseil municipal pour lui souhaiter la bienvenue. Après les félicitations d'usage, M. le Ministre explique en quelques mots aux honorables membres le but de son voyage et quels étaient ses projets en faveur de l'enseignement secondaire et de l'enseignement supérieur en particulier. Dans l'après-midi, M. Waddington se rendit à l'Ecole de médecine, visita le Muséum d'histoire naturelle, les hôpitaux, l'emplacement de la future Faculté, le Lycée et le Musée de la ville.

Durant cette inspection si rapide, M. le Ministre s'est plu à reconnaître que Toulouse possédait toutes les conditions voulues pour devenir un grand centre scientifique, et qu'il était loin d'espérer de voir de si grandes ressources dans une ville, qui lui avait été dépeinte sous un jour si défavorable. Le Muséum et les plans de la Faculté ont surtout fixé l'attention de M. Waddington ; il a félicité hautement M. l'ingénieur Dieulafoy d'avoir mené à si bonne fin la tâche qui lui avait été confiée. Quant au principe de la Faculté, M. Waddington n'a pas voulu se prononcer ; mais on a tout lieu d'espérer, car une personne de son entourage a pu dire : « *Soyez rassurés, vous avez obtenu gain de cause.* » Au reste, M. le Ministre a annoncé que le décret établissant la création des grands centres universitaires et des Facultés paraîtrait avant la fin de l'année. D'ici là, il faut savoir attendre, et on le peut d'autant mieux qu'au cas où la Faculté ne serait pas décrétée par l'Etat, le Conseil municipal est à peu près décidé à la créer de ses propres ressources. Toulouse, en effet, ne saurait jamais devenir une ville commerçante, et pour être une ville scientifique elle n'a qu'un pas à faire : soyez-en sûr elle le fera. Qu'adviendra-t-il de ces trois Facultés si rapprochées l'une de l'autre? C'est là ce que j'examinerai dans ma prochaine correspondance, et cela d'une façon péremptoire, car mes arguments reposeront sur des chiffres.

L. C.

BIBLIOGRAPHIE

De l'expectoration dans la phthisie pulmonaire; par le Dr Georges DAREMBERG. — Un vol. 75 p. chez J.-B. Baillière. Paris, 1876.

Les anciens qui ne possédaient pas les modes d'examen si précis que nous connaissons aujourd'hui, la percussion et l'auscultation, attachaient une grande importance à l'étude des crachats dans les affections thoraciques. Cette étude des matières expectorées a fait elle-même de grands progrès, on en pourra juger en lisant la thèse de M. le Dr Daremberg. Si l'examen histologique des crachats permet d'arriver au diagnostic de la phthisie (car on ne trouve de fibres élastiques que dans la phthisie, la gangrène, l'infarctus hémoptoïque et ces deux dernières affections sont facilement éliminées grâce à leurs caractères spéciaux) l'examen chimique de l'expectoration permet de faire l'étude pronostic de la marche de cette affection : tel est le point principalement mis en lumière par les recherches originales et les analyses personnelles de M. Daremberg. Il arrive à cette démonstration que « les crachats des phthisiques peuvent contenir autant de phosphates et de chlorures que les urines, et que l'expectoration est pour eux une des voies par lesquelles sont expulsés les produits de la dénutrition; elle est non-seulement une des voies mais une des causes de cette dénutrition ; ce qui indique des données pronostiques et thérapeutiques précises. » Ces dernières si importantes, ainsi que des considérations sur l'expectoration dans les phthisies spéciales, sont clairement exposées dans d'autres chapitres auxquels le lecteur nous pardonnera volontiers de l'avoir renvoyé lorsqu'il aura lu l'instructif travail de notre jeune et savant confrère.

P. B.

VARIA

Mort de Laycock.

Le professeur LAYCOCK, de l'Université d'Edimbourg, a succombé, il y a quelques semaines, à une phthisie pulmonaire. Il était âgé seulement de 64 ans. C'était un écrivain très-fécond, un observateur délicat et un penseur profond. De ses ouvrages, le plus connu est son Traité des maladies nerveuses des femmes (*Nervous diseases of Women* — 1841). Il a produit aussi une série de publications fort intéressantes et très-originales sur la physiologie du cerveau et sur la psychiâtrie. C'était un élève de Prochaska. Nous citerons plus particulièrement sa brochure sur les fonctions réflexes du cerveau (*The reflex fonctions of the cerebrum* — 1844); son ouvrage intitulé *Mind and Brain* (le Cerveau et la Pensée), où il a rassemblé une série de faits destinés à édifier des généralisations et des théories sur le pouvoir mental, sur les évolutions à l'état sain, et sur ses dégradations et modifications dans la maladie.

Il écrivit aussi plusieurs mémoires sur l'Hystérie, sur le rôle du système nerveux central et périphérique dans la production de la température chez l'homme sain ou malade, dans la nutrition, dans l'apparition de l'anasarque, des inflammations rhumatismales et goutteuses, etc.

Au dire de ses contemporains, Laycock était un esprit philosophique ayant surtout de la tendance à chercher le fond des choses et à généraliser les faits; mais c'était en même temps un observateur patient et très-méthodique: il connaissait admirablement la littérature étrangère où il puisait ses idées aussi bien que dans les cas nouveaux qui se présentaient parmi les malades de son service. La lecture de ses ouvrages est attrayante par leur forme littéraire, toujours pure et distinguée, par l'élévation des idées; l'imagination est sans cesse entraînée vers des horizons nouveaux, quelquefois un peu nébuleux, mais toujours inexplorés. On peut donc considérer Laycock à la fois comme un littérateur distingué, un philosophe profond, et un médecin très-érudit. H. D.

Rappel de la sécrétion lactée.

C'est un fait accrédité parmi les étrangers résidant en Chine, que les femmes chinoises qui ont eu des enfants et qui ont cessé depuis longtemps d'allaiter, peuvent exciter de nouveau leurs mamelles à sécréter du lait, des années après que leur dernier enfant a été sevré. Le docteur Muller publie deux cas observés par lui de ce curieux phénomène et qui sont rapportés dans le *British medical journal*. Il engagea trois femmes du pays à faire ainsi revenir leur lait et fournit les fonds nécessaires pour se procurer la substance qu'elles disaient devoir employer pour arriver à ce résultat. Une femme âgée de trente ans, chez laquelle les mamelles étaient inactives depuis six ans, et tout-à-fait rétractées, prit un enfant de six mois, qu'elle fit têter, et usa pendant ce temps d'une alimentation composée spécialement dans ce but. Après dix jours, le lait commença à être sécrété, et six semaines après, le docteur Muller trouva les mamelles fermes, bien développées et laissant couler un flot de lait à la pression. Pendant le temps de cette lactation, la menstruation cessa entièrement. La santé resta très-bonne. Par de semblables moyens, la sécrétion du lait fut rétablie chez une femme de 40 ans, dont le dernier enfant avait neuf ans, et qui avait cessé de nourrir depuis six ans. Chez elle, la menstruation ne cessa pas, mais diminua en abondance. Dans un troisième cas, il se produisit des troubles de la santé qui empêchèrent de persister dans ces tentatives. Dans les deux premiers cas le lait fut examiné complétement et trouvé normal; sa densité était de 1030. (*Journal de méd. et de chir. pratiques.*)

JURISPRUDENCE MÉDICALE. — *Empoisonnement involontaire; responsabilité du pharmacien.* — Dernièrement, un jeune enfant, à la Varenne-Saint-Maur, a succombé aux suites d'une erreur involontaire commise par sa mère. Au lieu d'administrer à son enfant une cuillerée de sirop de chicorée, elle lui donna une cuillerée de laudanum.

Au cours de l'enquête, on a constaté que le pharmacien qui avait délivré les médicaments n'était pas muni du diplôme de 2e classe exigé par la loi. Des poursuites ont été, en conséquence, dirigées contre lui, et il comparaît devant le tribunal; c'est M. Alexandre Grégoire, âgé de trente-trois ans.

Le prévenu convient des faits; mais il explique qu'il a obtenu une prolongation d'une année pour passer son examen de 1re classe. Le tribunal, Attendu que le prévenu a mis en vente des produits pharmaceutiques sans être muni du diplôme de pharmacien de 1re classe; par application de l'article 24 de la loi du 21 germinal an X, et de l'article 6 du décret du 25 avril 1777, le condamne à 500 fr. d'amende.

CONCOURS POUR L'HOSPICE GÉNÉRAL DE TOURS. — La commission administrative de l'hospice général de Tours donne avis qu'en vertu d'une délibération en date du 4 octobre 1876, deux concours pour la nomination aux places vacantes d'élèves internes et d'élèves suppléants en médecine et en chirurgie, auront lieu dans le courant d'octobre prochain, conformément au règlement général de l'établissement. Le concours pour l'internat est fixé au mardi 24 octobre, à midi, pour l'épreuve écrite; et au mercredi 25, à neuf heures du matin, pour l'épreuve orale (salle d'administration de l'hospice général). Le concours pour la suppléance est fixé au 30 et 31 octobre; il aura lieu au même lieu et aux mêmes heures que celui de l'internat.

Le registre d'inscription de ces deux concours, sera ouvert au bureau du directeur de l'hospice, à partir de ce jour; il sera clos pour les candidats à l'internat, le 18 octobre, à huit heures du matin; et pour les candidats à la suppléance, le 30 octobre à la même heure.

Chaque candidat, en s'inscrivant, est tenu de produire: 1° son acte de naissance; 2° un certificat de bonne vie et mœurs, délivré par le maire de la commune où il est domicilié; 3° un certificat constatant, pour les candidats aux fonctions d'internes, la possession d'au moins huit inscriptions validée; pour les candidats aux places de suppléants, la prise des quatre inscriptions au moins, près d'une faculté ou une école de médecine. Ces diverses pièces devront être légalisées. Les candidats appelés par le concours à remplir les places d'élèves-internes à l'hôpital de Tours sont, en outre, informés que pendant toute la durée de leurs fonctions, ils seront tenus de prendre leurs inscriptions à l'école de médecine de Tours. Les élèves-internes sont nommés pour deux ans; ils sont nourris, logés, chauffés et éclairés; ils reçoivent, la première année, un traitement de 400 fr., et, la seconde année, un traitement de 600 fr. Pour supplément de renseignements, s'adresssr au directeur de l'hospice général. (*Gaz. des Hôpitaux*).

LA MICROGRAPHIE DANS LES HOPITAUX. — On sait, dit la *France*, que l'année dernière l'Assistance publique, se conformant au vœu des médecins professeurs des hôpitaux, a établi à l'hôpital de la Charité un laboratoire de micrographie, où sont installés des appareils spéciaux, destinés à l'étude des éléments constitutifs des tissus morbides. Des améliorations importantes avaient été également introduites à l'amphithéâtre de Clamart, en vue de favoriser le développement des études de ce genre, reconnues aujourd'hui indispensables à l'enseignement médical.

Nous apprenons aujourd'hui que, sur la demande de M. le dr Besnier, médecin de l'hôpital St-Louis, une construction spéciale va être faite dans cet hôpital pour y installer un laboratoire complet de micrographie. Ce laboratoire, qui sera placé dans la cour et contigu au grand amphithéâtre, sera très-largement aéré et éclairé, et recevra les appareils les plus récents appropriés à l'étude microscopique des affections de la peau. Le conseil de surveillance de l'Assistance publique vient d'approuver les devis dressés pour la construction de ce laboratoire, et ils seront soumis prochainement au Conseil municipal. (*Gazette des hôpitaux.*) (Voir page 723).

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS. — Population, d'après le recensement de 1872. — 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 12 octob. 1876, on a constaté 813 décès, savoir: variole, 5; rougeole, 6; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 44; érysipèle, 9; bronchite aiguë, 26; pneumonie, 31; dyssenterie, 1; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 17; choléra nostras, »; angine couenneuse, 14; croup, 12; affections puerpérales, 8; autres affections aiguës, 245; affections chroniques, 342 dont 149 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 38; causes accidentelles, ».

LONDRES. — Population: 3,489,428 hab. Décès du 1er au 6 octobre 1876, 1,200: variole, 11; rougeole, 19; scarlatine, 57; fièvre typhoïde, 24; érysipèle, 5; bronchite, 110; pneumonie, 76; dyssenterie, 2; diarrhée, 35; choléra nostras, »; diphthérie, 6; croup, 7; coqueluche, 8.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX (Année 1876-1877). — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 6 novembre, à l'amphithéâtre de l'Assistance publique, rue du Fer-à-Moulin, 17. Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant: 1° *Anatomie topographique*, M. le dr Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis: — 2° *Anatomie descriptive*, M. N..., prosecteur, les lundis et jeudis; 3° *Physiologie*, M. N..., prosecteur, les mercredis et samedis; 4° *Histologie*, M. le dr Grancher, chef du laboratoire, les mardis et samedis, à 2 heures. Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques. Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de 1 heure à 4 heures.

LA FIÈVRE JAUNE AUX ETATS-UNIS. — On télégraphie de Philadelphie, 12 octobre, au *Times*, de Londres: La fièvre jaune a complétement disparu de Brunswick, en Géorgie. Elle décroît aussi à Savannah, par suite des temps frais qui règnent à présent.

FACULTÉS ALLEMANDES. *Suppression du latin.* — L'emploi de la langue allemande au lieu du latin se répand chaque jour davantage dans les Universités de l'Allemagne. Le ministre de l'instruction publique, en Prusse, vient de décider, sur la proposition d'une Université et sur l'avis conforme des autres Universités, que désormais pour les questions de concours, les thèses des docteurs et les dissertations des *privat-docenten*, la faculté intéressée se prononcerait chaque fois, sur la question, s'il y avait lieu d'employer l'allemand ou le latin. Dans plusieurs autres cas, pour les dissertations inaugurales des docteurs *utriusque juris*, par exemple, le candidat choisira lui-même la langue. L'examen oral et la discussion politique auront toujours lieu en allemand.

MÉDECINS RUSSES. — Les élèves de l'Académie de médecine et de chirurgie vont terminer ces jours-ci, avant le délai légal, leurs cours, afin d'avoir la possibilité d'entrer comme médecins dans l'armée. (*Gazette de Strasbourg.*)

NOUVEAU JOURNAL. — Nous venons de recevoir le 1er numéro du *Nice médical*. Ce recueil mensuel sera consacré plus spécialement à la climatologie, à la médecine pratique et à l'hygiène. Nous souhaitons la bienvenue au *Nice médical*.

Le Progrès Médical

MALADIES DES YEUX

ÉCOLE PRATIQUE. — COURS DE M. LE Dr E. LANDOLT.

Du diagnostic des maladies des yeux.

VIe LEÇON. — **Réfraction** (*Suite*) (1).

Leçon recueillie par A. CHARPENTIER.

Messieurs,

Nous devons revenir maintenant à notre sujet principal, la *réfraction de l'œil*, et vous exposer, dans la leçon d'aujourd'hui, les données élémentaires de cette question. Vous pourrez alors plus facilement nous comprendre, la prochaine fois, quand nous appliquerons à la pratique ces données fondamentales de l'optique physiologique en déterminant la nature de la réfraction de l'œil et le degré de l'amétropie.

L'appareil dioptrique de l'œil comprend d'abord la *cornée*, dont le rayon de courbure est de 8 millimètres. Elle est séparée du *cristallin* par la chambre antérieure, remplie d'*humeur aqueuse* et ayant 4 millimètres de profondeur. La surface antérieure du cristallin est courbée suivant un rayon de 6 millimètres, la surface postérieure suivant un rayon de 10 millimètres, son épaisseur est de 4 millimètres. Après avoir traversé ces milieux, la lumière poursuit son chemin dans le *corps vitré* jusqu'à la rétine. L'indice de réfraction de l'humeur aqueuse et du corps vitré est en moyenne de $\frac{103}{77}$ et celui du cristallin de $\frac{16}{11}$.

Les chiffres que je viens de vous donner ont été déterminés et adoptés par LISTING, HELMHOLTZ et DONDERS. Ils n'ont cependant pas une valeur absolue et ils peuvent différer dans une certaine mesure d'un œil à l'autre. Ce sont en somme des valeurs moyennes qu'on devrait toujours avoir présentes à l'esprit, puisqu'elles servent de base aux considérations d'optique physiologique.

La destination de l'appareil dioptrique de l'œil est de produire sur la rétine des images nettes des objets extérieurs.

Vous savez que ces images sont renversées, comme toutes les images réelles fournies par un système collectif. On a discuté souvent la question de savoir pourquoi nous voyons droits les objets dont notre œil reçoit des images renversées. Au siècle dernier encore, il se trouvait des savants qui niaient le fait lui-même et qui, ne pouvant s'expliquer que des images renversées fussent projetées comme droites à l'extérieur, soutenaient que la rétine reçoit des images droites.

Je me rappelle, par exemple, avoir trouvé dans un ouvrage de médecine dû à Stephen Blanquard et publié au commencement du XVIIIe siècle, un dessin qui montre comment les images, qui ont été renversées par le cristallin, sont de nouveau renversées, c'est-à-dire redressées par le corps vitré.

L'explication du fait en question me paraît cependant assez simple. La voici : supposez un aveugle-né qui recouvre subitement la vue. Loin de se rendre compte de ce qu'il voit, il n'interprète pas du tout ses images rétiniennes dès le premier abord. Il ne voit ni droit, ni renversé, il ne voit pour ainsi dire pas, quoique les objets se peignent sur sa rétine. En effet, il n'a pas encore de représentations mentales qui correspondent à l'impression des terminaisons nerveuses de sa rétine. Ce n'est que par l'expérience, par la comparaison des impressions du toucher, de l'ouïe et des autres sens avec son impression visuelle qu'il arrive à mettre en rapport l'image rétinienne avec l'objet extérieur. L'expérience lui apprend encore, entre autres choses, que pour observer l'extrémité supérieure d'un objet il doit diriger ses yeux en haut, pour voir l'extrémité inférieure en bas, et voici l'interprétation de la position des objets établie à l'aide des mouvements des yeux. Il serait même tout-à-fait inutile de recevoir des images droites, l'individu ne trouverait pas plus de facilité à les interpréter que les images renversées. Il lui faut, dans tous les cas, le secours de l'*expérience*.

Ce qui est bien plus important que la *direction* de l'image rétinienne, c'est sa *netteté*. En effet, dès que l'image n'est pas nette, l'œil ne distingue pas clairement. Or, pour que l'image soit nette, il faut que l'écran (la rétine), sur lequel elle se produit, se trouve juste au foyer du système dioptrique.

Comme tout système dioptrique, l'œil pourrait fournir des images nettes seulement pour les objets situés à une seule et même distance, si son appareil dioptrique n'était pas susceptible de changements. Mais heureusement nous voyons également bien à des distances très-différentes.

La cause réside dans le *pouvoir accommodateur* de l'œil. L'accommodation dont nous parlerons plus longuement dans la suite consiste, comme vous le savez, en une augmentation de convexité du cristallin par suite de la contraction du muscle ciliaire. L'accommodation *augmente* donc la force réfringente de l'œil et l'adapte à des objets rapprochés.

L'œil *à l'état de repos* est adapté au point le plus éloigné qu'il puisse distinguer nettement, c'est-à-dire à son *punctum remotum*.

Or, la plus grande distance à laquelle un objet puisse se trouver et à laquelle il y ait intérêt à voir, est l'*infini*. C'est pour cela qu'on a admis comme *normal* l'œil qui, à l'état de repos, voit infiniment loin et on a désigné cet état sous le nom d'*emmétropie*.

Emmétropie.

L'*œil emmétrope* est donc un œil qui, à l'état de repos, voit à l'infini, et puisque pour voir nettement il faut qu'une image nette se forme sur la rétine, la rétine de l'œil emmétrope doit se trouver là où les rayons venus de l'infini, c'est-à-dire les rayons parallèles, sont réunis par le système dioptrique de l'œil. Or, c'est au foyer principal de ce système que se réunissent les rayons venus d'infiniment loin. Nous pouvons donc définir l'œil emmétrope de la façon suivante :

L'œil emmétrope est un œil dont la rétine se trouve au foyer principal de son système dioptrique qui réunit sur sa rétine les rayons parallèles, ou bien encore *dont le punctum remotum est situé à l'infini.*

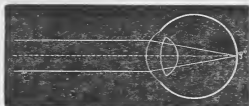


Fig. 71.

On pourrait représenter l'œil emmétrope par une lentille convexe au foyer (*fig. 71*) de laquelle se trouverait un écran correspondant à la rétine (E E, *fig. 72.*)

Le soleil, ou tout objet éloigné, forme une image nette sur l'écran. Pour plus de simplicité, nous choisirons comme objet la flamme d'une bougie placée à 5 mètres environ ; 5 mètres étant pour l'œil une distance assez grande pour que les rayons qui en proviennent puissent être considérés comme parallèles.

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16 18, 20, 26 et 27.

Amétropie.

Tout œil qui n'est pas emmétrope est *amétrope*. Dans l'*amétropie* les rayons parallèles ne se réunissent donc pas sur la rétine, mais *en avant* ou *en arrière* de celle-ci : Avançons ou reculons l'écran de notre lentille et nous ver-

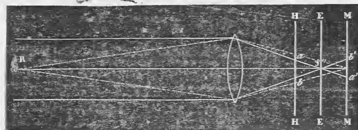


Fig. 72. Les lettres *a* et *b* sur la ligne HH devraient se trouver à l'entrecroisement des lignes *pleines* avec la ligne HH et non sur les lignes pointillées. On pourrait indiquer cela par un petit trait très-fin qui réunirait les lettres *a* et *b* avec les points auxquels elles correspondent.

rons l'image de la flamme devenir diffuse (*ab*, *b'a'*, *fig.* 72) Le même phénomène se produit dans l'œil.

Hypermétropie.

Lorsque la rétine se trouve *en avant* du foyer des milieux dioptriques, les rayons parallèles tendent à se réunir *derrière* la rétine (*fig.* 73) et ne forment sur celle-ci qu'une image diffuse, *a b*.

Pour être réunis sur la rétine, les rayons devraient déjà *converger* plus ou moins avant d'arriver à l'œil, comme l'indiquent les lignes pointillées de la fig. 73. Or, il n'existe pas dans la nature de rayons lumineux convergents. Ceux qui proviennent de points plus ou moins *rapprochés* sont *divergents;* ceux provenant de l'*infini* sont *parallèles;* pour être *convergents* il faudrait, pour ainsi dire, que les rayons provinssent *d'au-delà de l'infini*. On a donné le nom d'*hypermétropie* à cet état dans lequel l'œil est adapté à un point situé *au-delà de la distance normale* à laquelle est adapté l'œil emmétrope.

Le *punctum remotum* auquel l'œil hypermétrope est adapté à l'état de repos ne peut être situé *devant* l'œil. Il correspond au point d'intersection des rayons convergents (pointillés dans la figure) dont l'œil a besoin pour voir nettement. En prolongeant ces rayons nous trouvons dans notre figure comme punctum remotum, ce point d'intersection (R, *fig.* 73).

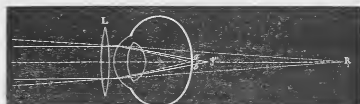


Fig. 73.

Le punctum remotum de l'œil hypermétrope, au lieu d'être le point de départ des rayons lumineux, est au contraire le point vers lequel les rayons lumineux doivent converger pour être réunis sur la rétine, parce que sa force réfringente est *trop faible relativement à sa longueur* (voyez *fig.* 73.) Pour le rendre emmétrope, il faut donc augmenter la force réfringente de cet œil en lui ajoutant une lentille *convexe*. Le numéro de la lentille qui adapte l'œil hypermétrope à la vision au loin des rayons parallèles, indique par cela même de combien de dioptries l'œil hypermétrope est plus faible que l'œil emmétrope et donne ainsi la mesure de l'hypermétropie. Si la lentille convexe a 6 dioptries, la force réfringente de l'œil est plus faible de 6 dioptries que celle de l'œil emmétrope, son hypermétropie est de 6 dioptries.

Mais la lentille correctrice nous indique encore autre chose : si l'œil hypermétrope qui a besoin de rayons lumineux convergents, voit nettement à l'infini à travers une lentille convexe, il en résulte que la convergence communiquée par la lentille aux rayons parallèles est juste celle dont cet œil a besoin. Or, la lentille fait converger les rayons parallèles vers son *foyer*, et les rayons que l'œil hypermétrope réunit sur sa rétine doivent converger vers son punctum remotum. Le punctum remotum de l'œil et le foyer du verre correcteur doivent donc coïncider, et la distance focale de la lentille convexe placée juste devant l'œil est donc égale à la distance qui sépare le punctum remotum de l'œil.

La distance focale de la lentille correctrice étant, dans notre exemple, de $\frac{100}{6} = 16$ cm., le punctum remotum est situé à 16 centimètres derrière l'œil. Si l'on place le verre correcteur à une certaine distance devant l'œil, par exemple à 2 centimètres, il doit avoir une distance focale plus grande. Dans notre cas le *punctum remotum* étant situé à 16 centimètres derrière la cornée et le verre étant à 2 centimètres devant la cornée, la distance focale doit être de $16 + 2 = 18$ centimètres, et sa force, non de 6, mais seulement de $5\frac{1}{2}$ dioptries ($\frac{100}{18} = 5{,}50$), pour que son foyer coïncide avec le punctum remotum.

Par rapport à l'œil, l'action de la lentille convexe est, en effet, d'autant plus forte qu'elle est plus éloignée de celui-ci. C'est pourquoi vous voyez les vieillards auxquels les lunettes convexes commencent à refuser le service, les éloigner des yeux, et les mettre sur le bout du nez. Il est donc important de se rendre compte de la distance à laquelle on place la lentille correctrice.

En pratique, on ne peut pas savoir si l'individu met plus ou moins en jeu son accommodation. Celle-ci, quelque faible qu'elle soit, diminue le degré apparent de l'hypermétropie ; c'est pourquoi on doit prendre, comme expression de l'hypermétropie, la lentille convexe *la plus forte qui adapte l'œil à l'infini*, soit à une distance de 5 mètres.

C'est pour la même raison que les jeunes hypermétropes qui jouissent encore de toute la force de leur muscle ciliaire et ceux dont l'hypermétropie n'est pas trop forte voient parfaitement au loin et même jusqu'à une distance assez rapprochée sans intervention de lunettes convexes.

Causes de l'hypermétropie. — L'hypermétropie qui, comme nous venons de le voir, consiste en ce que le foyer principal des milieux dioptriques est situé *derrière* la rétine, peut être produite par des causes différentes.

1° Le système dioptrique de l'œil hypermétrope est le même que celui de l'œil emmétrope, mais *l'axe* de l'œil est *trop court*, comme le représente la *fig.* 73. J'ai donné à cette forme d'hypermétropie le nom *d'hypermétropie axile* et le signe H^a pour indiquer à la fois la nature de l'amétropie et sa cause.

2° La longueur de l'œil hypermétrope est la même que celle de l'œil emmétrope, mais *sa force réfringente* est *trop faible*, soit que la convexité de la cornée ou celle des surfaces du cristallin ait diminué, ce qui constitue l'hypermétropie de courbure H^c, soit que le cristallin manque ou que l'*indice de réfraction* de l'humeur aqueuse ou du cristallin ait diminué, H^i.

La forme la plus fréquente de l'hypermétropie est l'*hypermétropie axile*, c'est-à-dire l'hypermétropie produite par un certain arrêt du développe ment de l'œil dans sa totalité ou dans son diamètre antéro-postérieur. Ces yeux se distinguent par leur petitesse et par leur mobilité, ce qui fait qu'en les faisant regarder fortement du côté du nez et en écartant les paupières, on distingue non-seulement toute la partie équatoriale fortement courbée, mais encore une bonne partie du globe oculaire qui descend plus brusquement vers le pôle postérieur.

Quant à la seconde forme de l'hypermétropie, *l'hypermétropie de courbure*, elle est beaucoup plus rare, les mensurations ophthalmométriques ayant démontré que la cornée de l'hypermétrope n'est pas plus plate que celle du myope et qu'elle est même souvent plus convexe. D'autre part, DONDEBS et MAUTNER citent des cas d'hypermétropie produite par une dépression de la cornée par suite de ké-

ratites, et il n'y a pas de doute que quelquefois elle ne soit due à un aplatissement du cristallin (1).

Je n'ai pas besoin de vous citer des exemples de l'hypermétropie produite par la disparition du cristallin; vous avez tous observé des cas de luxation du cristallin, et vous voyez tous les jours des opérés de cataracte armés d'immenses lentilles convexes qui corrigent le haut degré d'hypermétropie qu'ils doivent à l'extraction du cristallin. Enfin, l'hypermétropie qui se développe dans l'âge avancé, comme DONDERS l'a démontré le premier, doit très-probablement être attribuée à une diminution de l'indice de réfraction du cristallin par suite d'une dégénérescence sénile (m. 227). On a alors un exemple d'Hⁱ. *(A suivre)*.

PATHOLOGIE INTERNE

Tuberculose aiguë des synoviales;

Par **A. LAVERAN**, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

L'arthrite tuberculeuse a déjà été décrite; M. le docteur Cornil en a publié un cas très-démonstratif (*Archives de Physiologie*, 1870 p. 325. — Cornil et Ranvier: *Manuel d'histologie pathologique*, p. 433). En 1875, une thèse a été soutenue à Paris *Sur l'arthrite tuberculeuse* par M. J. Roux; mais, dans tous les cas connus il s'agit d'*arthrites chroniques* avec suppuration des articulations; *il existe dans la catégorie des tumeurs blanches une variété véritablement tuberculeuse*, telle est la conclusion de la thèse de M. J. Roux; conclusion à laquelle Bonnet était déjà arrivé (*Traité des maladies articulaires*, 1845); mais les faits publiés par Bonnet sous le titre d'arthrites tuberculeuses étaient discutables. L'observation suivante démontre qu'à côté de l'arthrite tuberculeuse chronique il faut admettre une arthrite tuberculeuse aiguë ou tuberculose aiguë des synoviales; c'est là une particularité intéressante, et non encore signalée, je crois, de l'histoire de la tuberculose aiguë.

OBSERVATION. — *Tuberculose aiguë à forme asphyxique, localisation initiale sur les articulations. Mort, autopsie.* (Observation recueillie par M. TOURNIER, médecin-stagiaire.)

T..... soldat au 80e régiment de ligne, entre au Val-de-grâce le 21 juin 1876, (salle 30, lit 26, service de M. A. LAVERAN). C'est un homme de 22 ans, assez bien constitué, non amaigri; au service militaire depuis huit mois; il raconte qu'il n'a jamais été bien vigoureux; il a eu une pleurésie du côté droit dans son enfance; pas d'hémoptysies. La mère du malade est morte à l'âge de 55 ans d'une attaque d'apoplexie; il a un frère et une sœur qui se portent bien.

Le billet d'entrée à l'hôpital signé par le médecin du corps, porte le diagnostic de *rhumatisme articulaire*. Depuis six jours les articulations des genoux et des cous-de-pied sont le siége de vives douleurs qui empêchent la marche ou qui la rendent du moins très-pénible. Les deux genoux sont tuméfiés, douloureux à la pression (21 Juin); le genou droit est plus tuméfié que le gauche; on produit facilement le choc caractéristique de l'hydarthrose en pressant sur la rotule.

Etat général satisfaisant, peu de fièvre, langue blanche, anorexie; pas de complication du côté du cœur. — Le diagnostic de rhumatisme articulaire subaigu est porté. — Badigeonnages iodés et ouate autour des articulations des genoux).

22 juin. A la visite du matin, le malade a une fièvre vive (39° dans l'aisselle); toux rare, crachats muqueux, respiration accélérée, difficile. A l'examen de la poitrine: matité en arrière aux deux bases; frottements pleuraux à la base gauche; râles sibilants et muqueux disséminés dans toute la poitrine. Constipation. 2 verres d'eau de sedlitz; 20 ventouses sèches sur le thorax).

23 juin. La dyspnée augmente ainsi que la fièvre; le soir la température est de 40°, 6. Le malade ne souffre pas, ne se plaint pas, mais il est facile de voir que la respiration s'embarrasse de plus en plus; les lèvres sont légèrement cyanosées, les muscles accessoires de la respiration luttent contre l'asphyxie commençante, les ailes du nez se dilatent à chaque inspiration. (Bouillon, lait, potion avec kermès 0, 30 et chlorhydrate de morphine 0,02. Ventouses sèches).

24 juin. Nuit mauvaise. Ce matin, légère stupeur. Peau sèche donnant au toucher la sensation d'une chaleur âcre, mordicante. Le ventre est un peu tendu non douloureux à la pression; pas de taches rosées. A l'auscultation de la poitrine, on trouve des râles sibilants et sous-crépitants disséminés; il y a toujours de la matité aux deux bases, surtout à gauche. Le malade ne se plaint plus de ses douleurs articulaires, toute l'attention est du reste concentrée sur les phénomènes thoraciques. Le diagnostic de rhumatisme articulaire est abandonné pour celui de tuberculose aiguë.

Les jours suivants la dyspnée continue à augmenter (36 à 40 inspirations par minute); l'auscultation donne les mêmes signes. La matité déclive du côté gauche augmente seulement. La fièvre persiste.

24 Juin	39°, 8	le matin	40° le soir
25 —	39°, 4	—	39°, 8 —
26 —	38°, 4	—	39°, 6 —
27 —	38°, 8	—	39°, 2 —
28 —	39°,	—	39°, 6 —
29 —	39°, 2	—	40° —
30 —	39°, 4	—	39°, 8 —

1er juillet. La dyspnée augmente (44 inspirations, par minute) ainsi que la cyanose; les râles sous-crépitants deviennent plus nombreux surtout à droite; à gauche, signes d'un épanchement pleurétique peu abondant. Fièvre: 39° le matin; — 38°, 6 le soir.

2 juillet. Menace d'asphyxie pendant la nuit. Ce matin, sueurs profuses; pouls petit, à 96, battements du cœur profonds; 44 inspirations par minute; fièvre: 38°, 6 le matin, 39°, 4 le soir. (Sinapismes, ventouses sèches, etc.)

3 juillet. Dyspnée considérable, cyanose de la face très marquée. Fièvre: 38°, 8 le matin, 39° le soir. Langue sèche, rôtie. Pas de symptômes cérébraux, intelligence intacte.

4 juillet. L'asphyxie se prononce de plus en plus, la température est de 37°, 6 le matin et de 38°, 2 le soir. — Mort dans la soirée.

AUTOPSIE *faite le 6 juillet.* — Pas d'amaigrissement notable, cyanose générale; lividités cadavériques très-marquées. — *Thorax.* La plèvre gauche contient un litre et demi environ de sérosité citrine; dépôts fibrineux à la surface du poumon gauche indiquant une inflammation récente. A droite, adhérences intimes des feuillets pleuraux; épaississement notable de la plèvre, (2 à 3 millimètres; ce sont là des lésions anciennes; traces d'inflammation récente là où des adhérences solides n'existent pas, notamment au niveau des médiastins. Les plèvres sont criblées de granulations tuberculeuses.

Le poumon droit est très-volumineux, fortement congestionné, il ne s'affaisse pas à l'ouverture du thorax. Depuis le sommet jusqu'à la base, semis très-riche de granulations grises agglomérées sur certains points par ilots de 10 à 12; les tubercules sont plus nombreux au sommet qu'à la base et à la partie postérieure qu'à la partie antérieure du poumon; pas de trace de lésions anciennes au sommet.

Le poumon gauche, comprimé par l'épanchement, est revenu sur lui-même; comme le poumon droit, il est criblé de granulations grisâtres un peu plus abondantes dans le lobe supérieur que dans l'inférieur. Pas de lésions anciennes au sommet.

La muqueuse bronchique est vivement injectée, pas de granulations tuberculeuses. — Les ganglions bronchiques sont volumineux; sur la coupe, marbrures blanchâtres et noirâtres produites par la dégénérescence caséeuse et l'accumulation de pigment.

Le péricarde contient un peu de sérosité citrine; pas de traces de péricardite aiguë; une seule tache laiteuse; le long des vaisseaux placés sous le feuillet viscéral, on distingue quelques granulations grosses comme des têtes d'épingles, remarquables par leur transparence: on dirait de petites gouttes de rosée. — Cœur sain, sang noir, caillots mous.

Abdomen. Granulations en grand nombre sur le grand épiploon et sur le péritoine diaphragmatique, principalement au niveau de la foliole gauche du centre phrénique; adhé-

(1) Mauthner. — *Die optisehen Fchler des Auges*, p. 223.

rences avec le rate. Pas de traces de péritonite aiguë. — *Intestins.* Dans la dernière portion de l'intestin grêle sur une longueur de 20 centimètres environ au-dessus de la valvule iléo-cœcale on trouve des ulcérations arrondies, au nombre d'une quinzaine, ayant en moyenne la dimension de pièces de 20 centimes. En dehors des ulcérations qui n'occupent pas spécialement les plaques de Peyer, la muqueuse est hypérémiée et parsemée de granulations nombreuses, grosses environ comme des têtes d'épingles. Ces granulations deviennent de plus en plus rares à mesure qu'on s'éloigne de la valvule iléo-cœcale.

Le *foie* a son volume normal; au-dessous de la capsule, on aperçoit un grand nombre de granulations blanchâtres qui apparaissent aussi sur les coupes faites en différents sens. — La *rate* est criblée de granulations grisâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle en moyenne; ces granulations sont assez régulièrement disséminées.

Rein droit. Après avoir enlevé la capsule fibreuse, on aperçoit quelques granulations grises une quinzaine environ sur chaque face du rein ; sur une coupe du rein on voit aussi quelques granulations disséminées, surtout dans la couche corticale.

Rein gauche. Les granulations offrent la même disposition que dans le rein droit, mais elles sont en plus grand nombre.

Centres nerveux. Pas de tubercules des méninges. Le cerveau ne présente rien d'anormal, mais il existe plusieurs tubercules dans l'intérieur de la protubérance annulaire et dans le bulbe. Une section transversale passant à quelques millimètres au-dessous du bord supérieur ou antérieur de la protubérance met à nu trois tubercules gros comme des pois ; deux de ces tubercules sont situés immédiatement au-dessous de la surface basilaire de la protubérance sur les parties latérales; le troisième est situé dans l'étage moyen un peu à gauche du raphé médian. Une autre coupe transversale passant par la partie moyenne de la protubérance montre un quatrième tubercule un peu plus petit que les précédents qui siége à droite, dans l'étage moyen. Une coupe longitudinale du bulbe, sur la ligne médiane, révèle l'existence d'un tubercule gros comme un gros pois, dur, grisâtre, qui a été divisé en deux parties à peu près égales par la section et qui siége à un centimètre environ au-dessous du bord inférieur de la protubérance. L'examen de la moelle épinière n'a pas été fait.

Articulations. Genou droit. A l'ouverture de l'articulation, il s'écoule une centaine de grammes de synovie jaunâtre, filante, transparente. La synoviale dans toute son étendue est vivement injectée et, sur le fond rouge de cette membrane, on voit se dessiner un grand nombre de granulations grisâtres, grosses environ comme des têtes d'épingles ; ces granulations donnent lieu à la formation de petites saillies très appréciables au toucher. Là où la synoviale est appliquée fortement sur les os les granulations ont une forme aplatie (1). — Le cartilage présente sur quelques points une teinte ecchymotique.

Genou gauche. Synovie en petite quantité; la synoviale est légèrement injectée; on n'aperçoit que de très-rares granulations.— Les autres articulations n'ont pas été ouvertes. — Les os (sternum, fémur, tibia) ne paraissent pas renfermer de granulations tuberculeuses.

Examen histologique. Synoviale du genou gauche. Des fragments de la synoviale sont étendus sur des lames de liége, puis durcis dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool ; des coupes sont ensuite pratiquées et colorées par le picrocarminate. La surface articulaire de la synoviale est inégale, mamelonnée et il est facile de reconnaître au premier abord que ces inégalités sont produites par l'existence de granulations tuberculeuses dans l'épaisseur de la synoviale. Ces granulations présentent la structure caractéristique du tubercule : au centre, une masse granuleuse, opaque, se colorant en jaune pâle par le picrocarminate, à la périphérie une zone de prolifération composée de cellules jeunes, à gros noyaux qui se colorent en rose vif par le picrocarminate. Les tubercules sont d'autant plus distincts qu'il existe peu ou pas d'inflammation circonvoisine ; les granulations les plus grosses ont érodé la couche superficielle de la séreuse articulaire ; on trouve aussi des granulations dans les franges de la synoviale.

Les éléments qui ont été décrits sous le nom de cellules géantes (Reisenzellen) se rencontrent au centre de presque tous les tubercules de la synoviale et sur plusieurs points ils sont remarquables par leur développement ; leurs contours sont en général arrondis, réguliers ; la partie centrale est occupée par une masse finement granuleuse qui se colore à peine par le picrocarminate ; les bords de l'élément prennent au contraire une teinte rose assez foncée parce qu'il existe là des amas de petits noyaux ovalaires qui fixent facilement le carmin. Les granulations des poumons et du foie sont remarquables aussi dans ce cas par le développement des *Reisenzellen*; il n'y a donc là rien de spécial aux tubercules des synoviales.

Cartilage pris à la surface des condyles du fémur. Pas d'altération notable.

Tubercules de la protubérance et du bulbe. Coupes faites après durcissement dans la gomme et l'alcool; coloration au picrocarminate. Ces tubercules se composent d'un grand nombre de petites granulations accolées les unes aux autres de façon à constituer une masse unique en apparence ; on distingue facilement sur les coupes les points centraux de chacune des granulations primitives qui sont granuleux, opaques, à peine colorés, des parties périphériques constituées par de petites cellules à gros noyaux se colorant vivement en rose par le picrocarminate ; au centre de la plupart des granulations on distingue une *Reisenzelle*.

L'examen histologique des granulations tuberculeuses a été fait également dans l'épiploon, dans les poumons, le foie et la rate, je crois inutile de reproduire la description des tubercules dans ces parties, il me faudrait répéter presque mot pour mot ce que j'ai dit, des tubercules de la synoviale et de la protubérance annulaire.

En résumé, un homme bien portant jusque-là est pris de douleurs articulaires siégeant surtout dans les genoux et s'accompagnant d'hydarthrose à droite ; en même temps, il existe une fièvre modérée ; le diagnostic de rhumatisme articulaire subaigu s'impose ; huit jours après le début des douleurs, on voit survenir une dyspnée considérable; la fièvre devient vive et continue et le malade succombe 15 jours après son entrée à l'hôpital en présentant tous les symptômes de l'asphyxie tuberculeuse aiguë; à l'autopsie, on trouve des granulations tuberculeuses en très-grand nombre dans les organes qu'elles envahissent d'ordinaire : poumons, plèvres, péritoine, foie, rate, reins, etc., et, de plus, on constate que les arthrites aiguës qui ont été la première manifestation de la maladie étaient des arthrites tuberculeuses dues à la présence de granulations grises parfaitement bien caractérisées dans l'épaisseur de la synoviale. L'examen histologique ne laisse aucun doute sur l'identité des granulations des synoviales avec celles trouvées dans les autres organes. Dans ce cas, les granulations tuberculeuses de la synoviale étaient plus nettes, plus faciles à reconnaître que dans l'arthrite tuberculeuse chronique, parce qu'il n'y avait pas de fongosités, pas de tissu inflammatoire englobant les granulations et se confondant plus ou moins avec elles.

Il n'est pas étonnant de voir la tuberculose, qui se localise si souvent dans les séreuses viscérales, envahir quelquefois les séreuses articulaires, je serais même porté à croire que si l'on examinait avec soin les articulations chez les sujets qui meurent de tuberculose aiguë on y trouverait assez souvent des granulations et cela expliquerait les douleurs vagues dans les membres et les articulations dont se plaignent beaucoup de malades ; mais, en général, on ne fait pas cet examen et il a fallu que ces douleurs prissent un caractère d'acuité tout à fait inusité pour que l'idée me soit venue d'ouvrir les articulations.

La confusion possible de la tuberculose aiguë avec le rhumatisme articulaire aigu est un fait clinique intéressant ; il faudra se défier à l'avenir de ces rhumatismes ar-

(1) Cette pièce anatomique a été présentée à la *Société Médicale des Hôpitaux* (séance du 14 juillet 1876).

ticulaires qui s'accompagnent de pleurésie, de méningite, de péritonite, etc., et qui se terminent par la mort, lorsque l'autopsie n'aura pas été faite.

L'existence de tubercules assez volumineux dans l'intérieur de la protubérance et dans le bulbe pourrait faire croire que ces lésions étaient plus anciennes que les autres, mais l'examen histologique a démontré que ces tubercules étaient constitués par un grand nombre de granulations serrées les unes contre les autres et ces dernières granulations dans lesquelles se décomposaient les gros tubercules de la protubérance et du bulbe avaient le même volume que celles des autres organes. On peut donc admettre que tous les organes ont été envahis à peu près en même temps et que la maladie a évolué dans l'espace d'une vingtaine de jours seulement. Il n'y avait pas trace de lésions tuberculeuses anciennes aux sommets des poumons; on trouvait seulement les cicatrices d'une pleurésie du côté droit que le malade avait eue dans son enfance : adhérences solides des feuillets pleuraux, épaississement notable des plèvres.

Les tubercules, trouvés à l'autopsie dans l'intérieur de la protubérance et dans le bulbe, n'avaient donné lieu pendant la vie à aucun symptôme apparent probablement parce que ces tumeurs avaient écarté les fibres blanches du bulbe et de la protubérance sans les détruire ; il est à noter du reste qu'aucun de ces tubercules ne s'était développé sous le plancher du quatrième ventricule au niveau des colonnes de substance grise qui donnent naissance aux nerfs bulbaires. La dyspnée et l'asphyxie à laquelle le malade a succombé s'expliquent fort bien par les lésions pulmonaires et se rencontrent au même degré chez tous les malades qui succombent à la forme thoracique de la tuberculose aiguë (1), il n'est donc pas nécessaire de faire intervenir une compression des noyaux des pneumogastriques par les tubercules du bulbe ou de la protubérance.

(1) A. Laveran. — *Contribution à l'étude de la tuberculose aiguë.* In *Rec. de Mém. de Médecine militaire*, 1872).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Les affaires médicales au Conseil général de la Seine. — Mémoire de M. le Préfet.

Pour l'exercice 1877, le budget ordinaire s'élève à 15,901, 437 fr. 54 et le budget extraordinaire à 9,162,479 fr. 72, dont le total est de 25,063,917 fr. 26.

Les dépenses pour les *Enfants assistés* sont évaluées à 3,831,300 fr., ce qui fait 139,660 fr. de moins que pour l'exercice 1876. Nous aurons l'occasion de revenir sur la question des Enfants assistés. Aujourd'hui nous nous bornerons avec le mémoire

« A signaler les principales améliorations réalisées ou proposées par l'inspection départementale. Ces améliorations étudiées en vuo de donner satisfaction aux vœux formulés par le Conseil général concernent : l'organisation d'un service spécial de visiteurs permettant au service central de faire procéder à des enquêtes sérieuses; la réduction du prix de journée à l'hospice dépositaire; les moyens employés pour diminuer le séjour des enfants dans cet établissement et pour former rapidement les convois de nourrices chargées d'emmener nos jeunes pupilles à la campagne; la réorganisation et l'augmentation du nombre de nos circonscriptions de province ; un nouveau mode de répartition des secours destinés à prévenir l'abandon; l'adjonction à tous les agents de surveillance de commis pour les aider dans leur tâche; les visites médicales plus fréquentes pour les enfants de 1 jour à 1 an, etc., etc. Toutes ces réformes, qui auront pour conséquence directe soit de diminuer le nombre des abandons, soit d'adoucir la situation matérielle et morale des élèves, soit enfin de faciliter le contrôle et la surveillance, pourront être obtenues sans accroissement de dépense. Pour l'ensemble du service des Enfants assistés, les propositions budgétaires de 1877 s'élèvent à 3,821,370 francs. C'est une économie de 149,090 fr. sur le crédit voté l'année dernière. »

C'est avec raison que le mémoire insiste sur la nécessité de conserver le moins longtemps possible les enfants dans l'établissement hospitalier. En effet, plus leur séjour s'y prolonge, plus ils sont exposés à contracter des maladies contagieuses: le croup, la rougeole, la variole, etc., maladies pour lesquelles, chose inconcevable! il n'y a pas de salles permettant d'établir un véritable isolement. Et cette lacune existe non-seulement à l'hospice de la rue d'Enfer, mais encore à l'hôpital des Enfants malades et à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Les sommes pour l'*Assistance publique* montent à 458.071 fr. 33, soit 13.138 fr. 33 de plus qu'en 1876 ; — celles qui sont demandées pour les *Aliénés* à 4.140.920 fr., soit 13.120 fr. de plus qu'en 1876. Le nombre des aliénés traités dans les asiles du département de la Seine ou dans les *asiles extérieurs* était au 31 décembre 1875 de 7.072 et au 31 décembre 1875 de 7.248. La progression dans le nombre des malades est moindre que celles des années précédentes. Le total du compte de l'exercice 1874 s'élevait à 4.116.447 fr. 88 ; celui de 1875 a 4.030.464 fr. 26. La somme demandée pour 1877 est de 4,000.000 fr. égale à celle de 1876.

Nous tenons à donner maintenant quelques renseignements sur les travaux exécutés dans les asiles d'aliénés.

« A Sainte-Anne, on a terminé la construction du nouveau quartier des femmes et on a commencé celle du nouveau quartier d'hommes ; à Ville Evrard, on a procédé à la transformation en dortoirs des deux derniers pavillons du pensionnat (hommes et femmes) et on a terminé l'ameublement des divers pavillons. A Vaucluse, on a fourni le mobilier et tous les objets d'habillement nécessaires à la colonie d'enfauts idiots, qui commencera à fonctionner le 1er janvier prochain, et on a installé un service de secours contre l'incendie...

Le crédit affecté à l'entretien des asiles d'aliénés, a dû être augmenté de 3,000 fr. en raison de l'installation du nouveau pensionnat de Ville-Evrard et de la création de la colonie d'enfants idiots de Vaucluse. »

Sur le chiffre des ressources extraordinaires, 545.646 fr. seront prélevés pour la création d'asiles d'aliénés.

« Le crédit de 545,646 fr. qui vous est demandé, dit le mémoire, pour les asiles d'aliénés, a pour objets : à l'asile Sainte-Anne, l'achèvement du quartier d'hommes dont la construction a été commencée en 1876; l'ameublement et la fourniture du linge, des effets et des divers objets nécessaires au fonctionnement des deux nouveaux quartiers d'hommes et de femmes, et la reconstruction d'égouts ; à l'asile de Ville-Evrard, l'établissement de clôtures au pensionnat du côté du parc ; enfin, à l'asile de Vaucluse, l'établissement de galeries de service pour relier entr'eux les principaux bâtiments de la colonie d'enfants idiots, l'installation d'une enceinte palissadée pour le combustible et la fourniture d'un pont bascule.

Les études auxquelles a donné lieu, tant de la part de l'administration que de celle de la commission de surveillance des asiles, la création d'un quartier de sûreté sur les terrains voisins de l'asile Sainte-Anne, n'étant pas encore terminées, je ne suis pas encore en mesure de vous soumettre, cette année aucune proposition à ce sujet. »

Un seul point doit être relevé, c'est celui qui regarde les crédits alloués pour les frais de translation. Il est regrettable qu'un département comme le département de la Seine soit obligé de faire transférer dans des asiles très-éloignés des malheureux qu'il a le devoir d'assister sur son territoire. Si les administrateurs assistaient aux scènes déchirantes qui se produisent à chaque transfert, il ne se passerait pas un long temps avant que de nouveaux asiles soient créés. Ce n'est pas d'ailleurs l'espace qui manque et il est surprenant que les terrains libres qui existent à Bicêtre et à la Salpétrière ne soient pas utilisés.

Le mémoire de M. le Préfet nous donne des renseignements sur un autre ordre de faits, d'un intérêt très-grand au point de vue de la santé physique de la population de la Seine. Sur les 14,378 inscrits pour la conscription, 5,608 ont été reconnus propres au service armé; 848 ont été ajournés à un an pour un nouvel examen physique (242 pour

insuffisance de taille, 606 pour insuffisance de développement) ; 1946 ont été réformés pour infirmités. Celles qui ont motivé le plus de cas de réforme sont : la perte d'un membre, 505 ; la faiblesse générale de constitution, 187 ; les affections du système osseux, 180 ; la hernie (*sic*), 85 ; les scrofules (*sic*), 82 ; les affections du système nerveux, 80 ; les affections cutanées, 59 ; celles de l'ouïe, 43 ; la phthisie a été constatée 186 fois, soit une moyenne de 1 cas de phthisie sur 77.

Sous le rapport de l'instruction, 13,561 savent lire, écrire et compter ; 180 savent lire et écrire ; 249 savent lire seulement ; 756 ne savent ni lire ni écrire. Pour le surplus (193), on n'a pu vérifier le degré d'instruction. Bien que ces derniers renseignements n'aient pas trait directement aux affaires médicales, nous avons cru bon d'en faire mention car nos lecteurs ont trop souvent l'occasion de voir les inconvénients de l'ignorance pour dédaigner des statistiques de ce genre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 *octobre*. — Présidence de M. Laborde.

M. Bouchard recommande l'emploi de l'iodure double de mercure et de potassium pour déceler des traces d'albumine dans les urines. Mais pour se servir avec avantage de ce réactif extrêmement sensible, il faut se mettre en garde contre certaines causes d'erreurs : 1° Pour le préparer, il faut dissoudre le sel mercurique dans un excès d'iodure de potassium ; sans cette précaution, on pourrait avoir un précipité dans des urines normales ; — 2° L'iodure double précipite la mucine : mais on ne confondra pas ce précipité avec celui que donne l'albumine. C'est d'abord un nuage qui trouble la liqueur : lorsqu'il tombe au fond, il a une forme globuleuse et non aplatie comme celui d'albumine ; — 3° On a également un précipité dans les urines neutres ou faiblement acides, riches en urates. Mais il se produit lentement, se montre d'abord à la partie supérieure ou moyenne du tube, sans atteindre les couches inférieures et disparaît sous l'influence de la chaleur ; — 4° Dans les urines alcalines, il peut se former un précépité d'iodure de mercure et d'urée, blanc d'abord, puis gris, enfin noir. Cette dernière teinte suffit à la distinguer du précipité albumineux ; — 5° Certains alcaloïdes précipitent également : mais ce n'est plus le précipité floconneux et caillebotté de l'albumine : de plus, la réaction se montre d'abord dans les couches supérieures et, en élevant la température, on voit le liquide reprendre sa transparence. Il suffit donc d'indiquer ces causes d'erreur, faciles à éviter, et l'on peut considérer l'iodure double de mercure et de potassium comme un excellent réactif de l'albumine.

M. Galippe demande à M. Bouchard s'il l'a comparé à l'acide picrique et si l'on peut s'en servir pour l'analyse quantitative de l'albumine.

M. Bouchard n'a pas comparé l'acide picrique à l'iodure double. Quant au dosage de l'albumine par ce réactif, on l'a essayé : mais les données sur lesquelles on s'est appuyé sont inexactes.

M. Pitres fait une communication sur les dégénérations secondaires à la suite des lésions corticales sur laquelle nous reviendrons.

M. Charcot fait ressortir tout l'intérêt de cette communication au point de vue des localisations corticales. L'histoire clinique des lésions de la zone motrice de l'écorce cérébrale est aujourd'hui assez avancée et l'on sait quels symptômes leur sont propres ; les recherches de M. Pitres prouvent également que, au point de vue des dégénérations secondaires, le système des circonvolutions ascendantes diffère des autres circonvolutions. Des faits cliniques et anatomo-pathologiques, on peut donc conclure que la région motrice de l'écorce forme comme un tout distinct, dans le cerveau. On découvrira sans doute un jour la connexion anatomique qui doit exister entre elle et la capsule interne, point de départ des dégénérations secondaires.

M. Chatin dépose sur le bureau une note au sujet d'un helminthe non encore décrit qu'il a trouvé dans l'œil d'une mouche. Ce ver semble appartenir au genre des Filaria. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 *octobre* 1876. — Présidence de M. Chatin.

M. Galezowski lit un travail sur quelques affections traumatiques de l'œil, survenant à l'époque de la chasse et produites par des grains de plomb.

M. Verneuil entretient l'Académie d'une opération de *gastrostomie* qu'il a pratiquée chez un individu, atteint d'un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, et qui fut suivie de guérison. Il s'agit d'un jeune homme, âgé de 17 ans. Au mois de février 1876, il avala une solution de potasse caustique qui occasionna une œsophagite suraiguë dont les symptômes s'aggravèrent à tel point que le cathétérisme, d'abord difficile, devint impossible ; enfin le dépérissement notable et le mauvais état général du malade décidèrent M. Verneuil à pratiquer la gastrostomie le 24 juillet.

Opération. — Tous les instruments et tous les objets qui doivent être en rapport avec le malade sont plongés dans une solution phéniquée au 1/20. Chloroformisation.

« Incision parallèle au rebord cartilagineux des côtes gauches, par conséquent oblique en bas et en dehors, longue de 5 centimètres environ. On incise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le muscle grand oblique. On arrive alors sur le péritoine qu'on soulève avec une pince à griffes et qu'on sectionne avec les ciseaux. L'estomac apparaît : on va le saisir à l'aide de la pince à griffes, on l'attire dans la plaie et on le traverse avec deux longues aiguilles à acupuncture perpendiculaires aux lèvres de l'incision, de manière à maintenir la paroi stomacale en contact avec les lèvres de l'incision. Puis, on saisit les bords de l'ouverture péritonéale avec une série de pinces hémostatiques que l'on confie à des aides. On se met alors à passer des points de suture métallique avec le chasse-fil, chaque anse de fil comprenant le péritoine et la paroi stomacale. On parvient facilement à placer 14 anses ; cela fait, les deux grandes aiguilles à acupuncture sont retirées. On incise la paroi stomacale qui, étranglée par les nombreux points de suture, est le siége d'une congestion intense ; la boutonnière une fois établie, on y introduit une grosse sonde de caoutchouc rouge que l'on fixe en l'enfilant avec un fil d'argent qui traverse en même temps la paroi stomacale ; on laisse ainsi 7 à 8 centimètres de sonde dans l'estomac. — L'incision de la paroi stomacale donnant lieu à un écoulement très-considérable de sang, on l'arrête en plaçant à demeure des pinces hémostatiques ; enfin, une application de collodion est faite sur tout l'abdomen. »

Depuis l'opération, on a changé la sonde en caoutchouc rouge ; la nouvelle sonde est énorme et reste à demeure dans la fistule dont les bords arrondis présentent un léger bourrelet de muqueuse gastrique — Aucun accident n'est survenu, les sutures sont tombées d'elles-mêmes ; le succès opératoire est complet. Le malade se nourrit en injectant par sa sonde divers aliments semi-solides ou liquides ; le sens du goût est aboli, mais l'appétit persiste. Tandis qu'il mange avec sa bouche stomacale, il demande à mâcher un aliment semblable, comme s'il devait satisfaire à son goût. Le 18 août, ce malade pesait 34 kilogr. Le 24 octobre, il pèse 42 kilogr.

M. Colin, à propos du procédé opératoire employé par M. Verneuil, pense qu'on pourrait efficacement recourir à la méthode des physiologistes. Cette méthode consiste, comme on le sait, à introduire une canule à double rebord à travers les lèvres de la boutonnière préalablement établie ; de cette façon les bords de la plaie stomacale se trouvent rapprochés des lèvres de la plaie abdominale. — M. Verneuil maintient son procédé chirurgical en raison des accidents auxquels on n'expose pas le malade. — La séance est levée à 4 heures 40.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances de mai 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

26. Rétrécissement cancéreux de l'œsophage avec perforation de la plèvre droite ; par M. LÉGER, interne des hôpitaux.

Le malade, âgé de 40 ans, paraissait encore vigoureux quoique assez maigre quand il est entré dans le service de M. BUCQUOY. On ne trouvait dans ses antécédents personnels aucune trace de syphilis, ni aucune circonstance qui pût permettre de se rattacher à l'idée d'une lésion cicatricielle. Pas de traces de brûlures œsophagiennes ni d'empoisonnement antérieur. La gêne de la déglutition avait commencé six mois auparavant, existant au début seulement pour les premières bouchées du repas qui passaient en buvant coup sur coup. Les solides ont été bientôt complétement arrêtés et depuis trois semaines les liquides ne passaient plus.

Cet homme a présenté comme particularité intéressante une constriction telle au niveau de l'orifice supérieur du larynx que le passage de la sonde œsophagienne a été impossible les premiers jours, si bien que l'on pensait alors à un rétrécissement situé au niveau de l'orifice inférieur du pharynx. Si on passait une fois la sonde avec grand peine, le passage était impossible une seconde fois. Mais bientôt cette sorte de spasme devint moins énergique. Les boules œsophagiennes de gros calibre y passaient plus facilement que les petites et l'on constata nettement que le véritable point où s'arrêtait la sonde répondait à la 7e dorsale. L'erreur du début sur le siége véritable pouvait encore être favorisée par une sensation de picotement que le malade rapportait au niveau du larynx, tandis que jamais il ne s'est plaint d'un autre point sur le trajet de l'œsophage. L'arrêt des liquides n'a jamais été absolu. Le passage paraissait plus facile de haut en bas que de bas en haut, puisqu'il y avait quelquefois des vomissements stomacaux assez abondants, vomissements que le malade différenciait bien des vomiturations œsophagiennes qu'on remarquait aussi, et dont il peignait exactement les caractères. L'affaiblissement faisait des progrès assez rapides. Le malade toussait depuis quelque temps, avait la pommette rouge et un mouvement fébrile le soir, quand un jour, à la visite du matin, on le trouva haletant et sur le point de suffoquer. La mort arriva quelques minutes après.

AUTOPSIE. — On trouve dans la *plèvre droite* un épanchement d'air qui refoule complétement le poumon en haut et en dedans. Il n'existe pas encore de liquide dans cette cavité; mais çà et là quelques détritus grisâtres, probablement venus de l'œsophage seulement posés sur la plèvre et facilement enlevés par le doigt principalement sur toutes les parties inférieures. Les deux *poumons* présentent à leur sommet quelques adhérences et une cavernule irrégulière.

L'*œsophage* enlevé se déchire longitudinalement au niveau de la 7e dorsale, de sorte que le point précis de la perforation n'a pu être noté. Il adhère fortement au même niveau aux parois de l'aorte, sans que ce vaisseau présente d'altération à sa surface interne. Ce point altéré de l'œsophage, sensible au toucher par sa dûrcté, ne se trahit à l'extérieur par aucune tuméfaction. Au-dessus de lui, il ne s'est pas établi de poche œsophagienne. En incisant cet organe, on trouve sa partie supérieure et le pharynx intacts, de sorte que l'arrêt qu'on y avait senti quelquefois, tenait bien uniquement à un spasme. A 14 cent. du cricoïde, au-dessous de la bronche gauche, commence une ulcération grisâtre, calleuse, non bourgeonnante, comprenant tout le calibre qui va se rétrécissant en entonnoir. Le point le plus étroit a une longueur de 2 cent. Au-dessous, existent encore quatre centimètres de parties saines avant le cardia, au niveau duquel on sent dans l'épaisseur de la paroi une plaque dure, criant sous le scalpel, grisâtre à la coupe, ayant envahi la moitié droite de l'œsophage à sa terminaison. Mais au-dessus du rétrécissement, à 7 cent., 5 du cricoïde, il existe encore sur la paroi antérieure de l'œsophage deux petites saillies très-régulièrement arrondies, symétriques, se touchant presque par leur bord interne dont la séparation répond à la ligne médiane. Ces deux petites boules, grosses comme un pois, d'un blanc laiteux, rénitentes, glissent sur la tunique musculeuse qui leur est sous-jacente et peuvent presque s'énucléer après avoir été incisées sur la ligne médiane. La coupe en est un peu mollasse, semblable au centre à un fromage blanc.

L'*examen microscopique* au niveau du point rétréci ne fit plus retrouver aucune trace de muqueuse. Au milieu d'un tissu fibreux, à faisceaux parallèles, on voyait des cellules polyédriques, toutes égales en volume, le plus souvent rangées bout à bout en longues traînées qu'on trouvait ainsi insinuées dans l'épaisseur des fibres musculaires de l'œsophage. Plus loin se trouvaient, dans l'épaisseur même de ces fibres, quelques îlots de cellules embryonnaires. Il n'y avait que peu de globes épidermiques se dessinant sans grande netteté. Au niveau des deux petits mamelons de la paroi antérieure de l'œsophage, la coupe donnait à peu près les mêmes résultats; seulement la couche musculaire n'était que très-peu altérée, et les globes épidermiques s'y trouvaient beaucoup plus nombreux et plus nets.

27. Ecrasement du pied droit. Ulcération de la cicatrice du talon. Résection partielle, puis extirpation totale du calcanéum. Amputation de jambe au tiers inférieur ; albuminurie chronique ; par M. Maurice LETULLE, interne des hôpitaux.

Ben..., 32 ans, eut, en 1871, le pied écrasé par une roue de voiture ; la peau du talon fut le siége d'une large plaie qui mit huit mois à se cicatriser. Au bout de quelques mois, la cicatrice, correspondant à la face inférieure du calcanéum, commença à s'ulcérer ; enfin, le 27 septembre 1873, M. TRÉLAT pratiqua une résection partielle du calcanéum dont la face inférieure était le siége d'une périostite chronique.

Au bout d'un an environ, l'ulcération de la cicatrice qui avait récidivé rapidement ne permettait plus au malade de marcher. M. Trélat se décide à l'ablation totale du calcanéum, (fin de 1874). Le malade guérit rapidement par ankylose du pied, à angle obtus sur la jambe ; il put marcher sur l'extrémité antérieure des métatarsiens. La cicatrice, résultant de cette opération, ne tarda pas à s'ulcérer et le malade rentrait à l'hôpital au commencement de l'année 1876.

On trouve, au moment de son entrée (*avril* 1876), au niveau de la région postérieure du pied, une cicatrice fibreuse, épaisse, adhérant profondément aux surfaces osseuses, au centre de laquelle on aperçoit un point osseux, recouvert par une ulcération rosée, dont les bourgeons un peu fongueux laissent sourdre un pus séreux peu abondant. Cette saillie osseuse parait appartenir au bord postérieur de l'astragale immobile sous le tibia.

Les mouvements du cou-de-pied sont impossibles, les orteils se fléchissent assez bien. Quelques douleurs sourdes mais non continues dans la cicatrice, l'état général est assez bon. Toutefois, on apprend que depuis l'âge de 18 ans, le malade, par instants, éprouve de violentes palpitations, surtout à l'occasion de grands efforts. Souvent léger œdème des pieds, surtout le soir.

On essaie quelques greffes épidermiques; deux greffes prennent sur le sommet même de la saillie osseuse. Toutefois, pendant que le centre de l'ulcère se cicatrise, les bords se creusent peu à peu ; quelques douleurs continues s'établissent dans la plaie. L'urine offre tous les caractères d'une albuminurie chronique; quantité considérable d'albumine. Cylindres hyalins.

24 mai. *Amputation de jambe* au tiers inférieur, lambeau postérieur, torsion des artères. Sous l'influence du chloroforme, délire violent, agitation.

Examen du pied amputé. La *peau* du pied, au niveau de la cicatrice résultant de l'ablation du calcanéum, est très-adhérente aux tissus sous-jacents. On dissèque cette peau et on constate que la saillie osseuse signalée plus haut et constituée, en effet, par le bord postérieur de l'astragale immobilisé dans une légère flexion sur la jambe, en sorte que l'avant-pied forme avec la jambe un angle obtus-à sinus antérieur. On trouve les deux *nerfs* plantaires qui sont absolument enserrés dans la peau cicatricielle et qu'on dissèque fort difficilement ; ils passent de chaque côté de l'ulcération de la peau, mais n'ont pas de rapports immédiats avec la plaie ; l'*artère tibiale postérieure* est également comprise dans le tissu de cicatrice. Les *tendons* du jambier postérieur et du fléchisseur

commun des orteils se perdent dans la cicatrice, leurs *synoviales* de glissement n'existent plus. Le tendon du fléchisseur propre du gros orteil se trouve incomplétement soudé à son canal fibreux au niveau de la cicatrice; sa synoviale est incomplétement soudée à la face plantaire; cependant, on retrouve le tendon et sa synoviale, mais immobile et ne servant plus à rien. Les *muscles* de la région plantaire s'attachent au tissu de cicatrice qui comble la cavité inférieure de l'astragale. On arrive facilement à dénuder cet os : sa face articulaire calcanéenne a son aspect normal quand le tissu fibreux de cicatrice est enlevé ; sa face tibio-péronière est incomplétement soudée aux surfaces du tibia et du péroné ; on retrouve cependant un rudiment de synoviale en avant et en arrière au niveau des bords antérieur et postérieur du tibia.

29 *mai*. Quatre jours après l'opération, les neuf fils de suture sont enlevés. La réunion primitive se fait cependant dès le 4 *juin*, une hémorrhagie veineuse apparait, sans cause connue; bientôt les cicatrices des fils s'ulcèrent et les deux extrémités du moignon, qui avait été traversé par un tube à drainage, mettent un temps considérable à se cicatriser.

13 *juin*. Un petit abcès périostique se montre au niveau du bord antérieur du tibia dans le moignon même. Le 15, un décollement du lambeau se montre et la fluctuation se reconnaît à la partie postérieure du moignon ; on passe un tube à drainage qui reste quinze jours.

Enfin, ce n'est que le 15 juin que le malade peut être considéré comme guéri complétement. L'albuminurie persiste toujours très-marquée, et le malade très-impressionnable, n'est enfin rassuré sur son état que le jour où on lui permet de sortir et de marcher.

Réflexions. Cette observation est intéressante à plusieurs titres : 1° L'ulcération persistante et progressive de la cicatrice cutanée résultant d'une plaie par écrasement; 2° les nombreuses opérations tentées contre cet accident de si longue durée, et toujours sans résultat favorable ; 3° l'albumirie chronique méconnue pendant quatre ans, et qui pourrait sans doute expliquer le travail ulcératif de la cicatrice ; 4° le peu de vitalité de la région cicatricielle dont la peau était continuellement pressée contre la saillie osseuse de l'astragale; 5° Enfin les doutes qui doivent subsister au point de vue de la guérison définitive, quoique aujourd'hui, deux mois après la cicatrisation absolue, l'état local du moignon soit excellent.

M. Després. Je désire faire remarquer que, malgré la fusion des vaisseaux et des nerfs dans la cicatrice, il n'existe aucune ulcération à la face correspondante des orteils.

28. Dégénérescence amyloïde du foie chez un tuberculeux;
par le Dr Couty, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

S... Eugène, 45 ans, entré le 11 mai 1876, lit 33, salle 25, service de M. Villemin.

Pas d'antécédents scrofuleux ou diathésiques; pas de maladies antérieures. Vers *janvier* 1875, ce malade aurait été pris sans cause appréciable, sans symptômes fébriles, d'une toux légère qui est devenue plus violente et a persisté depuis ; en juin 1875, il aurait eu quelques hémoptysies ; en février 1876, la voix est devenue rauque, puis de plus en plus éteinte ; depuis quelques semaines, il est survenu de la diarrhée, d'abord passagère, puis presque constante : enfin le malade est sourd surtout de l'oreille gauche, et y a de ce côté un écoulement purulent.

12 *mai*. On constate un amaigrissement considérable et un état cachectique avancé : sueurs abondantes nocturnes ; cependant la fièvre est peu appréciable, et le malade a conservé jusqu'à ces derniers jours assez d'appétit. Pas d'ictère, pas de vomissements.

Les *lésions pulmonaires* sont considérables : matité et gargouillements aux deux sommets dans une assez grande étendue : peu de résonnance à la percussion, râles cavernuleux et bronchiques dans le reste des poumons. Ventre volumineux, bombé, douloureux à la pression en certains points ; *foie* débordant les fausses côtes de deux travers de doigt ; épanchement ascitique peu considérable. Les lésions pulmonaires ayant surtout attiré l'attention, les organes abdominaux sont peut-être incomplétement examinés.

Les jours suivants l'état général s'aggrave : la diarrhée est considérable; le malade perd tout appétit, et il meurt le 22 mai dans la nuit, sans qu'il soit survenu aucun accident nouveau.

Autopsie le 23 avril. — Le larynx et le rocher n'ont pas été examinés. — *Cœur* légèrement décoloré. Un peu de liquide dans la plèvre gauche.

Poumons très-congestionnés : infiltration tuberculeuse généralisée, formant de tout le parenchyme comme un bloc de tubercules ; foyers de ramollissement et cavernules dans les parties supérieures; pas de cavernes de grosseur moyenne ; mais deux vastes cavités, presque similaires, de la grosseur d'un œuf de poule, occupant complétement le sommet de chaque poumon, coiffées par la plèvre épaissie à ce niveau et adhérente. La caverne gauche fuse en quelque sorte vers le bord antérieur du poumon, par un trajet secondaire long de 2 à 3 centimètres assez large, qui paraît aboutir à une bronche assez grosse.

Cavité abdominale : Liquide ascitique légèrement trouble, assez abondant ; péritoine épaissi, surtout au niveau des reins qui sont recouverts par une coque épaisse, dure ; le rein droit est adhérent au côlon. *Intestins* congestionnés : on les ouvre, ulcérations tuberculeuses nombreuses, à diverses périodes. *Rate* volumineuse, double de volume, mais ayant conservé sa consistance et sa couleur normale; à la coupe, tissu rouge violacé, uniforme. *Reins* normaux, à la surface et à la coupe.

Foie énorme, pesant 3 kil. 500 : l'hypertrophie porte sur toutes ses parties et sa surface est régulière : la capsule n'est pas épaissie : vésicule biliaire assez distendue par un liquide verdâtre, sans calculs. La consistance du tissu est augmentée, il est dur, résistant et le doigt n'y laisse aucune empreinte; la couleur est jaune brun uniforme à la surface. A la *section*, tissu dur et très-anémié : coloration brun rouge uniforme sans interposition de parties autrement colorées, dans tout le parenchyme ; immédiatement au-dessous de la capsule, il y a une couche jaunâtre de 1 à 2 millim., et au-dessous encore une zone intermédiaire assez étroite où quelques parties jaunes sont mêlées au tissu rouge. Ce tissu traité par l'iode prend une coloration rouge brun plus foncé tirant au marron; si on ajoute alors de l'acide sulfurique, la coloration devient plus terne, plus foncée, pour aboutir tardivement à un bleu sale, grisâtre, sans passer par le violet. L'examen histologique, qui sera complété, a montré que les cellules hépatiques n'ont pas disparu, mais leurs contours sont irréguliers et quelques-unes n'ont plus de noyau.

Réflexions. — Ce fait est un cas type de dégénérescence amyloïde du foie; pas de trouble hépatique, pas d'ictère, ni de vomissements ; la diarrhée et l'ascite paraissent devoir être attribuées aux lésions tuberculeuses. L'infiltration amyloïde était complète, uniforme; c'est à peine si, suivant la disposition décrite par Frérichs, quelques lobules périphériques étaient atteints de dégénérescence graisseuse. C'est donc un cas à ajouter à tous ceux déjà connus de dégénérescence, amyloïde chez des tuberculeux. Celui-ci nous paraît intéressant et à cause du degré considérable d'hypertrophie : 3 kil. 500, et aussi parce que, chez cet individu, dont presque tous les tissus étaient atteints par la lésion tuberculeuse, la dégénérescence amyloïde est resté limitée au parenchyme hépatique. Tous les autres organes, rein, rate, nous ont paru indemnes de cette altération.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 octobre. — Présidence de M. Houel.

M. Sée communique à la Société un cas de kystes multiples du corps thyroïde avec accès de suffocation, asphyxie et mort. — Le 6 octobre est entrée à la Maison de santé une femme de 55 ans qui, jusqu'à ces derniers temps, avait été parfaitement bien portante. Il y a six mois, elle commença à éprouver une certaine gêne respiratoire compliquée par moments d'accès de suffocation. Récemment, elle eut des crachats purulents et à plusieurs reprises ; mais l'expulsion de ces crachats était suivie d'un soulagement notable. A son entrée à l'hôpital, on

constata une tuméfaction assez considérable du corps thyroïde surtout du côté gauche. Cette région portait la trace de vésicatoire et d'applications de teinture d'iode.

L'examen laryngoscopique ne fournit aucune indication sur la nature des crises dyspnéiques. Le pharynx, les amygdales, la trachée, les bronches n'étaient nullement atteints. La voix n'avait jamais été altérée. La malade niait toute espèce d'accidents syphilitiques. On prescrivit néanmoins l'iodure de potassium et il fut entendu qu'en cas de menace d'asphyxie la trachéotomie devait être pratiquée. Dans la nuit du 12 au 13 octobre, la malade succomba à une crise de suffocation. Lorsque l'interne de garde arriva auprès d'elle, elle venait d'expirer.

A l'autopsie on trouva, dans le corps thyroïde gauche, des kystes multiples. La trachée, le larynx fendus à leur partie postérieure, étaient parfaitement sains. Mais à un centimètre environ au-dessous de la corde vocale gauche se trouvait une tumeur aplatie, mollasse, reposant à la fois sur le cartilage cricoïde et le premier anneau de la trachée. Cette tumeur avait une hauteur de deux centimètres, sur un centimètre d'épaisseur, et à sa périphérie elle formait un bourrelet arrondi dont le relief éteit de cinq millimètres environ. Déprimée à son centre en forme d'entonnoir, elle contenait dans cette excavation un mucus opaque et grisâtre. Les cartilages étaient absolument intacts. — Un stylet introduit dans le centre de la tumeur pénétrait à travers les membranes crico-trachéales dans une des cavités kystiques de la glande thyroïde. Une section transversale de la glande fit reconnaitre un bon nombre d'autres kystes, contenant tous un liquide d'une couleur gris-jaunâtre.

Au microscope la tumeur fut trouvée constituée par une multitude de petites cellules arrondies ou fusiformes, disséminées au milieu d'un tissu conjonctif rempli de granulations. Ce tissu était en somme un tissu d'inflammation chronique dont la présence à ce niveau peut être expliqué par la perforation de la membrane crico-trachéale et la communication de la trachée avec une des cavités du corps thyroïde. Ce processus semble confirmé par le fait que les accès de suffocation perdaient notablement de leur intensité après l'expulsion des crachats.

M. Ledentu lit un rapport sur le travail de M. Terrillon, relatif au frottement sous-scapulaire.

M. Giraud-Teulon présente à la Société un instrument imaginé par M. le Dr Badal. Cet instrument, qui offre une grande anologie avec l'ophthalmoscope de Landolt, permet de faire 78 combinaisons avec 18 verres, et de mesurer les quarts de dioptries jusqu'à la sixième. E. Brissaud.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. Lymphatiques utérins et lymphangite utérine; par le Dr Just Lucas-Championnière. Thèse de Paris, 1870.

II. Les lymphatiques utérins et leur rôle dans la pathologie utérine; par le Dr J. Lucas-Championnière. (*Archives de Tocologie*, 1875).

III. La fièvre puerpérale n'existe pas; par M. Siredey. (*Annales de Gynécologie*, mars et avril 1875).

IV. Osservazioni di thermometrica clinica nello stato puerperale; par M. Giuseppe Chiarleoni, 1 vol., Turin, 1875.

V. Adéno-lymphite péri-utérine; simulant un phlegmon du ligament large, par M. Alphonse Guérin. (*La France médicale*, 1er janvier 1876 et *Gazette hebdomadaire*, 3 mars 1876).

VI. Lymphatiques utérins; par M. J. Fioupe. Thèse de Paris. 1876, 1 vol., J.-B. Baillère et fils.

VII. Du frisson pendant l'état puerpéral; par M. Stoicesco. Thèse de Paris, 1876. 1 vol. Al. Coccoz.

VIII. De la lymphadénite péri-utérine; par le Dr G. Auger. Thèse de Paris, 1876. Un vol., Adrien Delahaye.

L'étude anatomique des lymphatiques de l'utérus, les lésions pathologiques dont ils peuvent être le siège, les symptômes auxquels ces lésions donnent lieu, les différences qui existent entre l'inflammation de ces vaisseaux et celle des veines, les conséquences immédiates ou tardives de ces inflammations ont été minutieusement étudiées en France et par plusieurs auteurs dans ces dernières années.

La phlébite et la lymphangite utérine avaient déjà été l'objet de travaux dus à Dance, Tonnelé, Danyau, Nonat, Duplay, Cruveilhier, Béhier, etc., et depuis un certain temps on attribuait à la première de ces deux affections le rôle capital, lorsque, en 1876, M. le Dr J. Lucas-Championnière vint, dans une thèse inaugurale remarquable à plus d'un titre, essayer de rendre à l'inflammation des lymphatiques sa véritable importance. Après avoir indiqué d'une façon précise comment on peut distinguer dans les autopsies le système veineux du système lymphatique, il se servit des lésions même de ce système pour en étudier la disposition anatomique, puis il montra ses vaisseaux s'enflammant, charriant des matières septiques et devenant, grâce à leur rapport immédiat avec le péritoine, la cause si fréquente des inflammations de cette séreuse. Il ne s'en tint pas là, il émit encore cette opinion qu'il a montrée depuis être vraie, que ces vaisseaux peuvent jouer, en dehors de l'accouchement proprement dit, un rôle important dans la pathologie des organes génitaux.

Le travail de M. Lucas-Championnière excita vivement l'attention, un certain nombre d'observateurs le suivirent dans la voie où il s'était engagé, et appelant à leur secours les procédés modernes d'investigation, la thermométrie et le microscope, cherchèrent à compléter ses recherches. Parmi eux, nous citerons en première ligne M. Siredey, puis MM. Giuseppo Chiarleoni, Alphonse Guérin, Fioupe, Stoïcesco et Auger.

M. Siredey s'est surtout efforcé de distinguer nettement, *en clinique*, la lymphangite de la phlébite. Dans ces deux affections le frisson, la température, la douleur, la marche de la maladie offrent des différences. Le *frisson* de la lymphangite apparait au début, du premier au troisième ou quatrième jour, il survient beaucoup plus tard dans la phlébite, rarement avant le huitième jour. Dans la lymphangite, il est unique et quelquefois il peut manquer; dans la phébite il, ne fait jamais défaut, il est violent et souvent il reparait à plusieurs reprises. — La *température* dans la lymphangite atteint d'emblée un degré assez élevé, elle présente de faibles oscillations pendant toute la durée de la maladie « elle marque le pas, » suivant l'heureuse expression du regretté professeur Lorain, pendant que le pouls s'élève de plus en plus. Dans la phlébite, au contraire, la température offre le type rémittent; il y a des périodes de calme et d'exacerbation avec des différences de un et même de plusieurs degrés. Des différences existent aussi dans les caractères de la douleur, dans l'expression de la physionomie et dans la marche de la maladie; cette dernière est très-rapide dans l'angioleucite, la mort peut arriver 8 ou 10 jours après l'accouchement et quelquefois même plus tôt: la phlébite évolue au contraire plus lentement, par étapes.

L'année même où M. Siredey publiait ces résultats de son observation paraissait à Turin un travail de Giuseppe Chiarleoni: c'était une thèse de concours sur la thermométrie clinique dans l'état puerpéral. Dans la troisième partie de cet ouvrage l'auteur montre, à l'aide de faits suivis d'autopsie qu'il est possible d'arriver à distinguer, pendant la vie, ces deux affections.

L'inflammation peut atteindre non-seulement les lymphatiques, mais aussi les ganglions. M. Lucas-Championnère avait déjà insisté sur ce point, il avait même signalé l'existence de petits ganglions situés sur les parties latérales de l'utérus, dans le tissu cellulaire à l'union du corps et du col, lorsque M. Alphonse Guérin, dans deux cliniques fort intéressantes faites à l'Hôtel-Dieu, montra que certains cas où il avait cru à l'existence d'un phlegmon du ligament large étaient des adéno-lymphites. « Quand j'eus, dit-il, décollé le péritoine qui tapisse la fosse obturatrice et la face postérieure du pubis, je sentis qu'en dehors du vagin il y avait une masse épaisse, indurée, qui avait été le siége d'une inflammation. La consistance de ces tissus rappelait celle d'un poumon hépatisé. J'y fis une large incision et j'aperçus un corps rougeâtre du volume d'un petit haricot. Tout d'abord je ne fus pas frappé de la ressemblance de ce corps avec un ganglion enflammé; ce ne fut qu'une heure plus tard que, cherchant à interpréter ce que je venais de voir, je me dis que ce ne pouvait être qu'un ganglion enflammé. » Pour lui, il parait donc y avoir des adéno-lymphites péri-utérines, des bubons intra-

pelviens simulant un phlegmon du ligament large : dans ces cas la tumeur est située en dehors de l'utérus, soit en avant, soit en arrière, et elle ne possède pas la direction qu'elle devrait avoir s'il s'agissait véritablement d'un phlegmon du ligament large.

Depuis la publication de ces leçons de M. Alph. Guérin, trois thèses bien étudiées, apportant des faits nouveaux et toutes trois dignes d'être lues attentivement et méditées, ont été soutenues devant la Faculté. Elles sont dues à des anciens internes de M. Siredey et portent sur des points différents. Nous allons essayer d'indiquer les idées principales défendues dans chacune d'elles.

La première en date, celle de M. Fioupe est remarquable par sa netteté, sa sobriété et sa précision. M. Fioupe a cherché à contrôler beaucoup de points : après Lucas-Championnière, Fridolin et Gerhard (Léopold) il a repris l'étude anatomique des lymphatiques de l'utérus dans le laboratoire du Collège de France. Il montre, ainsi que l'avait du reste fait Gerhard, comment sont encore confirmées de ce côté les récentes découvertes sur l'origine des lymphatiques dues à notre illustre histologiste, M. le professeur Ranvier. L'anatomie pathologique de la lymphangite et de la phlébite, les lésions diverses qui peuvent les accompagner, la pathogénie de ces lésions concomitantes sont également indiquées et suivies avec une grande clarté. Enfin, en ce qui concerne le diagnostic différentiel de la lymphangite et de la phlébite utérine, il insiste sur les différences qui dans les deux cas existent du côté du pouls et de la température.

C'est surtout le frisson et sa valeur sémiologique dans l'état puerpéral que M. Stoicesco a cherché à exposer. Après une étude générale sur sa pathogénie et sa nature, il arrive à cette conclusion fondée sur un certain nombre d'observations personnelles. « Au point de vue du pronostic, un frisson très-violent survenant dans les premières 24 ou 36 heures après l'accouchement, le plus souvent sans aucune cause appréciable, et qui s'accompagne de l'altération des traits, de la fréquence du pouls et d'une hyperthermie de 40° et plus, *hyperthermie qui persiste les jours suivants*, suivie ou non de sueurs : ce frisson, dis-je, est très-grave et annonce presque toujours une terminaison fatale. »

Le travail plus récent de M. G. Auger a pour titre : *De la Lymphadénite péri-utérine* et pour sous-titre, *Phlegmon des ligaments larges*. « Avant d'entrer en matière, dit-il, nous devons quelques mots d'explications sur le titre que nous avons choisi, nous avouerons notre embarras. Changer une dénomination admise par tous, c'est toujours une chose grave, et nous avons hésité longtemps. Cependant, comme il y avait autre chose qu'un vieux nom, mais une véritable erreur scientifique cachée derrière cette dénomination, toutes nos hésitations sont tombées. En effet, nous verrons ce phlegmon siéger non-seulement dans le tissu cellulaire du ligament large, dans la fosse iliaque, mais dans le tissu cellulaire situé derrière le rein, suivant le siége des ganglions enflammés. Aussi avons-nous cru que le mot de lymphadénite péri-utérine, qui lui, n'indiquait en aucune façon le siége, mais seulement la nature de l'inflammation, était beaucoup plus approprié comme se rapportant mieux à tous les cas. » En réalité, pas plus que MM. Gerhard (Léopold) et Fioupe, M. Auger n'a trouvé de ganglions dans les ligaments larges de la femme, contrairement à l'opinion émise par M. J. Lucas-Championnière ; cependant, en raison de l'extension de la maladie aux ganglions lymphatiques voisins, l'expression de lymphadénite péri-utérine qu'il propose peut être acceptée. On trouve dans sa thèse deux chapitres fort importants : l'historique et la pathogénie, malheureusement l'historique ne s'occupe que des auteurs français. Le début et la marche de la lymphadénite nous semblent surtout décrits d'une façon magistrale (p. 38 et 39).

Tels sont, en résumé, les progrès qui ont été faits en France depuis 1870 ; à M. J. Lucas-Championnière revient l'honneur d'avoir suscité comme une véritable renaissance dans cette étude spéciale des lymphatiques de l'utérus ; à M. Siredey et à ses élèves ainsi qu'à M. Alph. Guérin celui d'avoir apporté de nouvelles observations très-précises et d'avoir jeté un jour nouveau sur la pathologie de l'utérus et des inflammations du petit bassin.

P. Budin.

PHARMACOLOGIE

La médication antiseptique et le Phénol-Bobœuf.

La puissance thérapeutique des agents désinfectants dans le traitement des plaies est devenue manifeste depuis que leur emploi méthodique a été généralisé par les doctrines du savant professeur Lister (d'Edimbourg). D'innombrables succès ont été obtenus par ceux qui l'ont imité en Europe et on a osé entreprendre de graves opérations, en face desquelles on eût hésité auparavant. Les pernicieux effets de l'encombrement, la pourriture d'hôpital, l'infection purulente, les érésypèles répétés, etc., ont complétement disparu des services de chirurgie où on emploie avec la plus rigoureuse fidélité les agents désinfectants. C'est là une véritable révolution dans l'art chirurgical : car on n'a plus à redouter après les opérations tout le cortége des complications des plaies dans les grands hôpitaux.

Il est facile de comprendre ces bienfaisants effets de la médication antiseptique si on connait les recherches si intéressantes de M. Pasteur, sur les germes répandus en grand nombre dans l'atmosphère. Ce sont des agents de fermentation qui, arrivant au contact des plaies, transforment les liquides sécrétés, et leur communiquent des propriétés nuisibles à l'organisme. Ils provoquent la suppuration, ils engendrent la putréfaction du sang et des liquides animaux, et par le processus produisent toutes les complications des plaies. Les agents désinfectants ont précisément pour effet de détruire les germes, les corpuscules de fermentation, de les atteindre à la surface des plaies par des pansements appropriés ou dans l'atmosphère des salles de malades par des vaporisations ou des irrigations continuelles. Cette action des agents désinfectants est démontrée non seulement par l'examen microscopique, qui établit qu'il n'existe plus de germes malfaisants dans les liquides qui ont subi leur action toute-puissante, mais surtout par les nombreuses guérisons obtenues dans les cas les plus graves.

Parmi les agents désinfectants un des plus puissants et des plus constants dans leur action est certainement l'acide phénique, tel que le prépare depuis 1861 M. Bobœuf, fabricant de produits chimiques à Paris, et qui lui a valu le titre de lauréat de l'Institut pour le prix Montyon en 1861. Cet ingénieux chimiste a rendu l'acide phénique, décrit par Runge et Laurent, soluble au moyen des oxydes alcalins avec lesquels il forme des sels définis. C'est cette préparation qui est maintenant si répandue dans le commerce de la droguerie sous le nom de Phénol Sodique ou de Phénol Bobœuf.

Les indications et la valeur thérapeutique de cette substance ont été déterminées dès 1863, après de nombreuses expériences au Val-de-Grâce, dans un rapport adressé au Ministre de la guerre par M. le Dr Laveran, médecin principal de l'hôpital du Val-de-Grâce. Nous croyons utile de reproduire ici les principales conclusions de ce rapport. « Le phénol a été expérimenté au Val-de-Grâce : 1° comme hémostatique, 2° comme topique désinfectant ; 3° comme moyen de conservation des cadavres.

1° Les conditions qui favorisent l'écoulement du sang, sont en dehors des plaies artérielles, qui nécessitent l'emploi des moyens chirurgicaux trop variables pour qu'il ne soit pas fort délicat de déterminer la puissance thérapeutique des hémostatiques. Il y a dans cette appréciation une difficulté qui vient de la cessation spontanée du plus grand nombre des hémorrhagies et de la persistance opiniâtre d'un certain nombre d'entre elles, de sorte que tantôt toutes les substances hémostatiques paraissent également efficaces et que tantôt elles échouent également. Le phénol de M. Bobœuf a réussi presque constamment dans des hémorrhagies consécutives à la morsure des sangsues, dans une hémorrhagie suite d'une ulcération phagédénique du gland, enfin dans les hémorrhagies répétées, causées par l'ulcération d'un cancer encéphaloïde, dans un ensemble de conditions telles qu'il nous a paru avoir autant d'action que le perchlorure et le sulfate de fer.

2° Comme topique désinfectant, le phénol a été employé en dissolution dans la proportion de 1/4 à 1/20. Son odeur, fortement pénétrante, s'est presqu'immédiatement substituée à

celle des substances infectantes *sans irriter ces plaies.* Il possède donc tous les caractères d'un bon désinfectant : la forme liquide, une action non irritante sur les tissus.

3° Comme moyen de conservation des cadavres, le *phénol sodique*, nous a donné un résultat très-satisfaisant. Nous conservons depuis le 25 octobre 1862, un enfant d'une quinzaine de jours injecté par les carotides. Aujourd'hui, 18 février 1863, il est dans un *parfait état de conservation* et ne présente pas la moindre trace de décomposition. La seule odeur qu'il exhale est celle du liquide employé à l'injection; de sorte que le Phénol Bobœuf paraît comme agent de conservation avoir le même avantage que le biborate d'ammoniaque.

« En résumé, le phénol sodique, *comme agent hémostatique* nous a paru aussi efficace que les persels de fer; comme *agent conservateur* que le biborate d'ammoniaque; comme désinfectant, avoir une efficacité évidente et l'avantage de ne *pas irriter la surface malade*, ce qui résulte de l'application de désinfectants plus énergiques : le chlore, l'iode et leurs composés. *C'est une substance à admettre dans le formulaire des hôpitaux militaires.* »

M. Bobœuf possède en outre entre les mains les témoignages d'un grand nombre de médecins des compagnies de chemins de fer, des grandes usines, des Sociétés ouvrières, des médecins du service de santé militaire ou naval, qui attestent que dans le traitement des plaies de diverses natures, ils ont obtenu les meilleurs résultats de l'emploi de son phénol.

C'est un excellent topique contre les brûlures, les piqûres d'insectes, les morsures d'animaux, les contusions, les entorses etc.; par son action légèrement astringente, il fait cesser l'irritation et calme les douleurs très-rapidement. C'est ainsi, que d'après le témoignage du Dr Menuet (d'Enghien) il aurait fait cesser en dix minutes les cris de douleurs d'un enfant assailli par une nuée de guêpes, et qui, le lendemain, ne présentait plus que la trace des piqûres au nombre de 250 à 300.

Répandu dans l'atmosphère ou pris en potion, c'est un agent préservatif très-précieux contre le typhus, la fièvre typhoïde, la petite vérole, la dysenterie, le choléra, etc...

Il est aussi indispensable pour l'assainissement des appartements, chambres de malades, usines, ateliers. Mais, de toutes les propriétés du phénol sodique, la plus importante, et celle qui, surtout, assurera sa vulgarisation rapide, c'est son action désinfectante pour les plaies. Au moment où la médication de Lister se généralise si rapidement dans les services de chirurgie, il était bon de rappeler aux médecins, qu'ils ont à leur disposition, sous le nom de Phénol-Bobœuf, une excellente préparation qui répond à toutes les indications du traitement antiseptique.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches expérimentales sur les alcools par fermentation; par Dujardin-Beaumetz et Audigé. In-8. O. Doin, éditeur.

MM. les docteurs Dujardin-Beaumetz et Audigé ont réuni en un petit fascicule les nombreuses et intéressantes expériences qu'ils ont faites sur les propriétés toxiques des alcools par fermentation. Cette question est aujourd'hui plus que jamais à l'ordre du jour, et la Société ne peut que profiter des données précises que la science lui fournira à ce sujet.

L'*alcool de vin*, qui devrait être la base de tous les spiritueux du commerce est par lui-même susceptible de produire tous les désordres dont l'ensemble est désigné sous le nom d'*alcoolisme*, mais son action malfaisante est augmentée par la présence d'autres alcools provenant, soit du mode de fabrication, soit de mélanges faits après coup. Malgré les progrès de la chimie, il n'existe pas encore aujourd'hui de moyens pratiques pour distinguer ces mélanges, aussi les auteurs ont-ils demandé à la physiologie expérimentale ce que l'analyse chimique ne pouvait leur fournir.

Ils ont commencé par étudier, au point de vue de leurs propriétés toxiques, les divers alcools provenant de la fermentation, et qui forment une série naturelle dans l'ordre suivant :

Alcool éthylique.
— propylique.
— butylique.
— amylique.

Le premier est l'*alcool* ordinaire; l'*esprit de vin*: connu de toute antiquité; mais isolé seulement au XIVe siècle par Raymond-Lulle. — L'*alcool propylique* a été découvert en 1822 par *M. Chancel* et retiré des *eaux-de-vie de marc*.

La même année *M. Wurtz* retira l'*alcool butylique* de l'huile de pomme de terre.

L'*alcool amylique* est connu depuis longtemps. C'est le fameux Schèele qui l'a découvert en 1785. On le retira par distillation des pommes de terre fermentées.

Un assez grand nombre de recherches avaient été entreprises sur ce sujet avant celles de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé ; mais ces recherches n'étaient pas complètes, n'étaient point marquées au coin d'une rigoureuse expérimentation ; les rapports donnés étaient des à peu près.

En 1870, M. Rabuteau avait publié un travail sur le même sujet ; mais ses recherches peu nombreuses (sept) et son mode d'expérimentation peu rigoureux, ne lui permirent de donner qu'une classification sans rapports exacts. Je partage pleinement l'opinion de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé au sujet des expériences de M. Rabuteau, c'est qu'il est difficile d'établir des rapprochements entre ce qui se passe chez la grenouille et ce qui se produit chez l'homme ; M. Rabuteau avait en effet opéré sur des grenouilles. D'un autre côté, les résultats obtenus chez le chien ne peuvent être étendus jusqu'à l'homme que dans une certaine limite. C'est du reste ce qu'ont fait remarquer avec justesse les auteurs du mémoire dont nous parlons.

Pour faire absorber l'alcool au sujet de l'expérience, ils ont eu recours aux injections hypodermiques : l'alcool étant dissous dans la glycérine afin d'atténuer autant que possible son action caustique, on déterminait exactement à chaque expérience le poids de l'animal et celui de l'alcool injecté, les auteurs ont également injecté de l'alcool pur, et enfin l'ont introduit dans l'estomac, de la trois groupes d'expériences bien distincts.

Les résultats obtenus sont très-nets.

Pour le même alcool l'action toxique est plus vive lorsqu'on l'introduit par l'estomac, que lorsqu'il est injecté par voie hypodermique et, dans ce dernier cas, sa dilution dans la glycérine augmente ses propriétés toxiques. Que diront de ces faits Messieurs les homéopathes !

Voici les rapports de l'action toxique en prenant l'alcool éthylique pour unité :

Alcool éthylique.......	1	$C^2 H^6 O$.
— propylique......	1/2.....	$C^3 H^8 O$
— butylique	1/3.....	$C^4 H^{10} O$.
— amylique.......	1/4.....	$C^5 H^{12} O$.

Ainsi les propriétés toxiques des alcools par fermentation sont d'autant plus grandes que leur composition atomique est représentée par des chiffres plus élevés. Dans un mélange de ces divers alcools les propriétés toxiques, bien loin de se détruire, s'ajoutent au contraire les unes aux autres. Ce court exposé suffit pour montrer l'importance du travail de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé; nous ne saurions donc trop engager nos lecteurs à en prendre connaissance eux-mêmes.

Yvon.

VARIA

Ecole d'anthropologie.

Voici le programme des cours de l'Ecole d'anthropologie, qui doivent avoir lieu dans l'annexe de l'Ecole de médecine : — *Anthropologie anatomique.* M. Paul Broca, secrétaire général de la Société d'anthropologie, commencera ce cours, le mercredi 15 novembre, à quatre heures et le continuera le mercredi et le vendredi de chaque semaine. Programme : parallèle de l'homme et des animaux supérieurs ; anatomie comparée des races humaines ; crâniologie. — *Anthropologie biologique.* M. Paul Topinard, conservateur des collections de la Société d'anthropologie, commencera ce cours le 21 novembre, à quatre heures, et le continuera le mardi de chaque semaine. Programme, histoire de l'anthropologie, caractères physiques et physiologiques de l'homme vivant : anthropométrie. — *Ethnologie.* M. Eugène Dally, ancien président de la Société d'anthropologie, commencera ce cours le vendredi 17 novembre, et le continuera le vendredi de chaque semaine. Programme : classification et description des races humaines, leur répartition, leur filiation. — *Anthropologie préhistorique.* M. Gabriel de Mortillet, président de la Société d'anthropologie, fondateur du congrès international d'an-

thropologie et d'archéologie préhistoriques, commencera ce cours le lundi 20 novembre, et le continuera le lundi de chaque semaine. Programme : paléontologie humaine, archéologie préhistorique ; détermination des débris humains au moyen de l'archéologie.

Nota. — Il sera fait, en outre, des démonstrations dans les musées et des excursions aux stations préhistoriques des environs de Paris.

Anthropologie linguistique. M. Hovelacque, secrétaire du comité central de la Société d'anthropologie, commencera ce cours le samedi 16 novembre, à quatre heures, et le continuera le samedi de chaque semaine. Programme : caractères généraux, classification et répartition des différentes langues.

N. B. — Ces cours sont publics. Les élèves qui se feront inscrire seront admis aux conférences pratiques du laboratoire d'anthropologie.

Colique de plomb, électuaire de soufre (*Lutz*).

Soufre sublimé et lavé.... 125 grammes.
Miel blanc.................. 125 —

Mêlez. — On administre 50 grammes de cet électuaire, trois jours de suite, pour combattre la colique de plomb, puis on donne des doses successivement décroissantes. Dès le troisième jour, la douleur si vive de la colique saturnine a disparu. Les selles sont rendues noires, et contiennent du sulfure de plomb, comme M. Lutz s'en est assuré par l'analyse chimique. — L'électuaire de soufre est un remède plus sûr que celui dit de la Charité, parce qu'il provoque l'expulsion de tout le métal toxique qui existait dans l'économie.

Enseignement médical libre.

Maladies des yeux. M. le Docteur Hubert, ancien interne des hôpitaux, commencera le mercredi 29 novembre à une heure un cours complet d'ophthalmologie à sa clinique, place Saint-André-des-Arts, n° 11, et les continuera les mercredis et vendredis suivants. Ce cours sera essentiellement pratique. Le mercredi sera consacré aux affections externes de l'œil (réfraction, accommodation) et à la pratique de l'ophthalmoscope.

Mixture contre l'insomnie nerveuse (*Graves*).

Teinture de colombo........ }
— de quassia......... } ãã 30 grammes.
— de gentiane........ }
— de quinquina....... }
Chlorhydrate de morphine... 6 à 12 centigr.

Faites dissoudre. — Trois cuillerées à café par jour, dans une demi-tasse de thé, une heure avant le repas du soir, pour faire cesser les nausées, apaiser l'irritabilité nerveuse et ramener le sommeil, particulièrement chez les personnes qui font abus de boissons alcooliques. — Dans certains cas, les douches tièdes sont un adjuvant utile. (*Douze cents formules, etc.*)

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 19 octobre 1876, on a constaté 766 décès, savoir : variole, 2; — rougeole, 11; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 29; — érysipèle, 3; — bronchite aiguë, 17; — pneumonie, 42; — dysentérie, 2; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 11; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 20; — croup, 33; — affections puerpérales, 2; — autres affections aiguës, 201; — affections chroniques, 329, dont 139 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 40; — causes accidentelles, 23.

Londres. — Population : 3,489.428 hab. — Décès du 8 au 14 octobre 1,257. — Variole, 16; rougeole, 7; scarlatine, 57; fièvre typhoïde, 7; érysipèle, 9; bronchite 113; pneumonie, 67; dysentérie, 1; diarrhée, 84; *choléra nostras*, »; diphthérie, 8; croup, 6; coqueluche, 14.

Faculté de médecine de Paris. — M. le Doyen a l'honneur d'informer MM. les étudiants : 1° que le registre des inscriptions du 4e trimestre de 1876, 1er trimestre de l'année scolaire 1876-1877, sera ouvert jusqu'au 16 novembre, les lundis, mardis, mercredis et jeudis de 9 heures à 11 heures, et de 1 heure à 4 heures. Passé le 16 novembre, il ne sera plus donné d'inscriptions sans une autorisation spéciale, accordée selon le cas, soit par M. le recteur de l'accadémie, soit par M. le Ministre de l'Instruction publique ; 2° que les consignations pour les examens de fin d'année et pour les examens de doctorat seront reçus les vendredi et samedi de chaque semaine de une heure à quatre heures ; 3° que les consignations pour les travaux pratiques seront reçues les mêmes jours et aux mêmes heures que les consignations pour les examens. (Il sera délivré à chaque étudiant, qui aura acquitté les droits prescrits par les règlements une carte d'admission à l'école pratique) ; 4° que les cartes d'étudiants seront délivrées au bureau du secrétariat aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et consignations. MM. les étudiants sont invités à réclamer ces cartes, qui sont spéciales à l'année scolaire 1876-1877, et à déposer en même temps les cartes dont ils sont possesseurs et s'appliquant aux années antérieures.

Faculté de Médecine de Montpellier. Par décision du 9 octobre 1876, M. le Ministre de l'Instruction publique a déclaré vacante la chaire de chimie médicale et de pharmacie à la faculté de médecine de Montpellier. Aux termes du décret organique du 9 mars 1852, une double liste de présentation est demandée à la Faculté et au Conseil académique. En conséquence, MM. les aspirants à cette chaire sont invités à faire parvenir leur titres, francs de port, soit à M. le Recteur de l'Académie de Montpellier, soit à M. le Doyen de la Faculté de Médecine de cette ville d'ici au 6 novembre. Les pièces à fournir sont : 1° un acte de naissance dûment légalisé ; 2° le diplôme de docteur en médecine. Indépendamment de ces pièces, MM. les Aspirants auront soin de faire connaître leurs titres, travaux et ouvrages antérieurs.

Faculté de médecine catholique de Lille. On nous annonce que le docteur Eustache, dit le *Vaste interne*, a accepté les fonctions de professeur d'anatomie à la faculté de Lille. La faculté de Montpellier en perdant cet agrégé, ne mettra pas un crêpe à la statue d'Esculape. (*Revue de littérature médicale.*)

Nécrologie. — On annonce la mort de M. Pierre-Constant Leprovost, chevalier de la Légion d'honneur, médecin du dispensaire de Vaucelles, décédé à Caen, le 14 octobre dernier, à l'âge de 68 ans. (*Gazette des hôpitaux*). — Le corps médical vient d'avoir la douleur de perdre M. le docteur Delioux de Savignac, ancien médecin de la marine, qui pratiquait depuis quelques années à Paris. Il a succombé mercredi dernier à une maladie de cœur. — Les journaux ont annoncé que M. Sainte-Claire Deville, géologue, membre de l'Académie des sciences, avait été mordu il y a un mois par un chien enragé et avait succombé aux atteintes de la rage. C'est une erreur. Le savant académicien est mort d'une maladie chronique. C'est son frère Henri Sainte-Claire Deville, qui a été mordu par un chien, mais par un chien non enragé. (*Gaz. hebd. de méd.*)

Asiles d'aliénés. — On annonce que, sur la demande du conseil de surveillance des aliénés, l'administration départementale de la Seine va très-prochainement entreprendre d'importants travaux aux agrandissements aux asiles de Ville-Evrard, Sainte-Anne et Vaucluse. Le quartier des aliénés de la Salpêtrière serait, en outre, complétement transformé. Ces modifications auraient pour résultat d'augmenter notablement le chiffre des aliénés qu'il est possible de conserver dans ces établissements et, par conséquent, de diminuer d'autant les envois faits aux asiles de province.

AVIS A NOS ABONNÉS.—*Nous prévenons nos abonnés, que toute demande de changement d'adresse doit être adressée directement au bureau du journal, et accompagnée de l'envoi de cinquante centimes en timbres poste.*

4e ANNÉE. — N° 45 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 4 NOVEMBRE 1876.

Le Progrès Médical (Numéro des Étudiants)

CLINIQUE MÉDICALE.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Du tabes dorsal spasmodique ;

Leçon recueillie par BOURNEVILLE (1).

Messieurs,

Je ferai passer aujourd'hui sous vos yeux plusieurs malades chez lesquelles vous pourrez étudier à loisir, les symptômes d'une affection spinale particulière, foncièrement distincte, à mon avis, de toutes les autres formes de la myélite chronique, avec lesquelles elle est restée confondue jusqu'ici. Cette affection que je vous proposerai de désigner, au moins provisoirement, sous le nom de *tabes dorsal spasmodique*, n'est pas très-rare, et il n'est certes pas un médecin qui ne l'ait plusieurs fois rencontrée dans sa pratique. Mais elle n'a pas été remarquée, je crois, comme elle le mérite. De fait, autant que je sache, un seul auteur, M. le Dr Erb, d'Heidelberg, l'a mentionnée d'une façon spéciale et s'est efforcé d'en déterminer la caractéristique. Vous lirez avec profit dans le *Berliner Klinische Wochenschrift* (n° 26, 1875) la courte mais substantielle description qu'il en a donnée (2).

Il ne sera pas hors de propos, de chercher à justifier, en premier lieu, par quelques mots, la dénomination, singulière peut-être au premier abord, que je vous proposais tout à l'heure d'accepter pour distinguer cette forme pathologique. L'affection dont il s'agit reconnaît, j'en conviens, cela d'ailleurs n'est guère discutable, un *substratum* organique, une lésion anatomique plus ou moins profonde dont la moelle épinière est le siége. Il est certain également, à ne considérer même que la nature des symptômes, que cette lésion porte particulièrement son action sur les faisceaux spinaux latéraux. Il est possible enfin que, conformément à une remarque faite par M. Erb, l'altération spinale en question ne soit autre que la lésion systématique décrite pour la première fois par L. Türck et que j'ai fait connaître à mon tour, depuis longtemps, sous le nom de *sclérose symétrique et primitive des faisceaux latéraux de la moelle épinière*. Mais, il importe de ne pas l'oublier, les observations où la sclérose latérale symétrique primitive, sans participation des cornes grises antérieures (3), a été anatomiquement constatée et dans lesquelles la clinique avait, pendant la vie, révélé l'existence de symptômes qui paraissent aujourd'hui pouvoir se rattacher au type tabes dorsal spasmodique, ces observations, dis-je, par suite d'un singulier concours de circonstances, sont toutes de date relativement ancienne. Ce sont en quelque sorte de vieux souvenirs, un peu effacés, et qui demandent par conséquent à être ravivés. C'est pourquoi je crois qu'il sera prudent d'attendre le contrôle d'autopsies nouvelles, avant de se décider à dénommer la maladie d'après le caractère anatomique.

D'un autre côté, l'antique appellation *Tabes dorsal*, malgré la signification assez indécise qui s'y est toujours attachée peut s'appliquer assez bien pour désigner tout au moins une affection spinale primitivement chronique qui, comme celle qui nous occupe, progresse à peu près fatalement bien que d'une façon lente, et, en définitive, à l'exemple de l'ataxie locomotrice avec laquelle on peut la mettre en parallèle sur plus d'un point, ne pardonne guère (1). Quant à l'adjectif *spasmodique* il est destiné à faire ressortir le phénomène clinique dominant: Je veux parler de la contracture qui, presque dès l'origine, occupe les membres affectés, se montre bientôt permanente et constitue en quelque sorte, symptomatiquement à peu près toute la maladie. Tandis, en effet que l'ataxie locomotrice progressive, qu'on pourrait par opposition appeler, ainsi que je l'ai proposé, le *Tabes dorsal ataxique*, s'attaque tout d'abord au système spinal sensitif (douleurs fulgurantes, plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie, etc.), et ne détermine que secondairement, du moins dans la grande majorité des cas, l'incoordination des mouvements, le tabes spasmodique, au contraire, reste limité, pendant toute la durée de son cours à l'appareil moteur. Il se caractérise surtout, en somme, dans son état de complet développement, par une contracture permanente qui s'accroît progressivement et entraîne tôt ou tard l'impuissance des membres, sans s'accompagner jamais de troubles notables de la sensibilité.

Ce qui vient d'être dit suffit pour montrer que, quant à présent, le tabes spasmodique n'a encore d'existence réelle que dans le domaine clinique, ainsi que cela a eu lieu d'ailleurs pendant longtemps pour l'ataxie locomotrice. A la vérité, il s'y présente, en général, sous des traits assez accentués pour qu'il soit, en pratique, presque toujours possible de le distinguer non-seulement de la grande maladie spinale systématique qu'on appelle l'ataxie locomotrice progressive, mais aussi de la *sclérose latérale amyotrophique*, de la *myélite transverse vulgaire*, de la *myélite par compression*, et enfin, bien que la chose soit ici souvent fort difficile, de la *sclérose en plaques de forme spinale*. Il peut en d'autres termes être séparé de toutes ces affections spinales qui, dans la description, d'ailleurs remarquable, d'Ollivier d'Angers, se

(1) Cette leçon a été faite à la Salpêtrière en décembre 1875. Un de mes auditeurs, M. le Dr J. Bétous en a reproduit les parties essentielles dans la dissertation inaugurale, soutenue à la Faculté de Paris le 18 mai 1876 (*Etude sur le Tabes dorsal spasmodique*. — Paris 1876). On trouvera dans le travail de M. Bétous l'observation détaillée de toutes les maladies qui, dans cette leçon, ont servi à mes démonstrations.

(2) *Ueber einen wenig bekannten spinalen Symptomencomplex*. Berlin. Klin. Woch., n° 26, 1875. — Consulter sur le même sujet un intéressant travail récemment publié par M. O. Berger, de Breslau *Zur Pathologie und Therapie der Rückenmarks-Krankheiten-Primare sclerose der seitenstrange*. Separat-Abdruck aus der „ Deutschen Zeitschrift für praktische Medicin ".

(3) La sclérose latérale symétrique avec participation des cornes antérieures est le *substratum* anatomique de l'affection bien distincte de celle que j'ai décrite sous le nom de *sclérose latérale amyotrophique*. Voir mes leçons faites à la Salpêtrière, 2e partie, 2e fascicule, 12e et 13e leçons.)

(1) *Tabes dorsalis* Sauvages. Classis X, I, [illegible] *Tabes dorsualis* (Romberg. Lehr. der Nerven-Krankh. Berlin. 18[illegible], p. 18[illegible]). La description de Romberg, comme on sait, se rapporte à l'ataxie locomotrice. — Tabes accipitur communiter pro omni corporis aut *partis* extenuatione... B. Castelli. *Lexicon medicum*. Gen., 174[illegible], art. *phthisis*.

trouvent réunies en un groupe hétérogène, sous le nom de *myélite chronique* (1), et que l'analyse clinique éclairée par l'anatomie pathologique tend chaque jour à dégager successivement.

Si, en effet, entre les divers états pathologiques que je viens d'énumérer les analogies sont nombreuses, les points de contact fréquents, les caractères différentiels non plus ne font pas défaut. J'espère parvenir à le démontrer tout-à-l'heure. Mais je crois opportun, au préalable, de vous présenter un tableau où je m'attacherai à mettre en relief les symptômes dominants et le mode usuel d'évolution du tabes spasmodique. Au cours de cette description j'aurai à chaque pas, devant les yeux, l'histoire clinique de l'ataxie locomotrice, qui nous servira en quelque sorte à accuser les contrastes.

Je vous remettrai tout d'abord en mémoire les principaux phénomènes qui marquent les premières phases de l'ataxie locomotrice, j'entends parler de la forme vulgaire de la maladie, celle qui répond au type classique créé par Duchenne (de Boulogne). — Ce sont au premier rang, vous ne l'avez pas oublié, et bien longtemps avant que ne paraisse l'incoordination motrice d'où l'affection tire son nom, des troubles divers de la sensibilité : douleurs fulgurantes et térébrantes revenant par accès et siégeant sur les membres, la face, le tronc; douleurs permanentes fixées sur certains points; anesthésies et hyperesthésies partielles. Les troubles dits *céphaliques* tels que l'amblyopie ou l'amaurose, la paralysie des muscles moteurs de l'œil, appartient également à cette période. Enfin l'incontinence d'urine, la dysurie, les crises gastriques, souvent témoignent déjà, dès cette époque, de la participation des nerfs viscéraux.

Toute autre est, dès l'origine, la physionomie du tabes dorsal spasmodique. Ici le premier et pendant quelque temps le seul symptôme consiste dans un état parétique, portant également sur les deux membres inférieurs ou plus marqué sur l'un d'eux, et qui n'a d'autre effet d'abord que de rendre la marche, surtout le matin au sortir du lit, un peu difficile. Les malades dépeignent la situation en disant qu'ils se fatiguent vite, que leurs membres leur paraissent lourds et qu'en marchant ils *traînent la jambe*. A cette parésie s'adjoint bientôt une tendance plus ou moins prononcée aux spasmes musculaires.

Alors, dans la situation horizontale, au lit par exemple, les membres affectés commencent à se raidir de temps en temps sous forme d'accès surtout dans le sens de l'extension et de l'adduction, à un plus haut degré. Ils deviennent momentanément comme des barres rigides, inflexibles. Ils sont pris souvent, en outre, fréquemment sans cause appréciable, d'une trépidation qui tantôt reste bornée aux extrémités, tantôt se répand sur toute l'étendue du membre et peut même se communiquer au corps tout entier (Trépidation spontanée). Cette trépidation, le médecin peut la provoquer pour ainsi dire à volonté en relevant brusquement, avec la paume de la main la pointe du pied ou l'extrémité des orteils (Trépidation provoquée). La rigidité — et l'on peut en dire autant de la trépidation — s'accuse plus encore lorsque le malade sort du lit et se tient debout. Elle gêne la marche de plus en plus à mesure que, par suite de l'aggravation progressive du mal, elle s'accentue plus fortement et tend à devenir permanente (1); mais ce n'est que dans les phases avancées, et souvent au bout de nombreuses années qu'elle la rend définitivement tout-à-fait impraticable. Je me borne à indiquer ces divers phénomènes sans entrer dans une description en règle, parce que nous les avons étudiés longuement déjà, à propos de la sclérose en plaques où on les retrouve dans tous leurs détails (2).

Cependant quelle que soit l'intensité de ces symptômes appartenant à la sphère motrice, la sensibilité reste intacte : pas d'anesthésie, pas d'hyperesthésie ; aucun trouble de la sensibilité cutanée considérée dans ses divers modes, non plus que de la sensibilité profonde ; pas de douleurs lombaires, pas de douleurs en ceinture, pas de fourmillements, d'engourdissements, de sentiment de constriction dans les membres, — ou tout au moins, ces symptômes s'ils existent se montrent si peu marqués qu'ils doivent être évidemment relégués sur le second plan, — pas de douleurs fulgurantes ou térébrantes. D'un autre côté les symptômes dits céphaliques font, eux aussi, complétement défaut; il en est à peu près de même des troubles quelque peu accentués de la vessie et du rectum. Enfin, et c'est là un trait qu'il n'est pas sans intérêt de mettre en relief, les fonctions génitales qui, chez l'homme, sont dès l'origine, si souvent profondément atteintes lorsqu'il s'agit de l'ataxie locomotrice, continuent habituellement à s'exercer, pour ainsi dire, jusqu'au dernier terme et à peu près dans les conditions normales chez les sujets atteints de tabes spasmodique.

La démarcation entre les deux affections s'accuse plus profondément encore peut-être, dans les phases plus avancées de leur évolution. On fait habituellement dater, vous le savez, ce qu'on est convenu d'appeler la seconde période de l'ataxie locomotrice du moment où les phénomènes d'incoordination motrice viennent se surajouter aux troubles de la sensibilité et aux autres symptômes dont nous donnions à l'instant l'énumération. C'est alors que se prononcent, à l'occasion des actes volontaires, dans la station et surtout dans la marche, ces mouvements contradictoires, désordonnés, des membres inférieurs, s'exagérant lorsque le malade est placé dans l'obscurité, au point de rendre parfois la progression ou la station très-difficiles ou même tout-à-fait impossibles, et dont le caractère si particulier avait déjà frappé vivement l'attention des prédécesseurs de Duchenne.

Les désordres locomoteurs se dessinent également plus fortement dans le tabes spasmodique à mesure que la maladie progresse et s'aggrave, mais ils se caractérisent ici suivant un type tout-à-fait différent. (*A suivre*).

(1) Ollivier d'Angers. *Traité des maladies de la moelle épinière.* 3e édit. Paris 1837, t. II, p. 426.

(1) Quand la contracture est devenue permanente, elle existe même au lit; mais elle se montre plus intense lorsque le malade veut se tenir debout et marcher. S'il se tient assis sur un fauteuil un peu élevé, il arrive souvent que les jambes se maintiennent presque horizontales, à peine fléchies, et que les pieds n'arrivent pas à toucher le sol.

(2) *Leçons sur les maladies du système nerveux.* 2e édit., t. I, p. 245.

CONCOURS. — *Internat ;* questions orales. Lundi 30 octobre: *glandes de la peau ; phlegmon diffus.*

Externat. Jeudi 19 octobre, *articulation tibio-tarsienne ;* samedi 21, *artères de l'avant-bras ;* mardi 24, *diaphragme ;* jeudi 26, *caractères généraux et distinctifs des vertèbres cervicales ;* mardi 31, *articulation scapulo-humérale.*

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. S. DUPLAY.

Valeur séméiologique de l'otorrhagie et de certains symptômes considérés comme pathognomoniques de la fracture du rocher.

Leçon recueillie par E. MAROT, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Nous venons d'examiner un malade qui, à la suite d'un traumatisme, présente un écoulement notable de sang par une oreille : l'histoire de cet homme est intéressante en ce qu'elle nous permettra d'étudier aujourd'hui la valeur clinique d'un symptôme fréquent.

Notre malade a fait, il y a quatre jours, une chute de la hauteur d'un second étage ; il n'a pas perdu connaissance et s'est relevé lui-même. Amené de suite à l'hôpital, il ne présentait, au premier moment, qu'un peu de stupeur, que l'on pouvait rattacher à un léger degré de commotion cérébrale. Il n'était pas ivre.

Mais l'attention se porta bientôt sur un écoulement sanguin partant de l'oreille droite, assez abondant pour tacher l'oreiller et se répandre sur le cou du malade. Vous n'ignorez pas, Messieurs, qu'un pareil écoulement constaté après un traumatisme du genre de celui-ci, est considéré, le plus souvent à juste titre, comme le symptôme presque pathognomonique d'une fracture de la base du crâne divisant le rocher, et traversant nécessairement les parties osseuses de l'oreille interne et moyenne ou de cette dernière seule. Si la membrane du tympan est déchirée, le sang qui provient des vaisseaux rompus apparaît à l'extérieur, et s'écoule par le conduit auditif externe ; mais il ne suit pas de là que l'on doive, sur la simple constatation d'un écoulement sanguin par l'oreille, admettre l'existence d'une fracture du rocher.

Le fait que nous allons étudier plaidera précisément contre la tendance que l'on pourrait avoir à donner au symptôme *otorrhagie* une signification absolue dans le sens de la fracture du rocher. Chez notre malade, en effet, il n'est pas douteux que le rocher soit intact : par analogie, dans certains cas plus difficiles, je pense qu'il n'est pas impossible de réduire comme ici la valeur de l'otorrhagie.

Reportons-nous un moment, si vous le voulez bien, à l'examen des cas dans lesquels s'observe l'otorrhagie traumatique. Tout d'abord, il faut prendre garde à l'invasion du conduit auditif externe par le sang que peuvent fournir des plaies superficielles du cuir chevelu ou du pavillon de l'oreille, par exemple. Dans ces cas, il suffit de nettoyer avec soin le conduit et d'y introduire un tampon d'ouate : si le sang provient réellement du conduit auditif, le tampon témoignera de sa provenance. Cette première cause d'erreur écartée, et l'existence d'une *otorrhagie vraie* étant démontrée, celle-ci peut avoir une origine variable.

C'est bien une otorrhagie vraie que l'on observe dans les cas étudiés par le Dr Morvan (*Archiv. gén. de Méd.* 1856), sous le nom de *Fracture du conduit auditif osseux à la suite de chute sur la mâchoire inférieure.* Il s'agit ici d'un enfoncement de la paroi inférieure du conduit auditif externe par le condyle du maxillaire. Ce genre de lésion a, depuis, été de nouveau étudié par M. le Dr Sourier (*Gaz. des hôp.*, 1869).

Nous nous arrêterons peu à cette première variété d'otorrhagie : le plus souvent, les malades signalent les circonstances de leur chute ; le menton en porte des traces, les mouvements de la mâchoire sont douloureux, etc. Enfin l'examen du conduit auditif y fait reconnaître une déchirure plus ou moins étendue à la paroi inférieure, accompagnée d'une déformation. L'ouïe est d'ailleurs conservée, et l'exploration de la membrane du tympan permet d'affirmer son intégrité.

Dans ces cas, il ne saurait y avoir de doute ; d'ailleurs cette lésion est rare. Il en est de même d'une seconde variété de traumatisme osseux, périphérique, pour ainsi dire, je veux parler de la fracture de l'apophyse mastoïde par un choc direct. Dans ces cas, si la membrane du tympan n'a pas résisté, on conçoit que le sang puisse passer des cellules mastoïdiennes dans la caisse, et s'écouler par le conduit auditif externe. Bien que la provenance du sang paraisse dans ces cas facile à reconnaître, je devais vous signaler cette variété d'otorrhagie : deux fois, elle a pu en imposer au chirurgien. Dans l'un des faits, présentés par M. Panas à la Société de chirurgie, les lésions ont été constatées à l'autopsie. Sans doute, il s'agit encore là de fractures, mais vous concevez combien leur pronostic est différent de celui que comporte la fracture du crâne qu'elles simulent.

L'otorrhagie peut reconnaître pour cause des lésions plus légères encore, et cependant s'accompagner d'un ensemble symptomatique plus rapproché de celui qui appartient à la fracture du crâne, je veux parler de l'écoulement sanguin que fournit la simple déchirure de la membrane du tympan. Cette déchirure existe forcément toutes les fois que l'otorrhagie provient d'une fracture, mais je tiens à vous montrer qu'elle peut exister seule et fournir un écoulement qu'il faut savoir distinguer de l'autre. On arrive aisément à reconnaître avec certitude s'il existe une solution de continuité de la membrane ; pour cela, divers procédés peuvent être mis en usage : de tous le plus simple est assurément le procédé de Valsava. Si vous commandez, en effet, au malade de faire une expiration forcée pendant que vous lui fermez exactement la bouche et les narines, le passage de l'air à travers la plaie se révélera par un sifflement accompagné d'un bruit de glouglou du liquide contenu dans la caisse. Mais on ne doit pas s'en tenir à cette recherche ; il faut surtout se garder de conclure de l'absence de sifflement à l'intégrité de la membrane, car une foule de causes peuvent empêcher l'accès de l'air dans la caisse et changer les conditions de l'expérience. Il est toujours utile de pratiquer l'examen direct à la lumière réfléchie. Cet examen est minutieux, souvent difficile ; j'ajouterai même qu'il n'est pas absolument inoffensif. Les manœuvres que nécessitent l'introduction du spéculum, l'ablation des caillots, les injections elles-mêmes peuvent avoir des inconvénients et développer des accidents inflammatoires La simple constatation du fait de la déchirure doit suffire, et je vous conseille, dans l'intérêt des malades, de procéder avec douceur à cette recherche. Mais, constatation faite, il reste à déterminer si la déchirure de la membrane du tympan coexiste avec une fracture du rocher, ou si elle existe seule, sans lésion des os.

Dans quelques cas, comme celui que nous avons sous les yeux, le diagnostic est facile, en raison surtout de l'absence de signes de commotion violente, de contusion, de compression du cerveau. Mais dans d'autres cas, au contraire, ce diagnostic est entouré de difficultés telles que l'erreur me paraît avoir été à peu près constamment commise, et que l'on n'a pas hésité à considérer ces cas comme des exemples de fractures du rocher suivies de guérison. Or, selon moi, ces prétendues fractures du rocher sont tout simplement des déchirures traumatiques de la membrane du tympan. Prenons un exemple :

Un individu vient de recevoir sur la tête un coup violent, ou bien il est tombé d'un lieu élevé : la commotion cérébrale est intense, et le blessé a perdu connaissance. Les personnes qui le relèvent remarquent de suite un écoulement sanguin abondant par une oreille : le chirurgien s'assure que le sang ne provient ni du cuir chevelu, ni du conduit auditif externe. L'apophyse mastoïde est intacte. L'examen est complété et l'on constate une déchirure de la membrane du tympan. Cette donnée, jointe à la gravité présente des symptômes cérébraux, fera presque certainement penser qu'il existe une fracture du crâne. Bientôt, d'ailleurs, ce diagnostic paraîtra confirmé par les phénomènes ultérieurs. Au bout d'un temps variable, les symptômes cérébraux se dissipent et font place à un certain degré de stupeur, le malade ressent encore des vertiges, de la céphalalgie. Puis, on voit apparaître un écoulement séreux, auquel on se croit en droit d'assigner la même valeur qu'à l'otorrhagie du début. Enfin, il se peut même qu'un

nouveau symptôme, non moins caractéristique en apparence, vienne à se manifester, je veux parler d'une hémiplégie faciale survenant du même côté.

Ce tableau, Messieurs, n'est pas fait à plaisir. L'ensemble de symptômes immédiats ou tardifs que je suppose réunis sur un malade, peut se rencontrer sans fracture du crâne, et chez un blessé qui n'a d'autre lésion qu'une déchirure de la membrane du tympan.

C'est là, vous le comprenez, une source d'erreurs : on s'explique ainsi le chiffre relativement élevé des cas de guérison des fractures du crâne. De ces faits, les uns, en petit nombre, sont réels, les autres se rapportent certainement à de simples ruptures traumatiques de la membrane tympanique.

Il me reste maintenant à justifier ce que j'avance, et à vous montrer que le tableau symptomatologique tracé il y a un instant peut, en effet, se rapporter à la déchirure traumatique simple du tympan.

D'abord la perte de connaissance et la stupeur, manifestations symptomatiques de la commotion du cerveau, s'observent journellement, comme vous le savez, en dehors de toute solution de continuité de la base du crâne.

Il pourrait vous paraître surprenant de voir une otorrhagie aussi abondante que celle de notre malade produite par la simple déchirure de la membrane du tympan. Je puis vous citer, à cet égard, un fait que j'ai rapporté ailleurs (*Pathol. externe.* Tome III, p. 476), et qui vous prouvera que les blessures de cette membrane peuvent fournir un écoulement de sang considérable.

Il s'agit d'une jeune fille dans l'oreille de laquelle un mauvais plaisant introduisit, pendant son sommeil, un petit rouleau de papier rigide et terminé en pointe ; dans le mouvement brusque et involontaire qu'elle fit en se réveillant, la pointe pénétra profondément et détermina une douleur vive, immédiatement suivie d'une otorrhagie dont la persistance et l'abondance même prirent un caractère assez alarmant, pour que le médecin qui fut consulté, craignant une lésion grave, crût devoir m'adresser la malade. L'examen direct me permit de voir une piqûre de la membrane du tympan au voisinage du manche du marteau, c'est-à-dire dans le point où les vaisseaux sont le plus volumineux. La source de l'écoulement mise à jour, il devenait facile de l'arrêter. Ce fait suffit à vous démontrer qu'une simple déchirure de la membrane du tympan peut être la cause d'une otorrhagie abondante et persistante.

L'écoulement séreux peut également se montrer dans les mêmes circonstances, et en l'absence de fracture du rocher. En effet, la déchirure de la membrane du tympan ne tarde pas à provoquer une inflammation qui, bientôt, se propage à la caisse. Or, vous n'ignorez pas que l'otite moyenne fournit un écoulement séreux d'abord, puis séro-purulent.

Enfin, Messieurs, nous avons supposé que, chez notre malade, une hémiplégie faciale venait s'ajouter aux symptômes précédents. Certes, on se contenterait à moins pour affirmer une fracture du rocher. Et cependant l'hémiplégie elle-même, dans les conditions que nous avons choisies, peut ne relever que de l'otite moyenne; il en existe des exemples nombreux. Les rapports du nerf facial, dans son passage à travers l'aqueduc de Fallope, avec les parois de la caisse, permettent de comprendre la facile transmission de l'inflammation de la muqueuse tympanique au tronc nerveux lui-même.

C'est ainsi, Messieurs, que chacun de ces symptômes, dont la réunion semble avoir une si grave signification, peut, dans certains cas, perdre de sa valeur et devenir susceptible d'une explication différente de celle qui vient la première à l'esprit. Nous devons rechercher maintenant, en prenant successivement chacun de ces symptômes en particulier, s'il n'est pas possible de leur trouver des caractères différents selon qu'ils indiquent la fracture du rocher ou la déchirure de la membrane du tympan.

D'abord, les signes de la commotion cérébrale, les premiers en date, n'ont pas toujours la même portée clinique: il faut distinguer des degrés dans ces troubles. D'une façon générale, on peut admettre que l'intensité de la commotion est proportionnelle à la violence du traumatisme : une stupeur profonde et persistante indiquera un ébranlement considérable et pourra faire pencher vers l'idée d'une fracture. De même, l'otorrhagie, lorsqu'elle provient d'une déchirure de la membrane, est, le plus souvent, moins considérable que dans les cas de fracture du rocher. Dans ce dernier cas d'ailleurs, on a pour se guider un phénomène caractéristique, je veux parler de l'intermittence de l'écoulement sanguin. L'écoulement séreux, dans le cas de fracture, n'est pas moins reconnaissable. Cet écoulement, comme vous le savez, est fourni par le liquide céphalo-rachidien, et celui-ci s'échappe, en général, dès les premiers moments ; sa quantité est assez considérable pour qu'il soit possible d'en recueillir pour l'analyse chimique. Il est faiblement albumineux et contient une proportion de chlorure de sodium que n'atteignent ni le sérum du sang, ni le liquide inflammatoire. D'ailleurs, l'otite séreuse ne s'établit qu'après quelques jours, tandis que l'écoulement du liquide céphalo-rachidien est immédiat.

Il n'est pas enfin, nous l'avons vu, jusqu'à l'hémiplégie faciale qui ne se distingue dans les deux cas. Elle est, somme toute, assez rare, après la fracture du rocher, et, dans ce cas, elle suit immédiatement le traumatisme, comme la contusion ou la déchirure nerveuse qu'elle traduit. Au contraire, l'hémiplégie se prononce tardivement, quand elle relève de l'otite moyenne : toutefois le temps qu'elle met, dans ce cas, à apparaître, ne peut guère être apprécié par la moyenne des huit cas rapportés par les auteurs.

Un dernier élément, décisif celui-là, guide enfin le diagnostic dans les cas difficiles, je veux parler de l'état de la fonction auditive. Elle est abolie de suite et complétement dans le cas de fracture du rocher, puisque l'appareil de perception, l'oreille interne, est toujours intéressé plus ou moins. Au contraire, la surdité relative qui suit la déchirure de la membrane et l'otite moyenne, ne relevant que d'un trouble apporté au fonctionnement de l'appareil de transmission du son, n'apparaît que tardivement et apporte avec elle les moyens de la distinguer. Si l'on fait, en effet, vibrer un diapason que l'on applique sur la paroi du crâne, en un point quelconque, le sujet n'entend rien du côté malade, si l'appareil de perception est détruit. Tout au contraire, lorsque l'appareil de transmission est seul atteint, les ondes sonores sont perçues plus nettement du côté malade que du côté sain. J'insiste sur l'importance de ce signe que vous pouvez constater aisément chez notre malade.

S'il est vrai que la simple déchirure de la membrane du tympan et ses complications inflammatoires soient capables d'en imposer de la sorte pour une fracture du rocher, il n'est pas sans importance de déterminer dans quelles circonstances se produit cette déchirure. Elle peut survenir par un mécanisme très-simple, par le refoulement brusque de la colonne d'air renfermée dans le conduit auditif. Un soufflet violemment appliqué sur l'oreille, la détonation d'une pièce d'artillerie, pour prendre les faits les plus connus, n'agissent pas autrement. Il se peut que, dans un certain nombre de traumatismes du crâne, la déchirure se produise par ce mécanisme. Notre malade en particulier est évidemment tombé à plat sur le côté droit de la tête : de ce côté du corps et au poignet correspondant il porte des contusions.

Mais dans d'autres cas, à la suite de violents traumatismes (coups ou chutes), appliqués sur la tête, il paraît impossible d'invoquer ce mécanisme. Je suis porté à croire que, dans ces cas, la déchirure de la membrane du tympan se produit d'une manière indirecte, et il ne me répugne pas d'admettre qu'un choc extérieur, agissant sur la boîte du crâne, incapable de briser les os, soit néanmoins suffisant pour déterminer une solution de la membrane tympanique, fortement tendue dans un cadre osseux qui fait suite aux parois crâniennes.

Quelques expériences, d'ailleurs insuffisantes, entreprises sur mon conseil par un de mes anciens élèves,

M. le Dr Lebail, dans le but de produire artificiellement cette rupture indirecte de la membrane du tympan, n'ont donné aucun résultat concluant.

Je n'insisterai pas, Messieurs, sur la simplicité du pronostic de l'otite moyenne par déchirure ; il vous suffira de comparer ce pronostic à celui des fractures du crâne. Toutefois, au point de vue de la fonction auditive, quelques réserves sont à faire, si l'on songe au développement inévitable de la suppuration de l'oreille moyenne. D'autre part, il n'est pas impossible que nous ayons à observer ces jours-ci un certain degré d'hémiplégie faciale (Voyez la note), mais cette hémiplégie elle-même n'offre aucune gravité et guérirait avec l'otite.

En présence d'un diagnostic aussi nettement établi, il est évident, Messieurs, que nous sommes autorisés, dans ce cas particulier, à ne diriger le traitement que contre l'otite suppurée; mais la question peut ailleurs demeurer plus longtemps obscure ; et, dans l'impossibilité où l'on se trouve alors de nier avec assurance la fracture, il faut se comporter comme si elle existait. Dans ces cas difficiles, il faut se garder, en particulier, d'insister imprudemment sur l'exploration de l'oreille, et surtout sur les injections qui peuvent augmenter les accidents inflammatoires.

NOTA.— *Le malade a présenté effectivement une hémiplégie faciale du côté correspondant à la lésion traumatique : cette complication n'a été que passagère et s'est graduellement dissipée en l'espace de trois semaines, en même temps que diminuait l'écoulement purulent. Le malade a quitté l'hôpital parfaitement rétabli.*

MALADIES DE LA PEAU

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LAILLER.

Des teignes.

Leçons recueillies par le docteur LANDOUZY.

SOMMAIRE. — Considérations préliminaires. — But de ces leçons. — Fréquence des teignes. — Aperçu historique.

Prodrômes anatomiques : structure de la peau et des poils.

Généralités touchant la contagion, l'auto-inoculation, l'évolution, le diagnostic, la durée et le traitement des teignes.

Messieurs,

Je me propose, dans ces conférences, d'étudier avec vous une branche seulement des maladies cutanées, les *teignes*, affections contagieuses du cuir chevelu et des régions pileuses, dont la parfaite connaissance importe autant aux pathologistes qu'aux médecins praticiens.

Je n'étonnerai personne ici, en avouant que, malgré la fréquence et la contagiosité des teignes, ces affections sont chaque jour méconnues; de là, des ravages considérables dans les agglomérations d'enfants, dans les orphelinats, dans les salles d'asile, dans les lycées même où il suffit parfois, d'un teigneux pour infecter toute une bande d'enfants et mettre ceux-ci dans la dure nécessité d'un isolement préjudiciable, pendant de longs mois, aux intérêts sérieux de leur éducation.

Vous vous convaincrez bientôt, dans la pratique, de l'importance capitale de cette question d'isolement des enfants qui préoccupe à juste titre les parents et leur fait redouter les teignes à l'égal des maladies les plus graves, crainte assez légitime puisque (la suite de ces leçons vous l'apprendra) le traitement des teignes a une durée toujours fort longue et dont jamais on ne peut préciser le terme. Pour ces raisons, il serait désirable que tous les médecins eussent, sur les affections parasitaires, des notions précises qui leur permissent de faire un diagnostic exact. Beaucoup d'entre vous, Messieurs, appelés, dès demain, à la surveillance médicale d'orphelinats ou d'écoles seront fréquemment consultés sur la nature ou la gravité des affections du cuir chevelu : que ceux-là sachent bien que de leurs conseils dépendront et la sécurité des familles et leur propre réputation. Pour ces diverses raisons, l'étude des teignes ne saurait être faite avec trop de soin et je ne pourrais réunir trop de malades qui vous permettent de voir et de toucher chacune des variétés de teignes.

Me proposant avant tout de faire une étude clinique, me proposant de vous apprendre à formuler un diagnostic exact au lit du malade, je passerai très-rapidement sur l'historique de la question. Comme vous trouverez le sujet traité dans tous les auteurs, avec un certain luxe d'érudition, j'ai cru qu'il serait oiseux de reprendre l'étude des affections du cuir chevelu dès l'antiquité, j'ai pensé qu'il était préférable de borner mon aperçu historique aux travaux de ce siècle, lesquels commencent avec Alibert qui, en 1806, décrit sous le nom de dermatoses teigneuses toutes les affections du cuir chevelu.

Peu d'années après, en 1828, un empirique doublé probablement d'un médecin habile et instruit, M. Mahon, donnait, dans un livre intitulé *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*, une assez bonne description des affections du cuir chevelu. Les mérites incontestables de ce livre n'empêchèrent pas Biett, imbu des idées anglaises et préoccupé avant tout des lésions anatomiques, de rejeter les teignes comme espèces morbides pour n'en admettre qu'une seule, le Porrigo, dont il reconnaissait deux variétés, le Porrigo favosa et le Porrigo scutulata.

Cette opinion fut de tous points partagée par Rayer et M. Cazenave : dans le *Traité des maladies du cuir chevelu* qu'il fit paraître en 1850, notre savant collègue rejeta absolument les affections parasitaires pour diviser les éruptions : 1° En éruptions non contagieuses, comprenant les achores, l'eczéma, l'impétigo, le psoriasis et le pityriasis; — 2° En éruptions contagieuses, comprenant l'herpès tonsurant et le favus.

La description que donna M. Cazenave de l'herpès circiné était et reste excellente, sauf, que notre collègue n'ayant pas vu le parasite, ne put rattacher l'affection à sa vraie cause. En 1839, Schœnlein signalait, à Berlin, la présence d'un champignon dans le favus. En 1844, Gruby annonçait à l'Académie des sciences de Paris, sa découverte du tricophyton dans la teigne tondante. En 1846, Eichstedt découvrait le Microsporon furfur et prouvait ainsi la nature parasitaire du pityriasis versicolor.

La découverte de ces divers champignons était, vous le comprenez facilement, un fait considérable dans l'histoire des teignes : bien auparavant on connaissait le favus, la tondante, la pelade et le pityriasis, mais les notions qu'on possédait sur leur nature, sur leur genèse et leur développement étaient vagues et incohérentes : ces notions surtout étaient stériles en conséquences thérapeutiques; aussi, n'est-ce pas un des moindres titres de gloire de M. Bazin d'avoir, en 1853, publié son livre, petit d'allures, gros de conséquences, intitulé *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*, c'est-à-dire « des affections des » poils produites ou entretenues par la présence d'un » végétal parasite. »

Je vous disais, Messieurs, que la publication de ce petit livre fut grosse de conséquences ; en effet elle devint l'occasion d'une révolution dans la dermatologie : la grande classe des affections cutanées parasitaires fut définitivement établie et la thérapeutique raisonnée entra désormais dans une voie qui conduit chaque jour à des résultats plus sûrs et plus complets.

Je voudrais, cette esquisse historique terminée, traiter aujourd'hui des généralités des teignes, mais, avant cela, je crois nécessaire de vous rappeler quelques notions anatomiques sur la peau, absolument indispensables pour bien comprendre les lésions que les teignes entraînent après elles.

Vous savez tous que la peau se compose de deux couches: une couche profonde appelée derme, renfermant dans un substratum de tissu conjonctif des vaisseaux, des nerfs, des glandes et des fibres musculaires lisses; une couche superficielle, appelée épiderme, formée de cellules. Je vous rappelle que le derme, membrane solide, peu élastique, présente à étudier deux parties quelque peu différentes: 1° une partie profonde, formée de tissu conjonctif réticulaire renfermant dans ses mailles des vaisseaux, des nerfs, des follicules pileux, des glandes et des cellules adipeuses ; 2° une partie superficielle ou papillaire, qui

livre passage aux poils et aux conduits glandulaires, et est constituée par de petites élevures coniques, à sommet unique ou multiple en rapport immédiat avec la couche épidermique profonde. De ces élevures ou papilles, les unes sont vasculaires, les autres nerveuses ; ces dernières portent un petit corps qui n'est autre que le corpuscule du tact de Meissner. A ces papilles nerveuses aboutissent deux ordres de nerfs : des nerfs centrifuges innervant les muscles et les glandes de la peau, des nerfs centripètes allant de la peau aux centres nerveux.

Les papilles vasculaires renferment, vous le savez, des artérioles et des veinules : quant aux lymphatiques, ils forment deux réseaux, l'un superficiel, l'autre profond.

L'épiderme est uniquement formé de cellules qui, de cylindriques dans la couche profonde (en rapport avec la partie superficielle du derme) deviennent polyédriques, puis lamelleuses dans la couche cornée. Dans la couche profonde de l'épiderme, dite couche de Malpighi, les éléments cellulaires (c'est là un caractère qui les différencie absolument des cellules de la couche cornée) globulaires, sont vivants, ce qui leur permet de subir une série de transformations dont nous voyons la résultante dans la production morbide des vésicules et des phlyctènes ou bien encore des pustules dans le cas où l'irritation cutanée est très-aiguë. Ce sont ces cellules qui, normalement, en quittant la couche profonde pour gagner la superficielle, deviennent polyédriques, puis lamelleuses pour constituer la couche cornée épidermique sur laquelle se fait une desquamation constante mais insensible : c'est, vous ne l'ignorez pas, l'exagération morbide de cette desquamation qui constitue en partie la lésion du pityriasis et du psoriasis.

Pour être complète, notre étude rapide de la peau comporterait celle des ongles que je passe à dessein sous silence, voulant m'arrêter à la description des poils et des cheveux, puisque ce sont eux qu'atteignent surtout les parasites dans chacune des affections que nous devons connaître.

Les poils existent partout, la paume des mains et la plante des pieds seules en sont dépourvues : leur développement varie avec les races, les sexes, les âges, les individus et les régions du corps.

Le poil, produit épidermique, pousse au fond d'un cul de sac formé par l'épiderme dans le derme; ce cul-de-sac, qui n'est autre que le follicule, est repoussé de bas en haut par une papille dermique vasculaire absolument comme l'a été le fond d'une bouteille par l ouvrier verrier. Cette papille dermique est coiffée par la base du poil : c'est à cette base qu'on donne le nom de bulbe pileux. Le bulbe pileux est un renflement formé d'éléments cellulaires en tout semblables à ceux de la couche profonde de l'épiderme.

Au bulbe pileux font suite la racine, puis la tige du poil qui montent dans le follicule vers l'épiderme. Les éléments cellulaires subissent des changements de forme et de groupement qui permettent de décrire au poil, un épiderme, une substance corticale et une substance médullaire.

L'épiderme est formé de lamelles plates imbriquées, la substance corticale est constituée par des cellules longitudinales, la substance médullaire enfin se trouve occuper un canal creusé dans le centre du poil ; elle est composée de cellules rectangulaires : tantôt la substance médullaire remplit complètement la lumière du poil ; tantôt, au contraire, elle la remplit irrégulièrement laissant entre elle des espaces qui, sur des préparations microscopiques, vous apparaitront remplis d'air.

Ainsi constitué, le poil émerge de l'épiderme par un pertuis qui laisse également sourdre le produit des glandes sébacées que vous savez être presque toujours accolées deux à deux aux follicules pileux. Tel est le mode de développement et d'issue du poil, mais, vous n'ignorez pas que, parfois, l'épiderme au lieu de s'ouvrir pour permettre l'issue du poil, semble au contraire le retenir en formant au-devant de lui un véritable opercule, l'épiderme est alors poussé et soulevé au-devant du poil ce qui donne lieu à la production d'une des variétés de l'acné dite acné pilaris. *(A suivre.)*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Les hôpitaux à la Faculté !

A la fin de la discussion du budget de l'instruction publique, M. Waddington, répondant à M. Cornil, disait qu'avec son collègue de l'intérieur il se préoccupait déjà de la question des rapports à établir entre les facultés et les administrations hospitalières ; il annonçait que depuis trois semaines une commission mixte, présidée par M. Faye, étudiait les modifications à apporter aux règlements actuels. C'était dans les derniers jours de Juillet ; depuis, trois mois ont passé, et nous n'avons pas entendu dire que les travaux de la commission aient abouti.

Il n'y a pas lieu de s'en étonner : sans parler des vacances, les difficultés du problème suffisent à justifier cette lenteur. La nature aussi de la Commission doit être une cause de retard ; nous ignorons sa composition, c'est-à-dire les noms de ses membres, mais par cela seul qu'elle est mixte, c'est-à-dire qu'elle contient des représentants des deux corps dont il s'agit de concilier les attributions ou les prétentions, et que ces représentants y entrent à titre égal des deux côtés, on peut croire qu'elle s'évertuera a trouver le moyen de faire vivre en bon accord deux pouvoirs indépendants, intervenant chacun à sa façon et avec ses vues particulières sur un même terrain. C'est chercher la quadrature du cercle. Joignez à cela que probablement, obéissant à l'amour de l'uniformité qui distingue nos compatriotes, la Commission s'efforcera de libeller des règlements applicables à toutes les villes qui possèdent ou demandent une Faculté de médecine, et vous ne serez pas surpris si elle garde assez longtemps son œuvre sur le métier. Admettons même que pour activer et simplifier ses travaux, la Commission, tout en les concevant dans un même esprit, rédige des règlements spéciaux pour chaque cas particulier, que fera-t-elle pour Paris, par exemple, si comme autorise à le penser son titre de Commission mixte, elle s'obstine à vouloir résoudre le problème en maintenant sur un pied d'égalité la Faculté et l'Assistance ? Chacun, sans être grand devin, peut prévoir que les modifications apportées à la situation actuelle seront médiocres. On aura beau délimiter soigneusement les attributions respectives, on n'arrivera qu'à organiser l'anarchie. Bien mieux, les plus savantes combinaisons, les plus ingénieux procédés de pondération n'établiront pas l'égalité cherchée, l'indépendance réciproque ; les intérêts de l'enseignement resteront, comme par le passé, subordonnés aux convenances des bureaux, car fatalement l'Assistance dominera la Faculté. Que ne reculant pas devant une responsabilité plus grande, cette dernière revendique et obtienne, dans la Commission, une plus grande liberté, une plus large initiative, l'Assistance aura bientôt fait de reprendre les concessions qu'on lui aura arrachées. Ayant à lutter contre les traditions anciennes, mollement défendus, peut-être, les nouveaux droits de la Faculté deviendront lettre morte devant ce fait qui domine toute la situation : l'Assistance est chez elle dans les hôpitaux, la maison lui appartient ; et la Faculté, n'y recevant qu'une hospitalité plus ou moins gracieuse, ne saurait prétendre à y parler en maître.

C'est de là que viennent tous les obstacles aux améliorations que réclame l'enseignement médical. En énumérer les preuves est inutile; on connaît assez l'impuissance de

la Faculté devant les résistances de l'Administration. Ces résistances, rien ne les amoindrira sérieusement tant que la situation relative des deux rivales ne sera pas renversée. Il n'y a donc pour tarir la source des difficultés qu'un moyen efficace; nous n'hésitons pas à le proposer. On le traitera de révolutionnaire : nous reconnaissons en toute sincérité qu'il amènerait, c'est son but, une révolution profonde dans l'enseignement médical. Mais on ne le qualifiera pas d'utopie impraticable, car nous demandons seulement d'adopter, en l'accommodant à nos mœurs, à notre organisation de l'enseignement, un système dont l'Angleterre et l'Allemagne, qui l'appliquent chacune à sa façon, se trouvent fort bien toutes deux. La Faculté s'inquièterait peut-être du surcroît de responsabilité qu'il lui apporterait, mais nous croyons qu'elle ne le refuserait pas, en considération de l'accroissement de prestige et d'autorité qui en résulterait pour elle, et du bien qu'il la mettrait à même de faire. Quant aux modifications secondaires (1) indiquées à titre de conséquences heureuses entre autre possibles à concevoir, on peut les rejeter, les admettre, ou en imaginer de meilleures, sans que notre proposition principale en soit atteinte.

C'est notre conviction profonde : la première réforme à faire, sans laquelle toutes autres seront comme nulles et non avenues, *c'est d'attribuer à la Faculté la direction scientifique, matérielle et pécuniaire des hôpitaux*. La substitution de la Faculté au lieu et place de l'Assistance amoindrirait beaucoup le rôle de celle-ci, nous n'y contredisons pas; mais il faut bien admettre que la meilleure organisation administrative est celle qui satisfait le mieux les intérêts des administrés et non pas celle qui donne le plus de relief et d'importance aux administrateurs. Et nous croyons facile de démontrer que les intérêts de toute nature des malades assistés seront mieux entendus, mieux défendus par un corps médical que par l'administration actuelle, incompétente sur bien des points. Il suffirait pour établir cette proposition et réduire à néant l'objection souvent faite de l'incapacité administrative des médecins, de rappeler que les asiles départementaux d'aliénés, où le médecin en chef est en même temps directeur, ne sont pas les moins prospères. Ces honorables confrères ont, il est vrai, à côté d'eux un conseil d'administration, mais nous ne demandons pas que la Faculté ne soit soumise à aucun contrôle; la suppression du Conseil général de l'assistance publique n'est pas une conséquence nécessaire du système que nous proposons. Tout au plus y aurait-il lieu de modifier un peu sa composition et de restreindre sa compétence aux affaires purement financières.

Quoi qu'il en soit de cette question accessoire, nous sommes persuadés que la Faculté, les médecins des hôpitaux, les élèves, les malades, l'enseignement médical et les intérêts pécuniaires de la Ville gagneraient beaucoup à l'adoption de notre plan. L'état-major seul de l'avenue Victoria y perdrait de son importance, bien qu'en dehors des hôpitaux, il reste encore un assez vaste champ pour son activité.

Nous n'insisterons pas sur le prestige nouveau dont serait dotée la Faculté, ce n'est qu'une considération secondaire, étrangère même si l'on veut à celle qui prime tout dans les hôpitaux, l'intérêt des malades. Mais cet intérêt ne peut évidemment que gagner à ce que les médecins des hôpitaux soient maîtres dans leurs services et voient leurs ordonnances ponctuellement exécutées, à ce que les élèves qui les approchent soient pourvus de la meilleure instruction médicale possible, à ce que les fonds publics consacrés à leur soulagement ne soient pas dissipés en constructions onéreuses ou hygiéniquement mal entendues. En d'autres termes, les intérêts des malades, ceux des médecins des hôpitaux, ceux de l'enseignement et ceux des finances de Paris sont connexes et pour ainsi dire identiques.

La direction des hôpitaux appartenant à la Faculté, c'est d'abord la disparition des conflits entre deux pouvoirs rivaux, conflits dont une troisième puissance, spirituelle celle-là, profite pour empiéter sur tous les deux. La trop bruyante affaire des pancartes ne se serait pas produite dans notre système.

Les hôpitaux relevant de la Faculté, les médecins des hôpitaux, cessant d'être « un accessoire intéressant, » seraient eux-mêmes rattachés à l'Ecole qui pourrait, à l'avenir, exiger d'eux un concours précieux, trop rare aujourd'hui, pour l'instruction clinique des élèves, et les récompenser au moins en les admettant à participer aux examens. Cet avenir ne serait même pas, nous en avons l'espoir, reporté au renouvellement total du corps hospitalier. Déjà un certain nombre de chefs de service font, sans y être forcés, preuve de dévouement à l'instruction des élèves ; un plus grand nombre y consacreraient bientôt leurs soins, s'ils se sentaient approuvés et encouragés au lieu d'être gênés ou arrêtés par les bureaux ; la petite minorité à laquelle le zèle ferait défaut serait très-vite amenée par l'amour-propre et l'intérêt personnel bien entendu à suivre le courant. La Faculté pourrait alors installer dans chaque hôpital un service correspondant à chacun des cours complémentaires qu'elle éprouve aujourd'hui tant de peine à faire fonctionner. Les hôpitaux spéciaux, fermés aux élèves par des règlements dignes d'un autre âge, pourraient disparaître sans inconvénient ; certaines catégories de malades ne seraient plus soumises à une sorte d'ostracisme humiliant ; les élèves trouveraient réunis dans le même établissement tous les éléments d'instruction. Les seules exceptions concerneraient la Maternité et les asiles d'aliénés, la première restant nécessairement aux élèves sages-femmes et les pensionnaires des seconds ne pouvant occuper un quartier dans les hôpitaux ordinaires. Quant au concours à demander aux chefs de service, il nous semble qu'il faudrait consulter surtout leurs aptitudes et la direction particulière de leurs travaux, c'est-à-dire les laisser maîtres de leur enseignement. Cependant la Faculté pourrait exiger que les derniers venus, en nombre et pour un espace de temps à déterminer, se consacrent spécialement aux cliniques propédeutiques qui nous font absolument défaut : il faudrait que dans chaque hôpital il y ait au moins une de ces cliniques, dût-on augmenter un peu le nombre des services, qui, en général d'ailleurs comptent trop de lits. — Dans cet ordre d'idées, il conviendrait encore que les pharmaciens en chef des hôpitaux soient astreints à faire un cours dans lequel ils appren-

(1) Si elles ont un mérite, ce n'est pas celui de la nouveauté ; la plupart ont été demandées il y a longtemps, notamment par M. Delasiauve ; Voy. *De l'organisation médicale en France*, Fortin, 1843 ; — *De l'enseignement clinique dans les hôpitaux*, 1859 ; et *Lettres de M. J. Duval*, Masson, 1868.

draient aux élèves à reconnaître les substances médicinales que ceux-ci n'ont pas aujourd'hui la possibilité de voir et de manier. Il serait bon aussi de transformer tout ou partie des plates-bandes en un petit jardin botanique où l'on cultiverait des plantes médicinales. Des écriteaux portant le nom de la plante et indiquant celles qui sont dangereuses serviraient à l'instruction des élèves et à celle des malades prémunis ainsi contre tout danger. Cela demanderait à la vérité la création de deux collections d'échantillons, l'une de plantes vivantes, l'autre de substances médicinales, mais la dépense, faite une fois pour toutes, serait minime et, tout d'abord imputée sur les fonds propres de la Faculté, pourrait même être couverte par une légère rétribution demandée aux élèves qui aiderait à constituer au besoin au professeur une rémunération suffisante. En même temps le pharmacien en chef, aidé de ses internes, initierait quelque peu les élèves à la manière dont se font les diverses préparations pharmaceutiques ; ce genre de connaissances, utiles à tous les praticiens et particulièrement indispensables à ceux qui devront exercer dans les localités privées de pharmaciens, on n'a pas aujourd'hui grande occasion de l'acquérir et cependant il est nécessaire pour formuler convenablement.

Nous venons de parler des internes en pharmacie ; les internes en médecine et en chirurgie seraient appelés aussi à rendre des services qui tourneraient, en définitive, à leur avantage. On trouverait en eux d'intelligents répétiteurs qu'en raison de leur âge et de la moindre inégalité de situation les commençants hésiteraient moins à interroger sur un point élémentaire qu'un professeur ou un chef de service devant lequel une fausse honte retient quelquefois. Quant aux élèves eux-mêmes, ils pourraient être répartis entre les services, d'après un roulement à organiser, d'une façon plus rationnelle que ne le fait l'Assistance publique. On ne verrait plus, à l'époque du stage, se produire ce fait monstrueux et trop fréquent d'un élève condamné par un règlement qui ne s'inquiète pas de ses besoins, à perdre une année, et, s'il est malchanceux, deux années, dans un service dont le chef se contente de faire en courant ses prescriptions, sans jamais donner explication ni conseil. Astreints à enseigner les élèves qui les suivent, les chefs de service les connaîtraient, s'intéresseraient à eux, les dirigeraient dans leurs travaux, les stimuleraient. Au lieu de l'incohérence qui distingue nos études médicales actuelles et se traduit par une incalculable déperdition de forces, il se produirait du haut en bas de l'échelle de l'enseignement, une harmonie d'efforts, un entraînement général qui bénéficierait à la fois aux maîtres et aux élèves : les uns seraient obligés de se tenir au courant de la science et les autres travailleraient avec plus de suite et plus de fruit Les malades des hôpitaux enfin, plus assidûment et plus intelligemment observés, ne seraient pas les derniers à se ressentir de cette transformation de l'enseignement. Pour eux ce serait la maladie mieux suivie, le traitement mieux dirigé et plus exactement exécuté, souvent la guérison plus rapide ; par suite pour le budget des hôpitaux une moindre charge ; enfin pour toute la population l'assurance d'avoir des médecins plus instruits.

Il va sans dire que la science elle-même profiterait de toutes façons de ce mouvement, de cette impulsion imprimée à tout le corps médical ; les matériaux abonderont et chacun s'intéressera à leur mise en œuvre, surtout si la Faculté sait coordonner tous les efforts. Nous ne chercherons pas à tracer un programme, mais nous devons signaler un perfectionnement qui se produira de lui-même. Chacun sait que des renseignements de statistique médicale sont centralisés au chef-lieu de l'assistance, mais chacun sait aussi quelle négligence et même parfois quelle fantaisie préside à la rédaction des documents transmis à l'administration, incapable de les contrôler. M. Husson a pu se faire de leur réunion un titre à l'Académie, personne n'a jamais songé à en tirer des conclusions sérieuses. Il en sera autrement quand les chefs de service auront intérêt à donner des bases solides à un travail qu'ils sauront fait par des collègues compétents.

Enfin, nous y revenons, il nous paraît que d'une façon générale, la Faculté se laisserait moins facilement entraîner qu'une administration toute de bureau aux tendances qu'ont les architectes à faire grand. Elle consacrerait certainement une moindre partie des deniers publics à loger les malades dans de somptueux édifices et s'inquiéterait davantage de la qualité de leur régime ; elle viserait plutôt à obtenir par une hygiène mieux entendue, par des aménagements mieux conçus, des guérisons plus nombreuses et plus rapides, partant moins coûteuses, qu'à flatter l'œil du passant par de belles lignes monumentales. Jamais la Faculté, par exemple, si elle en avait eu la responsabilité directe, n'aurait consenti à cette folie où sont allés s'engloutir tant de millions, le nouvel Hôtel-Dieu. Là où une administration étrangère à la science n'a vu que l'occasion de déployer à grands frais ses talents, sauf pour faire montre d'économie à chicaner sur un bon de côtelette, la Faculté n'aurait pu s'empêcher de protester au nom des lois hygiéniques violées et du bon sens outragé. Il aurait bien fallu entendre et écouter un corps savant, officiellement chargé des intérêts des malades, et ses remontrances n'auraient pas eu le sort des réclamations inutiles de la Société de chirurgie. La Faculté ayant la haute main sur les hôpitaux, il eut été difficile de lui répondre que cette affaire ne la regardait pas.

Au projet que nous défendons, si l'on objectait que les professeurs, doublés même des agrégés, ne peuvent s'occuper des détails nombreux et compliqués d'administration que nécessite l'approvisionnement des hôpitaux, leur entretien, celui du matériel, nous dirions que nul ne peut penser à les accabler d'une besogne pour laquelle ils ne sont pas faits et dont ils s'acquitteraient sans doute fort mal. C'est à d'autres que ces fonctions reviennent, ou plutôt qu'elles doivent rester : aux agents qui en sont déjà chargés sous la direction de l'Assistance publique. Pas un des rouages de la machine ne serait changé ni déplacé, le moteur seul ne serait plus le même. Une seule innovation nous sourirait et si elle complète l'ensemble de notre système, il peut cependant se passer d'elle. Au-dessous du Conseil central de la Faculté, nous voudrions voir instituer dans chaque hôpital un conseil local, composé du directeur et des chefs de service. Ce conseil délibérerait sur toutes les questions intéressant spécialement l'établissement auquel il appartiendrait et ses avis soumis à la Faculté lui seraient d'une grande utilité pour les décisions à prendre. Peut-être même, c'est un point particulier à étudier, serait-il expédient de conférer à ce conseil une certaine autonomie, le droit de décider définitivement certaines affaires.

Cela soulagerait d'autant le Conseil central et relèverait le rôle du directeur de l'hôpital.

Pour réaliser notre proposition, les difficultés matérielles sont nulles ; ce sont celles qui se présentent quand on fait passer l'administration des cultes du ministère de l'instruction publique à celui de la justice. Un bout de papier et une signature suffisent. Le tout est d'obtenir cette signature, qui dépend du consentement de la ville de Paris et du gouvernement. Que les amis de l'enseignement médical s'efforcent donc de convaincre le conseil municipal et les ministres compétents. E. T.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Les Cours d'Hiver de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 6 Novembre.

Physique médicale. M. GAVARRET. — Physique générale. — L'Électricité et l'Optique. Mercredi, vendredi, à midi.
— Physique biologique. — Les phénomènes physiques de la phonation et de l'audition. Lundi, à 5 heures (petit amphithéâtre).

Pathologie médicale. M. OLLIVIER, agrégé chargé du cours. — Des maladies du poumon. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures.

Anatomie, M. SAPPEY. — Le système uerveux central. — Le système nerveux périphérique. — Les organes des sens. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Pathologie et thérapeutique générales, M. CHAUFFARD. — Éléments morbides communs : fièvre, fluxion, inflammation, douleur, spasme, trouble des facultés intellectuelles. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures.

Chimie médicale, M. WURTZ. — Chimie générale. — Histoire chimique des métalloides. — Etude de l'air et de l'eau, des principaux acides, etc., au point de vue des applications médicales. Jeudi, vendredi à midi.
— Chimie biologique. — Etude des phénomènes chimiques de la nutrition. — Sécrétions. Mardi, à 4 heures, (petit amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale, M. DOLBEAU. — Maladies des tissus et des systèmes. — Tissus cellulaires, osseux, cartilagineux. — Muscles, articulations. — Système vasculaire : Artères, veines et lymphatiques. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures.

Opérations et appareils. M. LÉON LE FORT. — Médecine opératoire. — Thérapeutique des maladies du cou, des voies respiratoires, du thorax, de l'abdomen, des organes génito-urinaires dans les deux sexes. — Hernies. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Histologie, M. ROBIN, suppléé par M. X.... agrégé. — Etude des éléments anatomiques et des humeurs. La 1re partie du programme imprimé du cours). Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures.

Histoire de la Médecine et de la Chirurgie. M. PARROT. — De l'histoire de l'inflammation et de la fièvre. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures.

Clinique médicale, M. G. SÉE, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.
— M. LASÈGUE, à la Pitié, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.
— M. HARDY, à la Charité, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.
— M. POTAIN, à l'hôpital Necker, tous les jours le matin, de 8 à 10 heures.

Clinique chirurgicale, M. GOSSELIN, à la Charité, tous les jours, le matin, de 8 à 70 heures.
— M. RICHET, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.
— M. BROCA, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté, tous les jours le matin, de 8 à 10 heures.
— M. VERNEUIL, à la Pitié, tous les jours, le matiu, de 8 à 10 heures.

Clinique d'accouchements. M. DEPAUL, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté, tous les jours, le matiu, de 8 à 10 heures.

Cours cliniques complémentaires.

Maladies des enfants : M. BLACHEZ, à l'hôpital des Enfants. Lundi, jeudi, samedi, à 8 heures et demie.

Ophthalmologie : M. PANAS, à l'hôpital Lariboisière. Le lundi : Conférence clinique et exerc. ophthalm., à 9 h. du matin. Le jeudi : Opérations, à 9 heures.

Maladies syphilitiques : M. FOURNIER, à l'hôpital St-Louis. Le vendredi, leçons cliniques à 9 heures. Le mardi, leçons au lit des malades, à 8 h. et demie.

Maladies des voies urinaires: M. GUYON, à l'hôpital Necker. Mercredi, leçon clinique et opérations à 9 h. Samedi, leçon au lit des malades. Opérations à 9 h. — *Maladies de la peau* : M. X...

Ecole pratique.

Les exercices de dissection ont commencé à l'Ecole pratique, le lundi 2[illegible] octobre. — M. Marc SÉE, chef des travaux anatomiques, ouvrira son Cour le 7 novembre. Il traitera des questions suivantes : Face. — Cou. — Troncs (Suite du cours d'anatomie appliquée). — MM. les prosecteurs et les aide d'anatomie feront des cours à l'Ecole pratique. Une affiche indiquera ultérieurement l'ouverture et le programme de ces cours.

Semestre d'hiver. — Division des études.

Première année : Chimie médicale, physique médicale, anatomie.

Deuxième année : Anatomie, histologie, dissection.

Troisième année : Anatomie, histologie, dissectiou, opérations et appareils, pathologie intcrue et pathologie externe, clinique médicale et chirurgicale.

Quatrième année : Pathologie interne et pathologie exterue, pathologie générale, exercices pratiques de médecine opératoire, clinique médicale, chirurgicale et obstétricale.

MM. les Etudiants sont prévenus : 1° Que les consignations pour les travaux pratiques et pour les examens seront reçues à partir du 16 octobre, les vendredis et les samedis, de 1 h. à 4 h.; — 2° Que le registre destiné à recevoir l'inscription du premier trimestre de l'année scolaire 1876-1877, sera ouvert du lundi 16 octobre au 16 novembre, les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de 9 h. à 11 h., et de 1 h. à 4 h.

Les élèves qui commenceront leurs études ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en présentant et déposant au Secrétariat, jusqu'au 1er novembre : 1° leur acte de naissance, dûment légalisé; — 2° un certificat de bonne vie et mœurs ; — 3° le diplôme de bachelier ès-lettres; 4° S'ils sont mineurs, le consentement de leurs parents ou tuteurs. *Ceux d'entre eux, dont les parents ou tuteurs ne résident pas à Paris, devront en outre, être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue d'inscrire elle-même son nom et son adresse au registre ouvert à cet effet.* Avant de prendre leur troisième inscription, les Etudiants devront justifier du diplôme de bachelier ès-sciences restreint. Les aspirants au titre d'officier de santé sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès-sciences ou celui de bachelier ès-lettres, mais ils devrout justifier du *Certificat de grammaire*, obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854.

Semestre d'été.

Voici la liste des professeurs qui font leur cours pendant le semestre d'été : M. CHARCOT (*anatomie pathologique*) ; — M. BÉCLARD (*physiologie*) ; — M. X... (*pathologie médicale*) ; — M. TRÉLAT (*pathologie chirurgicale*) ; — M. REGNAULD (*pharmacologie*); — M. BOUCHARDAT (*hygiène*); — M. VULPIAN (*pathologie comparée et expérimentale*); — M. BAILLON (*histoire naturelle médicale*); — M. GUBLER (*thérapeutique et matière médicale*); — M. TARDIEU (*médecine légale*); — M. PAJOT (*accouchements*).

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES — *Maladies de la peau* : M. X...; — *Maladies vénériennes* : M. Alph. FOURNIER, à l'hôpital St-Louis; — *Maladies des yeux* : M. PANAS, à l'hôpital Lariboisière ; — *Maladies mentales* : M. BALL, à la Faculté.

AVIS A MM. LES ÉTUDIANTS. Le *doyen* reçoit MM. les étudiants dans son cabinet tous les mercredis de 10 heures à 11 heures, et le secrétaire les lundi, mercredi et vendredi, de 8 heures à 11 heures. MM. les internes seront reçus les lundi et vendredi, de 2 heures à 4 heures.

M. le Doyen a l'honneur d'informer MM. les étudiants : 1° que le registre des inscriptions du 4e trimestre de 1876, 1er trimestre de l'année scolaire 1876-1877, sera ouvert jusqu'au 12 novembre, les lundis, mardis, mercredis et jeudis de neuf heures à onze heures, et de une heure à quatre heures. Passé le 16 novembre, il ne sera plus donné d'inscriptions sans une autorisation spéciale, accordée selon le cas, soit par M. le Recteur de l'académie, soit par M. le Ministre de l'Instruction publique ; 2° que les consignations pour les examens de fin d'année et pour les examens de doctorat seront reçues les vendredi et samedi de chaque semaine de une heure à quatre heures ; 3° que les consignations pour les travaux pratiques seront reçues les mêmes jours et aux mêmes heures que les consignations pour les examens. (Il sera délivré à chaque étudiant, qui aura acquitté les droits prescrits par les règlements, une carte d'admission à l'Ecole pratique) ; 4° que les cartes d'étudiants seront délivrées au bureau du secrétariat aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et consignations. MM. les étudiants sont invités à réclamer ces cartes, qui sont spéciales à l'année scolaire 1876-1877, et à déposer en même temps les cartes dont ils sont possesseurs et s'appliquant aux années antérieures.

MUSÉES. — 1° *Musée Orfila*, à l'Ecole de médecine, consacré à l'anatomie normale et à la zoologie. Il est ouvert de 11 h. du matin à 4 h. *Conservateur* : M. HOUEL. Nous apprenons que la Faculté est décidée à donner à ce musée une importance que depuis longtemps il avait perdue.

2° *Musée Dupuytren*, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'École de médecine. *Conservateur* : M. HOUEL. — Ce musée, consacré à l'anatomie pathologique, est ouvert tous les jours de 11 h. à 3 h. — On pourrait sans inconvénient ne le fermer que plus tard : à 4 h. en hiver et à 5 h. en été. Ce musée, de même que le précédent, est loin d'être à la hauteur des exigences de l'enseignement. Beaucoup de pièces anatomiques, destinées au musée, font un séjour trop prolongé dans les salles de préparation et de macération.

BIBLIOTHÈQUE. — La bibliothèque de la Faculté de médecine est ouverte de 11 h. du matin à 4 h. du soir et de 7 h. à 10 h. du soir. Il serait vivement à désirer ; 1° que la bibliothèque restât ouverte jusqu'à 6 h. du soir, car le temps qui s'écoule entre l'heure actuelle de la fermeture (4 heures) et celle du dîner est à peu près perdu pour les étudiants; 2° Que les ouvrages récents et les journaux de médecine fussent mis à la disposition des étudiants aussitôt après leur apparition, au lieu de ne leur être livrés qu'au bout d'un temps quelquefois très-considérable. Cette mesure devrait au moins être prise en faveur des étudiants qui, ayant passé plusieurs de leurs examens de doctorat, ont à faire des recherches pour leur thèse. — Nous sommes persuadés que si les étudiants adressaient une demande collective à M. le Doyen, celui-ci serait heureux de prendre à cet effet les mesures nécessaires. *Bibliothécaire* : M. RAIGE-DELORME ; — *Bibliothécaires-adjoints* : MM. Hahn et Petit.

Tel est l'état actuel. Mais sous peu — dans quelques jours peut-être — de très-grandes améliorations vont être apportées dans le personnel de la bibliothèque. Malgré leur évidente bonne volonté les employés ne pouvaient suffire à leur tâche : aussi a-t-il été décidé que la bibliothèque compterait désormais : 1° un bibliothécaire en chef; 2° deux bibliothécaires adjoints; 3° deux sous-bibliothécaires; 4° un surveillant et 5° quatre employés.

Clinique médicale de la Charité.—M. le professeur HARDY, commencera ses leçons mardi prochain, 7 novembre. à 10 h. et les continuera les mardis et samedis suivants. La visite du jeudi (8 1/2) est spécialement consacrée à l'interrogation des malades par les étudiants.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur Germain SÉE, commencera son cours de clinique médicale, le lundi 6 novembre. Tous les jours visite des malades à 8 h. Les leçons publiques auront lieu trois fois par semaine à 9 h. 1/4. — Les lundis et vendredis, le professeur traitera des maladies de l'estomac ; le mercredi. de la thérapeutique appliquée. Les trois autres jours sont consacrés au diagnostic par les élèves.

Ecole pratique de la Faculté.

Anatomie et médecine opératoire. — Des sept pavillons consacrés aux dissections, six appartiennent à l'enseignement officiel et un, le 7e, aux professeurs libres. — Chef des travaux anatomiques, M. Marc SÉE. — Prosecteurs, MM. HUMBERT, BERGER et RICHELOT. — Aides d'anatomie, MM. RECLUS, PEYROT, CAMPENON et BOUILLY. — Une cinquième place d'aide d'anatomie vient d'être créée. M. H. DURET, qui en est le titulaire, entrera en fonction au mois d'avril 1877.

Chacun d'eux fait des cours théorique et pratique qui sont gratuits. Toutefois les prosecteurs et les aides d'anatomie ont la possibilité d'avoir un certain nombre d'élèves payants. Il serait préférable qu'on augmentât leur traitement, afin qu'ils puissent se consacrer exclusivement aux étudiants qui travaillent sous leur direction. Cela serait d'autant plus juste que, pour être admis dans les pavillons de dissection, les étudiants en médecine payent à la Faculté 20 fr. pour la saison d'hiver et 10 fr. pour celle d'été. Cependant il serait juste de permettre aux prosecteurs et aux aides d'anatomie d'avoir des élèves payants en dehors des heures réglementaires.

Liste des prix de la Faculté de Medecine.

PRIX CORVISART. — Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes sont admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille d'or de 400 francs. Une question de médecine pratique est, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année. dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies au numéro du lit qui lui a été désigné ; 2° la réponse à la question proposée. Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître. Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la faculté les noms des concurrents qu'il juge digne d'obtenir ces médailles.

PRIX MONTHYON. — Le prix Montbyon, qui consiste en une médaille de vermeille et une somme de 300 francs en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir. Les mémoires des candidats doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

PRIX BARBIER. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au secrétariat de la Faculté, avant le 1er juillet.

PRIX CHATEAUVILLARD. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Chateauvillard, née Sabatié, et de la valeur de 2.000 francs, est décerné chaque année par la Faculté de médecine de Paris au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

LEGS DU BARON DE FRÉMONT. — M. Joseph Girod de Vienney, baron de Frémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Parmi nos 4.000 étudiants il y en a malheureusement un grand nombre qui se trouvent dans les conditions énoncées dans le legs de M. le baron de Frémont. Il serait donc bien désirable que ce donateur généreux pût trouver des imitateurs. Par décret du 8 septembre 1858, M. le Doyen a été autorisé à accepter ce legs au nom de la Faculté. Les candidats doivent se faire inscrire avant le 1er juillet de chaque année, au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné en même temps l'indication des pièces à fournir.

PRIX LACAZE. — Aux termes du testament de M. le docteur Lacaze, un prix d'une valeur de 10.000 francs est accordé tous les deux ans au meilleur ouvrage sur la *phthisie* et sur la *fièvre typhoïde*, et ainsi de suite, alternativement et à perpétuité. Les mémoires des concurrents doivent être remis au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

THÈSES RÉCOMPENSÉES. — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire désigne à M. le Ministre celles qui lui paraissent dignes d'une récompense (médaille d'argent, médaille de bronze, mention honorable).

LABORATOIRES

Laboratoires de la Faculté. — *Histologie normale :* professeur M. Ch. ROBIN ; préparateur : M. DUVAL ; aide, M. CADIAT. Une fois par semaine, le jeudi, pendant l'hiver, démonstrations pratiques gratuites. — *Physiologie*, professeur, M. BÉCLARD ; préparateur, M LABORDE. — *Anatomie pathologique*, professeur, M. CHARCOT ; préparateur, M. HAYEM ; aide, M. GOMBAULT. — *Pathologie expérimentale*, professeur, M. VULPIAN ; préparateur, M. BOCHEFONTAINE. — *Thérapeutique :* professeur, M GUBLER ; préparateur, M. LABBÉE. — *Chimie biologique :* préparateur, M GAUTIER ; aide M. DANLOS. — *Pharmacologie :* professeur, M. RÉGNAULD ; préparateur, M. HARDY.

D'une façon générale, ces laboratoires, à cause de l'exiguïté des emplacements, et de la parcimonie des distributeurs du budget, ne peuvent rendre les services qu'on aurait le droit de réclamer de semblables institutions. On est obligé d'en restreindre l'usage aux médecins et aux étudiants qui font des recherches dans un but déterminé, par exemple pour leurs thèses ; ils ne sont admis qu'avec le consentement du professeur-directeur du laboratoire. On n'exige d'eux aucune rétribution ; les préparateurs les aident de leurs conseils ; les appareils sont mis à leur disposition, mais ils sont obligés généralement de payer les animaux et les objets dont ils ont besoin, toujours en raison de l'insuffisance des ressources pécuniaires des laboratoires. Il y a encore le laboratoire de chimie de la faculté où les élèves sont admis gratuitement, mais doivent payer les dépenses nécessitées par leurs études.

Laboratoire de l'Hôtel-Dieu. — Le laboratoire annexé aux cliniques médicale et chirurgicale de la Faculté à l'Hôtel-Dieu continuera à fonctionner comme les années précédentes. Les élèves peuvent y venir s'exercer à l'étude pratique de l'anatomie pathologique, de la physiologie pathologique et de la chimie organique élémentaires, sous la direction de MM. LONGUET, directeur du laboratoire, E. HARDY, chef des travaux cliniques, PIERRET et POIGNÉ, aides de clinique. Le personnel du laboratoire se met à la disposition des médecins et chirurgiens étrangers à l'enseignement officiel pour l'examen des pièces anatomiques, l'analyse des urines ou des liquides pathologiques, etc. — Le laboratoire possède un atelier de photographie.

Réorganisé par MM. les professeurs Béhier, et Richet très-activement et très-intelligemment secondés par M. H. Liouville, avec le concours bienveillant de l'administration hospitalière, le laboratoire de l'Hôtel-Dieu n'a pas encore atteint son développement complet, en raison de l'exiguïté du local *provisoire* qu'il occupe, et surtout à cause de l'insuffisance des ressources pécuniaires accordées par la Faculté (1). C'est ainsi qu'il n'a pas de *bibliothèque particulière*, qu'il ne possède pas de *musée* malgré le nombre considérable de pièces très remarquables et très instructives qui ont été recueillies et conservées depuis bientôt 10 ans, que son matériel pour la chimie et la physiologie est tout à fait insuffisant, etc , et cependant bien des choses y ont été faites. — La Faculté se réserve, paraît il, pour l'époque où les services de clinique seront installés dans les nouveaux bâtiments de l'Hôtel-Dieu. Il est

(1) La Faculté consacre 1.400 fr. seulement à l'entretien du laboratoire ; 700 fr. pour chacun des services de clinique !

fort à souhaiter qu'elle tienne ses promesses et même qu'elle les dépasse si faire se peut.

Laboratoire de l'hôpital des Cliniques. — Chef de Laboratoire, M. LATTEUX. — Aides, MM. GALIPPE et PLANTEAU.

Laboratoire de la Pitié. — Chef de laboratoire, M. NEPVEU.

Laboratoire des cliniques de l'hôpital de la Charité. — *Directeur* : M. V. CORNIL, médecin des hôpitaux et agrégé de la faculté. — *Aides* : MM. les docteurs N.... et A. BERGERON. — *Directeur des travaux chimiques* : M. Daremberg, suppléé cet hiver par M. CAZENEUVE. — Ce laboratoire, annexé aux cliniques de la Faculté, ne possède encore qu'une installation très-imparfaite qui, heureusement n'est que provisoire. Les nouveaux bâtiments sont complétement terminés et il est vivement à désirer que tous les obstacles qui s'opposent encore à l'ouverture de ce laboratoire soient rapidement levés. Un vote récent du Conseil municipal va sans doute permettre de terminer promptement ce qui reste à faire.

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

L'*Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux*, rue du Fer-à-Moulin, n° 17, est destiné à l'étude pratique et théorique des sciences anatomiques. L'administration de l'Assistance publique y met à la disposition de ses élèves, internes et externes, des sujets pour la dissection, en hiver, et pour la médecine opératoire, au printemps. Il existe en outre, un *musée* d'anatomie normale et pathologique, ouvert tous les jours de 1 heure à 4 heures.

Les pavillons de dissection de Clamart (c'est aussi le nom sous lequel on désigne l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux) seront ouverts le 6 novembre, sous la direction des prosecteurs. Pour y être admis à disséquer, il suffit de déposer sa carte dans les bureaux, *afin de s'y faire mettre en série*; généralement on renouvelle les séries chaque année, au commencement de janvier.

M. le Dr TILLAUX, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, directeur de l'amphithéâtre, fera cette année son cours sur l'*anatomie des régions de la face et du cou*. Le cours a lieu tous les mardis et vendredis à 4 heures de l'après-midi. M. le Dr X..., prosecteur, fera le cours de *physiologie* et M. le Dr X.... prosecteur, celui d'*anatomie descriptive* (1). M. le Dr GRANCHER, chef du laboratoire d'histologie, fera cette année, l'étude des *éléments histologiques*, et de la structure des principaux viscères, foie, reins, etc. — L'administration a fait construire, il y a deux ans, un magnifique laboratoire d'histologie où elle met à la disposition de ses élèves des microscopes et des réactifs pour les recherches qui s'y font sous la direction de M. Grancher.

N. B. Tous les cours de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux commencent dans la première semaine de novembre. Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du 6 novembre.

COLLÉGE DE FRANCE

Cours de médecine expérimentale. — M. le professeur Cl. BERNARD commencera son cours dans le courant de décembre.

Cours d'anatomie générale. — M. RANVIER, professeur, commencera son cours dans les premiers jours de décembre.

Laboratoire d'histologie de l'Ecole pratique des hautes études. — Directeur, M. RANVIER ; directeur-adjoint, M. MALASSEZ ; — répétiteurs, MM. DEBOVE, J. RENAUT. — Ce laboratoire est ouvert toute l'année, de midi à 6 h. du soir. On s'inscrit de 1 h. à 4 h.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE

Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires Année 1876-1877.

(MÉDECINS ET PHARMACIENS STAGIAIRES.)

Du 1er janvier au 15 novembre.

Clinique médicale. M. VILLEMIN, professeur. Mercredis et samedis, de 8 à 10 h. du matin.

Clinique chirurgicale. M. GAUJOT, professeur. Lundis et vendredis, de 8 à 10 h. du matin.

Clinique des maladies vénériennes et cutanées. M. PAULET, professeur. Mardi, de 8 à 10 h. du matin.

Du 1er mars au 15 novembre.

Ophthalmoscopie. M. PERRIN, professeur. Mercredi, de 4 à 5 h. du soir.

Laryngoscopie et Otoscopie. MM. GAUJOT et VILLEMIN, professeurs. Mercredi de 3 à 4 h. du soir.

Du 1er février au 1er mai.

Anatomie appliquée. M. PAULET, professeur. Lundis, mercredis et vendredis, de 2 à 3 h. du soir.

Du 1er mars au 1er juin.

Chimie appliquée aux expertises dans l'armée. M. MARTY, professeur. Mardis et samedis, de 2 à 3 h, du soir.

Du 1er mars au 1er juillet.

Epidémiologie. M. COLIN, professeur. Lundis et vendredis, de 3 à 4 h. du soir.

Du 1er mai au 15 novembre.

Blessures par armes de guerre. M. GAUJOT, professeur, Mardis et samedis, de 4 à 5 h. du soir.

Hygiène et médecine légale militaire. M. VALLIN, professeur. Mardis et samedis, de 3 à 4 heures du soir.

Médecine opératoire. M. PERRIN, professeur. Lundis, mercredis et vendredis, de 2 à 3 h. du soir.

Du 1er juillet au 15 novembre.

Législation et administration militaires. M. DELAPERRIÈRE, professeur, Lundis et vendredis, de 3 h. et demie à 4 h. et demie.

Du 1er mars au 15 novembre.

Chimie appliquée aux expertises dans l'armée. M. MARTY, professeur, Mardis et samedis, de 2 à 3. h. du soir.

Du 1er mai au 1er août.

Analyse chimique. M. VIDAU, professeur agrégé. Mercredi de 3 h. et demie à 5 h. du soir.

Pharmacie militaire et Comptabilité. M. VIDAU, professeur agrégé. Lundi, de 3 h. et demie à 5 h. du soir.

Du 1er mai au 15 novembre.

Hygiène et médecine légale militaires. M. VALLIN, professeur. Mercredis et samedis. du 3 à 5 h. du soir.

Du 1er mai au 1er août.

Matière médicale. M VIDAU, professeur agrégé. Vendredi, de 2 h. et demie à 3 h. et demie.

Du 1er juillet au 15 novembre.

Législation et administration militaires. M. DELAPERRIÈRE, professeur. Lundis et vendredis de 3 h. et demie à 4 h. et demie.

RÉPARTITION DU TEMPS.

MÉDECINS STAGIAIRES.

Tous les jours, de midi à 2 heures. Exercices pratiques. Sous la direction de MM. les professeurs-agrégés.

Dissection. M. PONCET, professeur-agrégé, chef des travaux anatomiques.
Diagnostic. M. LEREBOULLET, professeur-agrégé.
Médecine opératoire. M. CHAUVEL, professeur-agrégé.
Rapport sur la médecine d'armée. M. LAVERAN, professeur-agrégé.
Appareils et bandages. M. PINGAUD, professeur-agrégé.
Médecine légale militaire. LA CASSAGNE, professeur-agrégé.

Lundi. De 2 à 3 h. Anatomie appliquée. M. PAULET, professeur; Médecine opératoire, M. PERRIN, id. — De 3 h. à 4 h. Epidémiologie. M. COLIN, id. — De 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2. Législation et administration militaires. M. DELAPERRIERRE, id.

Mardi. De 2 à 3 h. Chimie appliquée. M. MARTY, professeur. — De 3 à 4 h. Hygiène et médecine légale militaires. M. VALLIN, id. — De 4 à 5 h. Blessures par armes de guerre. M. GAUJOT, id.

Mercredi. De 2 à 3 h. Anatomie appliquée, M. PAULET, professeur ; Médecine opératoire, M. PERRIN, professeur. — De 3 à 4 h. Laryngoscopie, M. VILLEMIN, professeur ; Otoscopie, M. GAUJOT, professeur. — De 4 à 5 h. Ophthalmoscopie, M. PERRIN. professeur.

Jeudi. Equitation. — Visite aux établissements de salubrité.

Vendredi. De 2 à 3 h. Anatomie appliquée, M. PAULET, professeur. — De 2 h. à 3 h. 1/2. Médecine opératoire, M. PERRIN, professeur. — De 3 à 4 h. Epidémiologie, M. COLIN, professeur. — De 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2. Administration et législation militaires, M. DELAPERRIÈRE, professeur.

Samedi. De 2 à 3 h. Chimie appliquée, M. MARTY, professeur. — De 3 à 4 h., Hygièue et médecine légale militaires, M. VALLIN, professeur. — De 4 à 5 h. Blessures par armes de guerre, M. GAUJOT, professeur.

Dimanche. Equitation.

PHARMACIENS STAGIAIRES.

Lundi. De midi à 3 h. Travaux pratiques. M. DEMANDRE, professeur. — De 3 h. 1/2 à 5 h. Pharmacie militaire et comptabilité. M. VIDAU, professeur-agrégé. — De 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2. Législation et administration militaires. M. DELAPERRIÈRE, professeur.

Mardi. De midi à 2 h. Travaux pratiques. M. DEMANDRE, aide-major. — De 2 à 3 h. Chimie appliquée. MARTY, professeur. — De 3 à 4 h. Hygiène et médecine légale militaires. M. VALLIN, professeur.

(1) Le concours pour les places de prosecteur a lieu en ce moment et sera terminé dans la première quinzaine de novembre.

Mercredi. De midi à 3 h. 1/2. Travaux pratiques. M. DEMANDRE, aide-major. — De 3 h. 1/2 à 5 h. Analyse chimique. M. VIDAL, professeur-agrégé.

Jeudi. Equitation; Visite aux établissements de salubrité.

Vendredi. De midi à 2 h. 1/2. Travaux pratiques. M. DEMANDRE, aide-major. — De 2 h. 1/2 à 3 h. 1/2. Matière médicale. M. VIDAL, professeur agrégé. — De 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2. Législation et administration militaires. M. DELAPERRIÈRE, professeur.

Samedi. De midi à 2 h. Travaux pratiques. M. DEMANDRE, aide-major. — De 2 à 3 h. Chimie appliquée. M. MARTY, professeur. — De 3 à 4 h. Hygiène et médecine légale militaires. M. VALLIN, professeur.

Dimanche. Equitation.

Paris, le 15 Octobre 1876.

L'Inspecteur du service de santé militaire, Directeur de l'Ecole,
A. DIDIOT.

HOPITAUX

L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE est située Avenue Victoria, nº 3 et quai Le Peletier, nº 4. — Directeur M. de NERVAUX. — Secrétaire-général, M. BAILLY. — Chef de bureau du personnel et du service de santé, M. MOURLAN.

HÔTEL-DIEU, parvis Notre-Dame. 562 lits. — *Médecins* : M. G. SÉE : Salle Ste-Jeanne (H.), lit nºs 1 à 41, et Ste-Anne (F.). Visite à 8 h. 1/2. — M. GUÉNEAU DE MUSSY : salles St-Bernard, (H.) et St-Pierre, (F.), lits 1 à 16, et 44 à 81) ; visite à 9 h. et demie ; consultations le samedi. — M. MOISSENET : salles Ste-Jeanne, (H.), St-Roch, (F.) ; visite à 8 h. et demie ; consultation le vendredi. — M. FAUVEL : salles St-Landry, (H., lits de 1 à 19), et St-Joseph, (F.). Visite à 9 h. et demie ; consultation le jeudi. — M. FRÉMY : salles Ste-Marthe, (H.), et St-Maur, (F.). Visite à 8 h.; consultation le lundi. — M. HÉRARD : salles St-Landry, (H. lits 19 à 38) ; St-François (F.) et St-Pierre, (F. lits 17 à 32). Visite à 8 h. et demie ; consultation le mercredi ; *interrogatoire des malades par les élèves.* M. OULMONT : salles St-Raphaël (H.), et Ste-Monique, (F.). Visite à 6 h. et demie ; consultation le mardi.

Chirurgiens : MM. RICHET : salles Ste-Marthe, la moitié (H.), et St-Charles, (F.). Visite à 9 h.; consultations les lundis et jeudis. — CUSCO : salles Ste-Marthe, (H.), lits de la première moitié à droite et à gauche, et St-Paul, (F.). Visite à 9 h. et demie; consultation les mardis et samedis (maladies des yeux les mardis). — A. GUÉRIN : salles St-Antoine (H.), et St-Maurice (F.). Visite à 8 h.; consultation les mercredis et vendredis.

Cliniques de la Faculté. Médecine : Professeur, M. G. SÉE. Les lundis, mercredis et vendredis à 9 h. *Chef de clinique* : M. DEBOVE ; *chef de laboratoire* : M. LIOUVILLE, remplacé par M. LONGUET. — Chirurgie : *professeur*, M. RICHET, les mardis, jeudis, samedis à 9 h. et demie. — (Voir LABORATOIRES).

HOPITAL DES CLINIQUES, place de l'Ecole-de-Médecine, 21 : 159 lits. — *Chirurgien* : M. le professeur BROCA. Visite à 9 h. — Leçons de *Clinique chirurgicale*, les lundi, mercredi et vendredi. — Deux salles, l'une consacrée aux hommes, l'autre aux femmes.

Accouchements : M. le professeur DEPAUL. — Chef de clinique, M. MARTEL. Visite à 8 heures. — Leçons de *Clinique obstétricale* : mardi, jeudi et samedi. Les étudiants ne peuvent entrer que munis d'une carte spéciale qui leur est délivrée au secrétariat de la Faculté, lorsqu'ils ont subi leur 3e examen de doctorat. Ceux qui remplissent cette condition ont le droit de rester à la salle d'accouchement, quand une femme est en travail, depuis 8 heures du matin jusqu'à 10 heures du soir. — Les étudiants qui se sont fait inscrire auprès du chef de clinique examinent, à tour de rôle, sous sa direction, les femmes enceintes, après la clinique du professeur, c'est-à-dire 3 fois par semaine. Il y a trois femmes examinées chaque fois, les étudiants appelés à pratiquer l'examen dans chaque séance sont au nombre de six.

L'enseignement des accouchements, tel qu'il existe actuellement, exige des réformes sérieuses, parmi lesquelles nous signalerons : 1º La spécialisation des services d'accouchements ; — 2º La nomination de médecins accoucheurs. Grâce à ces réformes, les femmes en couches seront assurément mieux assistées et les étudiants en médecine plus instruits. (Voir LABORATOIRES.)

HOPITAL DE LA CHARITÉ, rue Jacob, nº 47. — 504 lits. *Médecins* : M. le professeur HARDY ; chef de clinique, M. le dr RENAUT. Salles Ste-Anne (F. et St-Charles (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le mardi. — M. BERNUTZ. Salle St-Ferdinand (H.) et St-Joseph (F.). Visite à 8 h. 3/4. Consultation le lundi. — M. BOURDON. Salles St-Louis (H.), St-Basile (F.) et Ste-Julie (*accouchements et crèche*). Visite à 8 h. 3/4. Consultation le mercredi. — M. WOILLEZ. Salles St-Félix (H. et St Vincent (F.). Visite à 9 heures. Consultation le jeudi. — M. EMPIS. Salles St-Michel (H.) et Ste-Marthe (F.). Visite à 8 heures. Consultation le vendredi. — M. VULPIAN. Salles St-Jean-de-Dieu (H.) et Ste-Madeleine (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le samedi.

Chirurgiens : M. le professeur GOSSELIN : Salles Sainte-Vierge (H.) et Sainte-Catherine (F.). Visite à 8 heures. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. — M. le professeur TRÉLAT : Salles St-Jean (H.) et Sainte-Rose (F.). Visite à 9 heures. Consultation les mardis, jeudis et samedis.

Enseignement. — *Cliniques de la Faculté* : M. HARDY : leçons les lundis, mercredis et vendredis à 9 h. — M. GOSSELIN : leçons cliniques et opérations les mardis, jeudis et samedis à 9 h.

Cliniques libres : M. BERNUTZ commencera prochainement des cliniques sur les *maladies des femmes.* — Examen au spéculum le mercredi. — M. TRÉLAT : leçons de *clinique chirurgicale et opérations.* le mercredi à 10 heures : *maladies des femmes* le lundi ; *maladies des yeux* et examen ophthalmoscopique le vendredi.

Bibliothèque des internes de l'hôpital de la Charité. — Cette bibliothèque, créée en 1869 par la généreuse initiative du docteur Passaut, à l'usage des internes en médecine et en chirurgie de l'hôpital, possède déjà un assez grand nombre d'ouvrages dont la plus grande partie a été donnée par le fondateur. Elle s'enrichit tous les jours par la collection des journaux et des revues adressées à la salle de garde, et par les dons nombreux qu'elle reçoit. Deux cents volumes de thèses (collection de 1820 à 1850) ont été offerts par la Société de chirurgie. Le local fourni par l'administration est bien vite devenu insuffisant, et les volumes de thèses ont dû être déposés à la salle de garde dans un casier spécial.

HOPITAL DE LA PITIÉ, 1, rue Lacépède : 709 lits. — *Médecins* : M. le professeur LASÈGUE ; chef de clinique, M. HANOT : salles St-Paul (H.) et St-Charles (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le lundi. *Leçons cliniques* : mardis, jeudis et samedis, à 10 heures. — M. GALLARD : salles du Rosaire (F.) et St-Athanase (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le mardi. *Interrogations* des malades par les élèves du service. Jeudi, leçons sur les *maladies des femmes*, examen au spéculum. — M. DESNOS, salles Ste-Marthe (H.) et Ste-Geneviève (F.). Visite à 8 h. 1/2. *Interrogations* des malades par les élèves du service. Consultation le mercredi. — M. GOMBAULT, salles Notre-Dame (F.), et femmes en couches et St-Michel (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le jeudi. — M. DUMONTPALLIER : salles Ste-Eugénie (F.) et St-Raphaël (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le vendredi. — M. STRAUS (suppléant M. CHAUFFARD) : salles St-Clovis (F.) et St-Benjamin, crèche. — Service des varioleux (H. et F.). Visite à 8 h. 1/2. *Interrogations* des malades par les élèves du service. Consultation le samedi.

Chirurgiens : M. le professeur VERNEUIL : salles St-Augustin (F.) et St-Louis (H.). Visite à 8 h. 1/2. *Leçons cliniques*, lundis, mercredis, vendredis, Consultations les mardis, jeudis, samedis. — M. L. LABBÉ : salles St-Jean (F.) et St-Gabriel (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations les lundi, mercredi et vendredi.

— Il existe à l'hôpital de la Pitié une *bibliothèque médicale* fondée en 1869 par MM. les internes en médecine.

HOPITAL LARIBOISIÈRE, rue A. Paré : 634 lits. — *Médecins* : M. MILLARD : Salles Ste-Joséphine (F.) et St-Vincent (H.). Visite à 8 h. 1/4. Consultation le vendredi. Maladies de poitrine, auscultation. Interrogations des élèves. — M. JACCOUD : Salles Ste-Claire (F.) et St-Jérôme (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le mercredi (maladies du cœur et des reins). — M. GUYOT : Salles Ste-Elisabeth (F. et St Henri (H.). Visite à 8 h. Consultation le jeudi. — M. SIREDEY : Salles Ste-Anne (F. en couches) et Ste-Marthe *bis* (1 à 18) nourrices, Ste-Geneviève (F.), St-Augustin *bis* (H.) (11 à 30). Visite à 8 h. 1/4. Consultation le lundi (maladies des femmes), spéculum les mercredis et vendredis, à 9 h. *Interrogation* des élèves. — M. RAYNAUD : Salles Ste-Mathilde (F.) et St-Landry (H.). Visite à 9 h. Consultation le mardi. Fera des leçons cliniques en novembre. — M. N... Salles Ste-Marie (F.) et St-Charles (H.). Visite à 9 h. Consultation le samedi. Consultation pour les *maladies du larynx*, examens laryngoscopiques, mardis, vendredis, à 9 h. 1/2.

Chirurgiens : M. PANAS : Salles Ste-Marthe (F.) Ste-Marthe *bis* (F.) (19 à 30, *maladies des yeux*), St-Ferdinand, St-Honoré (H.), St-Augustin *bis* (H. (1 à 10) *maladies des yeux.* En été, M. PANAS fait le cours complémentaire de la Faculté sur les *maladies des yeux.* Opérations sur les yeux, le jeudi ; sur la chirurgie générale, le samedi. Leçon d'oculistique, le lundi. — Visite à 9 h. Consultation des maladies d'yeux, tous les jours ; chirurgicale, lundi, mercredi, samedi. — M. TILLAUX : Ste-Jeanne (F.), St Louis et St-Augustin (H.). Opérations le mercredi. Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardis, jeudis, samedis. Maladies des oreilles. Dimanche, à 9 h.

Bibliothèque des internes, installée dans une salle spéciale de travail. Cette bibliothèque a obtenu cette année une subvention importante.

HOPITAL SAINT-ANTOINE, rue du Faubourg-St-Antoine, 594 lits — *Médecins.* — M. MESNET ; Visite à 9 h. Salles Ste-Cécile et St-Hilaire. Spéculum le vendredi. Consultation le mardi. — M. BROUARDEL : Visite à 8 h. 1/2. Salles Ste-Geneviève et St-Augustin. Spéculum le mardi. Consultation le vendredi. — M. PETER : Visite à 9 h. Salles Ste-Marguerite (accouchement). Ste-Adélaïde et St-Antoine. Spéculum le vendredi. Consultation le mercredi. — M. Constantin PAUL : Visite à 9 h. Salles Ste-Thérèse et St-Louis. Spéculum les mercredi et samedi. Laboratoire. Consultation le jeudi. — M. PROUST : Visite à 9 h. Salles Ste-Jeanne et St Eloi. Consultation le lundi. — M. MOLLAND : Visite à 9 h. Pavillons III, IV, V, VII, VIII, varioleux. Consultation le samedi. — M. LANCEREAUX : Visite à 9 h. Salles

Ste-Agathe, Ste Marie (nourrices), St-Lazare. Spéculum le mardi. Consultation le dimanche.

Chirurgiens — M. B. Anger : Visite à 9 h. Salles St-Bernabé, St Joseph, Ste-Marthe. Consultations lundi, mercredi et vendredi. — M. Terrillon. Visite à 9 h. Salles St-Christophe et St-Ferdinand. Pavillon I, II. Consultations les mardi, jeudi et samedi. *Leçons* le vendredi, à 10 h.

Bibliothèque des internes en médecine : 200 volumes, journaux, revues, thèses. La bibliothèque, toujours située dans le même local insuffisant, a été reconstituée par M. Richaut, interne de l'hôpital. Par ses soins, le nombre des volumes a été porté de 100 à 200. Tous ont été parfaitement reliés et classés.

Hopital Necker, rue de Sèvres, 151. 438 lits. *Médecins* : M. le professeur Potain ; chef de clinique, M. G. Homolle. Salles St-Luc (H.), Ste-Adélaïde (F.). Clinique médicale à 9 h. Consultations le jeudi.— M. Chauffard. Salles St-Louis (H.), Ste-Thérèse (F.), Ste-Eugénie (F. en couches). Consultation le mercredi. Spéculum le samedi. — M. Delpech. Salles St-Ferdinand (H.) et Ste-Anne (F.). Spéculum le jeudi. Consultation le lundi. — M. Laboulbène. Salles St-Jean (H.), Ste-Eulalie (F.). Consultation le mardi. Spéculum le vendredi. La consultation est faite à tour de rôle, les vendredis par MM. Delpech ou Laboulbène ; les samedis par MM. Potain ou Chauffard.

Chirurgiens : M. Désormeaux. Salles St-Pierre (H.) et Ste-Marie (F.). Le jeudi, à dix heures, examens à l'*endoscope*; opérations le mardi. Consultations les mardis, mercredis et vendredis. — M. Guyon. Salles St-André (H.) et Ste Cécile (F.). Consultations les mardis, jeudis et samedis. *Fondation Civiale* pour les maladies des voies urinaires, salle St-Vincent ; leçon clinique et opérations le mercredi à 9 heures, leçon au lit du malade et opérations le samedi à 9 heures. Le *musée Civiale*, près la salle St-Vincent, est ouvert tous les jours pendant l'heure des visites. Outre une nombreuse collection de calculs vésicaux, il renferme encore un grand nombre de pièces intéressantes sur les diverses affections de la vessie, de la prostate et de l'urèthre.

Hopital des Enfants-Malades, rue de Sèvres, 149, 518 lits. — *Médecins* : (maladies aiguës) M. Archambault. Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Louis (G.) et Ste-Geneviève (F.). Consultation le mardi. Clinique le vendredi. Les leçons commenceront dans le milieu du mois de novembre. M. Archambault traitera d'abord du sevrage et de l'allaitement. — M. Bouchut. Visite à 8 h. 1/2. Salle Ste-Catherine (F.). Consultation le lundi. Cliniques au lit des malades et à l'amphithéâtre le mardi. Les leçons reprendront vers le 15 novembre. — M. Labric. Salle St-Jean (G.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le vendredi.

Médecins (Maladies chroniques) : M. J. Simon. Visite à 8 h. 1/2 (F.). Consultation le jeudi pour les maladies chroniques. Le samedi, consultation pour les maladies aiguës. Le mercredi, à 9 h., clinique à l'amphithéâtre. Elles reprendront vers le 15 novembre. M. Simon s'occupera de l'emploi des médicaments chez les enfants et de leur dosage. —M. Blachez. Salles St-Ferdinand, St-Michel, St-Joseph (G.). Cours cliniques complémentaires de la Faculté de médecine. Leçons à 9 h. le s medi. Consultation pour les maladies chroniques le lundi ; pour les maladies aiguës le jeudi.

Chirurgien : M. de Saint-Germain. Visite à 8 h. 1/2. Salles Ste-Augustin et Ste-Thérèse, service des ophthalmies ; St-Côme (G.), Ste-Pauline (F). Le jeudi, clinique à l'amphithéâtre. Opérations, tous les jours, sauf le jeudi, consultation. Le samedi, consultation d'orthopédie.

Il existe à l'hôpital des Enfants un service consacré aux varioleux. M. J. Simon : Salles St-Vincent et St-Luce. Deux services consacrés au traitement de la teigne, salles St Michel, St-Joseph, M. Blachez, — Ste-Elisabeth, Ste-Marthe, M. Simon. Enfin toutes les maladies chroniques de l'enfance sont reçues dans un bâtiment spécial, sorte d'hôpital particulier enclavé dans le grand hôpital et appelé fondation Bilgrain. Cette fondation comprend des salles pour 160 lits, dont 80 seulement sont occupés par des malades, l'administration ayant jusqu'à présent utilisé pour le logement de ses infirmiers la moitié de cet excellent local, pendant que les teigneux sont entassés dans des greniers mansardes (salle Ste-Marthe). Un vote du Conseil accordant les sommes nécessaires pour un aménagement convenable va permettre de régulariser cette situation.

Il existe à l'hôpital des Enfants une *bibliothèque* fondée par les internes en médecine, et contenant la plupart des ouvrages classiques et des mémoires originaux sur les maladies du jeune âge.

Hopital Beaujon, rue du Faubourg-Saint Honoré, 208 : 416 lits. — *Médecins* : MM. Gubler : salles Saint-Louis (H.), et Sainte-Marthe (F.). — Visite à 8 heures et demie ; — consultation les mercredis et samedis de quinzaine. — Millard : salles Beaujon (H.) ; Sainte-Monique (F.) ; et Sainte-Hélène (accouchements). — Visite à 9 heures ; — consultation : mardis et mercredis de quinzaine. — Moutard-Martin : salles Saint-François (H.), et Sainte-Claire (F.). — Visite à 9 h. ; — consultation, vendredis et lundis de quinzaine ; — les samedis, examen des malades. — M. X... : salles Saint-Jean (H.), et Sainte-Paule (F.). — Visite à 9 h. ; — consultation, jeudis et vendredis de quinzaine : — les lundis, consultation pour la teigne.

Chirurgiens : MM. Dolbeau, premier pavillon (H.), 4e pavillon (F.). — Visite à 8 h. et demie ; — consultation, lundis, mercredis, vendredis ; — opérations, jeudi. — Visites principales, samedi, hommes ; mardi, femmes. — Le Fort : 2e pavillon (H.) ; — rez-de-chaussée du 4e pavillon (F.). — Visite à 9 h. ; — consultations, mardis, jeudis et samedis ; — opérations, mercredis.

Laboratoire d'histologie. — Il y a à Beaujon un laboratoire d'histologie.

Bibliothèque. — L'administration a cédé un local à côté des chambres des internes pour la bibliothèque qui, très-abandonnée auparavant, a fait quelques progrès depuis sa nouvelle installation. Elle renferme 150 volumes, des journaux et des thèses.

Hopital Cochin, 47, faubourg St-Jacques, 201 lits. — *Médecin* : M. Bucquoy. Visite à 8 h. 1/2. *Interrogations* des élèves au lit du malade. M. Bucquoy fait chaque année des leçons cliniques que nous annoncerons ultérieurement.

Chirurgien : M. Després. Il existe de plus un service de chirurgie dans des baraques comprenant 60 lits d'hommes. Visite à 8 h. 1/2. M. Després fait également, de la fin de janvier à la fin de mai, des leçons de clinique chirurgicale que nous annoncerons. Il y a tous les jours à l'hôpital Cochin une consultation nombreuse en médecine et en chirurgie.

Accouchements. M. Polaillon Le pavillon d'accouchements est une annexe de l'hospice de la Maternité, le chirurgien est professeur adjoint à l'école d'accouchement. Ce service, auquel sont attachés un interne et un externe ainsi que deux aides sages-femmes, est interdit aux étudiants en médecine. Cependant avec une permission spéciale du chef de service et dans les conditions exigées par l'école pour suivre un service d'accouchements, quelques élèves peuvent assister à la visite qui a lieu tous les matins à 8 h. 1/2. Il se fait en moyenne, à la Maternité de Cochin, 60 à 65 accouchements par mois.

Hopital Temporaire, 42, rue de Sèvres. Salles occupées, 334 lits.—*Médecins* : M. Damaschino : salles Sainte-Geneviève et Sainte-Marthe (H.), Saint-Joseph (F.) ; Sainte-Antoinette (varioleux). Visite à 8 h. 3/4. — M. Dieulafoy : salles Saint-Jean et Saint-Louis (F.) ; Sainte-Hélène (H.) ; Saint-Ferdinand (varioleuses). Visite à 8 h. 3/4. — M. Duguet : salles Saint-François (F.) ; Sainte-Anne (H.) ; Sainte-Marie (crèche). Visite à 8 h. 1/2. — *Chirurgien* : M. Nicaise : salle St-André (H.). Visite à 8 h. 1/2.

Hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital : 3069 lits pour les vieillards et 662 pour les aliénées. — *Médecins* : MM. Charcot et Luys. — *Chirurgien* : M. Le Dentu. — *Médecins aliénistes* : MM. Delasiauve, Moreau (de Tours) et A. Voisin. — M. Luys fait, pendant l'été, un cours sur la pathologie mentale ; M. Voisin fait, durant l'hiver, un cours sur le même sujet. Il existe à la Salpêtrière une bibliothèque médicale fondée et entretenue par les internes en médecine. Elle se compose actuellement de plus de 1500 volumes, dont 398 ont été donnés par M. Passant.

— M. Charcot commencera son cours sur *les maladies du système nerveux*, le dimanche 12 novembre à neuf heures et demie.

Hospice de Bicêtre, à Bicêtre(1). 1704 lits pour les *vieillards* ; 540 lits pour les *aliénés*. — Infirmerie de l'hospice : *Médecin* : M. Bouchard.— *Chirurgien* : M. Th. Anger. Aux salles des vieillards est annexée une petite salle de 10 lits destinée à recevoir les blessés du dehors, venant surtout de la commune de Gentilly, où existent beaucoup de carriers. La mesure prise par l'administration sous ce rapport est excellente ; elle devrait être complétée par la création d'une salle de 10 à 20 lits où l'on recevrait les cas urgents de maladies internes.

Division des aliénés : 1re section, M. Berthier ; — 2e section, M. Legrand du Saulle ; — 3e section, M. Falret. — Tandis que dans les hôpitaux et hospices extra-urbains, il y a des internes, et des externes, à Bicêtre l'administration n'envoie que des internes titulaires et des internes provisoires. Il en résulte que, par suite du retour de la plupart des internes dans Paris, il n'y a plus à Bicêtre, durant les derniers mois de l'année, que quelques internes provisoires, des élèves externes ou même de simples étudiants en médecine faisant fonction d'interne.

Bibliothèque médicale des internes en médecine. Y compris le legs Burland, elle renferme environ 900 volumes, traitant surtout des maladies mentales et nerveuses. Les élèves de cet hospice ont des avantages qu'il est bon de signaler : un sur trois des sujets non réclamés reste à l'amphithéâtre. Les sujets restants servent pendant l'hiver, à la dissection, pendant l'été à la médecine opératoire.

Hôpital Sainte-Eugénie, rue de Charenton, 89 : 345 lits. — *Médecins* : M. Bergeron : salles Saint-Benjamin (G.) ; Sainte-Mathilde (F.). Visite à 8 h. Consultations les lundis et jeudis. — M. Triboulet : salles Sainte-Marguerite (F.). maladies aiguës, Sainte-Geneviève (F.), chroniques, dont 6 lits d'isolement et Sainte-Rosalie (F.), teignes, 48 lits dont 6 pour l'isolement. Visite à 8 h. Consultations les mercredis et samedis. — M. Cadet de Gassicourt : salles Saint-Joseph (G.), maladies aiguës, Saint-Augustin (G.), chroniques, et Saint-Vincent (G.), teigneux, 38 lits dont 6 pour l'isolement. Visite à 8 h. 1/2. Consultations les mardis et vendredis. Leçons cliniques les lundis et jeudis à 9 h. M. Cadet de Gassicourt reprendra ses leçons le lundi 13 novembre. — *Chirurgien* : M. Lannelongue : salle Salle Napoléon (G.) ; Sainte-Eugénie (F.). Visite à 8 h. Consultations tous les jours. Opérations les mardis et samedis. Une salle d'isolement

(1) On se rend à Bicêtre par le tramway du square Cluny à Villejuif.

sera *prochainement* affectée aux malades atteints de diphthérie : c'est là une réforme urgente.

La *Bibliothèque*, bien que fondée il y a plusieurs années, ne renferme que quelques thèses et des collections de journaux. Il est à souhaiter que MM. les internes en médecine de cet hôpital s'empressent de l'enrichir.

Hospice des Enfants-Assistés, rue d'Enfer, n° 100 : 320 lits. — *Médecin* : M. Parrot. — *Chirurgien* : M. Guéniot.

Hopital Saint-Louis, rue Bichat, 40 : 823 lits dont 637 consacrés aux maladies de la peau. En 1875, on y a traité 6,495 cas sur 50,000 malades examinés à la consultation externe. La médecine proprement dite n'y est pas enseignée. En revanche tous les moyens d'étude y sont accumulés en vue de l'enseignement spécial des affections cutanées et parasitaires. Chacun des six chefs de service y fait la consultation externe un jour par semaine et examine les jours suivants les malades admis dans les salles.

Médecins. M. Besnier : Consultations le lundi, examen des nouveaux le mardi et le mercredi, à 8 h. 1/2. Salles St-Louis (H.) et St-Thomas (F.). Conférences cliniques au lit des malades. — M. Hillairet : Consultation le mardi, examen des nouveaux le mercredi à 9 h. Clinique des maladies de la peau pendant le semestre d'été. Salles St-Louis (H.) et Henri IV (F.). — M. Lailler : Consultations le mercredi. Conférences cliniques toute l'année le vendredi à 8 h. 1/2. Service spécial supplémentaire pour les teigneux. Pavillon St-Mathieu (H.), salle Ste-Foy (F.). — M. Vidal : Consultation le jeudi, examen et leçons cliniques le vendredi, toute l'année. Salle St-Jean (H. et F.) *maladies de la peau*; salle St-Ferdinand, *accouchements.* Visite à 9 h. Enseignement théorique pendant le semestre d'été. — M. Guibout : Consultations le vendredi, examen le samedi, examen au spéculum le lundi. Salles St-Charles (H.) et Henri IV (F.). Leçons le lundi. — M. Fournier est chargé du *cours complémentaire* de la Faculté pour les *maladies syphilitiques*. Consultation le samedi, examen le dimanche et le lundi; Salles St-Louis (H.) et St-Thomas (F.). Cours pendant le semestre d'été.

Musée pathologique. Le musée contient plus de 400 reproductions des principales affections cutanées et parasitaires, 147 dessins et des photographies coloriées. Les affections des organes génitaux et les affections de la langue y sont représentées dans une collection très-complète, bien que la fondation de ce musée ne remonte qu'à 9 années. Ouvert tous les jours de 8 h. à 11 h. sans formalité spéciale. L'installation de ce Musée est tout-à-fait médiocre, et il est vivement à désirer que l'Administration prenne des mesures sérieures pour un aménagement convenable.

L'hôpital St-Louis doit surtout sa réputation à l'enseignement spécial des maladies de la peau, et ceci fait peut-être oublier l'activité de ses services de chirurgie et d'accouchements.

Le service d'accouchements, dirigé par M. Vidal, contient 30 lits constamment occupés ; il s'y fait en moyenne 4 accouchements par jour, 866 par an (1875). Ce chiffre n'est dépassé que par l'hospice de la Maternité.

Chirurgiens. Au point de vue de la chirurgie, l'hôpital St-Louis est, avec Lariboisière, le plus riche et le plus actif des hôpitaux de Paris. 28.500 malades ou blessés se présentent à la consultation chaque année, en moyenne 2,226 sont traités dans les salles.— M. Péan : Consultations les lundi, mercredi, vendredi. *Clinique* et *opérations* le samedi. — M. Duplay : Consultations les mardi, jeudi, samedi. Leçon *clinique* et *opérations* le jeudi à 9 heures 1/2.

Bibliothèques. Les élèves externes et stagiaires peuvent, moyennant une faible cotisation, consulter et emporter les livres d'une bibliothèque qui leur est exclusivement destinée. C'est à l'initiative de M. Lailler et à la libéralité des chefs de service de l'hôpital que les élèves doivent cet avantage que n'offre aucun autre hôpital à Paris. — Une autre bibliothèque contenant les principaux travaux français et étrangers sur les maladies de la peau est la propriété des *internes* en médecine de l'hôpital.

Hôpital du Midi, 115. Boulevard Port Royal, 336 lits. — *Médecins* : MM. Mauriac, Simonnet. — *Chirurgien* : M. Horteloup. Il existe de plus, à l'hôpital du Midi 22 lits payants. — M. le d[r] Mauriac fait chaque année des leçons cliniques sur les maladies vénériennes. Chaque conférence est précédée d'une revue clinique des malades du service et suivie d'instructions pratiques sur la prophiloxie, l'hygiène et le traitement des maladies vénériennes.

Hopital de Lourcine, rue de Lourcine, n° 111 : 260 lits. — *Médecins* : M. Ball : Salles Saint-Alexis et Saint-Clément. Consultations le mardi.— M. Cornil : Salles Saint-Clément, Saint-Ferdinand et Sainte-Thérèse ; cette dernière salle renferme six berceaux. Consultations le jeudi.

Chirurgien. M. Périer : Salle Sainte-Marie (accouchements et mères avec enfants syphilitiques ; 18 berceaux) ; Saint-Bruno. Consultations le samedi. — Les chefs de service de cet hôpital ont commencé la création d'un musée. — Les étudiants ne peuvent être admis dans cet hôpital qu'en se munissant de cartes spéciales qu'ils peuvent se procurer à l'assistance publique.

Maison d'accouchement, boulevard de Port-Royal, 123 : 300 lits. — *Médecin*, M. Hervieux. — *Chirurgien en chef*, M. Tarnier. — *Chirurgien-adjoint.* M. Polaillon. Cet hôpital est complétement fermé aux étudiants ; il est réservé, par l'administration de l'Assistance publique, pour l'éducation des élèves sages-femmes. Il y a deux internes, l'un est attaché au service de médecine, l'autre au service de chirurgie ; il n'y a pas d'externes.

Cette maison comprend en réalité deux parties distinctes : l'Hôpital et l'Ecole. — Les femmes enceintes peuvent être reçues pendant les six semaines qui précèdent l'accouchement ; une salle contenant 32 lits leur est destinée. Si ces femmes sont atteintes soit d'une affection médicale, soit d'une affection chirurgicale ou offrent un rétrécissement du bassin, elles peuvent être admises dans deux salles spéciales, l'une (médecine) de 12 lits, l'autre (chirurgie) de 6 lits,

Lorsque l'accouchement est fait, si les suites des couches sont simples, les femmes restent dans des salles qui sont sous la direction de la sage-femme en chef, l'une contient 30 lits et l'autre 24. Chaque lit est séparé des autres par une cloison. Cinq nourrices sont attachées à ce service.

Dès qu'une femme présente quelques accidents, fièvre, douleurs abdominales, etc., elle est immédiatement séparée des autres et envoyée dans le service de médecine. Ce service est dans un corps de bâtiment distinct, et il est tout-à-fait isolé du précédent, comme situation, comme personnel, etc. Le service de médecine contient 21 lits, disséminés dans 6 salles. Cinq nourrices en dépendent.

Comme on le voit, les femmes malades sont complétement séparées des autres femmes ; c'est ce système d'isolement joint à la diminution du nombre des accouchements, etc., qui a permis d'obtenir un abaissement considérable de la mortalité. Cette mortalité, depuis quelques années, n'est plus que de un et demi à deux pour cent, chiffre qui est bien près du chiffre normal quand on considère qu'à la Maternité, comme à l'hôpital des Cliniques, sont envoyées, bien qu'en moins grand nombre, des femmes qui ont déjà subi des manœuvres en ville. — En dehors de ces trois services qui relèvent séparément du médecin, de la sage-femme et du chirurgien, ce dernier a un service de gynécologie contenant 8 lits.

L'Ecole d'accouchement possède en moyenne une centaine d'élèves : elle est sous la direction du chirurgien en chef, M. le professeur Tarnier, assisté de Mme Callé, sage-femme en chef. Il y a deux aides sages-femmes, nommées au concours, qui sont chargées à tour de rôle de répéter aux élèves les leçons du professeur et de surveiller les accouchements ; de plus, les élèves sont divisées en dix séries qui se succèdent toutes les 24 heures à la salle d'accouchement ; chaque série a, à sa tête, des *chefs*, nommées au concours parmi les élèves de seconde année : ces chefs ont elles-mêmes pour mission de diriger leurs compagnes, de leur expliquer les difficultés de la théorie et de les initier à la pratique.

Toutes les élèves sont internes : elles ne peuvent sortir que six fois dans l'année, accompagnées de leur père, de leur mère ou de leur mari. Le prix de la pension qui était de 600 fr. pour une année vient d'être élevé à 1,000 francs. La plupart des élèves restent pendant deux années à la Maternité.

Outre le cours d'accouchement, les élèves suivent des leçons sur les maladies puerpérales et les maladies des nouveau-nés faites par M. Hervieux ; sur la botanique, faites par le pharmacien en chef ; sur l'anatomie et la physiologie élémentaires faites par l'un des internes.

Il existe enfin dans le grand parc de la Maternité un petit pavillon, construit sur les indications de M. le professeur Tarnier, pavillon à chambres complétement séparées où la surveillance est rendue facile par l'existence de vitres dormantes qui donnent toutes, à chaque étage, sur une pièce centrale où se tiennent les infirmières. Dans ce pavillon sont réalisées les conditions d'isolement complet, analogues à celles qu'on rencontre dans la pratique civile : il a été inauguré cette année, au mois de juin, et il a eu, depuis dix-huit mois, la visite d'un grand nombre d'accoucheurs français, russes, anglais, allemands, italiens, américains, etc.

Asile Sainte-Anne (Hôpital clinique d'aliénés), rue Ferrus, 2 : 750 lits. Médecins en chef, MM. Lucas et Dagonnet. — Médecins du bureau d'administration, MM. Bouchereau et Magnan. Nous espérons pouvoir bientôt annoncer l'ouverture des *Cours cliniques sur les maladies mentales* qu'un arrêté préfectoral a supprimés il y quelques années.

Maison municipale de santé, rue du Faubourg-Saint-Denis, n° 200 : 351 lits. — *Médecins* : MM. Féréol et Ed. Labbé. — *Chirurgiens* : MM. Marc Sée et Cruveilhier. Cet établissement ne reçoit que des malades payants. Il n'est accessible qu'aux élèves du service.

— Il existe encore d'autres établissements hospitaliers tels que l'*Hospice des Incurables*, à Ivry; la *Maison de retraite des ménages*, à Issy; l'*Hospice de la Rochefoucauld*, route d'Orléans; — l'*Institution Sainte-Périne*, à Auteuil, boulev. de Ste-Périne, etc., mais qui, en raison de leur situation, en général extra-urbaine, ne sont guère accessibles aux étudiants en médecine.

Personnel médical des hôpitaux.

Il se compose: 1° de médecins et de chirurgiens; — 2° de prosecteurs (voir AMPHITHÉATRE DES HOPITAUX, p. 000); — 3° d'internes et d'externes en médecine et en chirurgie; 4° de pharmaciens; — 5° d'internes en pharmacie. Tous sont nommés au *concours*. Nous nous bornerons à donner ici l'extrait des réglements administratifs concernant l'*externat* et l'*internat* :

Art. 103. — Tout étudiant qui se présente au concours pour les places d'élèves externes, doit être âgé de 18 ans au moins et de 25 ans au plus (1). Toutefois, l'élève qui atteindrait 25 ans avant l'expiration de ses fonctions, peut, si sa conduite n'a donné lieu à aucune plainte, être autorisé à concourir de nouveau pour l'externat, et si les épreuves du concours lui sont favorables, être prorogé dans ses fonctions d'externe jusqu'à 28 ans, de telle sorte qu'il puisse conserver la faculté de se présenter au concours de l'internat jusqu'à la limite de l'âge fixée par le réglement. Il doit produire : 1° son acte de naissance; 2° un certificat de vaccine (2); 3° un certificat de bonne vie et mœurs, délivré par le maire de la commune où il est domicilié; 4° le certificat d'une inscription, au moins, prise à l'une des facultés de médecine. Néanmoins les étudiants qui se présenteraient sans pouvoir produire encore ce dernier certificat, seront inscrits provisoirement, sous la réserve de justifier de la prise d'une inscription avant la clôture du concours.

Art. 119. — Les épreuves du concours de l'externat sont réglées ainsi qu'il suit : 1° une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive; il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question, après cinq minutes de réflexion; 2° une deuxième épreuve orale sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion; 2° une deuxième épreuve orale sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion. Le maximum des points à attribuer aux candidats, pour chacune de ces deux épreuves, est fixé à 20.

Afin de permettre aux nouveaux étudiants, candidats aux prochains concours, de mieux se rendre compte de la nature des épreuves, nous allons reproduire la liste des questions qui ont été données aux derniers concours.

Concours de 1872 et 1873. — 1° *Anatomie* : Os temporal; — Maxillaire inférieur; — Clavicule; — Omoplate; — Os coxal; — Tibia; — Articulation temporo-maxillaire; — Articulation scapulo-humérale; — Articulation du coude; — Articulation coxo-fémorale; — Articulation du genou; — Articulation tibio-tarsienne; — Muscle sterno-mastoïdien; — Muscles de l'omoplate; — Diaphragme; — Muscle psoas-iliaque; — Fosses nasales; — Rapports des poumons; — Conformation extérieure et rapports du cœur; — Crosse de l'aorte; — Aorte abdominale; — Artère maxillaire; — Artère fémorale; — Veines du membre supérieur.

2° *Pathologie et petite chirurgie* : Furoncle; — Brulûre; — Symptômes des fractures; — Phlegmon diffus; — Vaccine et vaccination; — Ventouses et leurs indications; — Hémorrhagies traumatiques, moyens hémostatiques; — Administration du chloroforme; — Contusion; — Epistaxis, tamponnement des fosses nasales; — Symptômes et diagnostic de la pleurésie; — Epistaxis; — Vaccination; — Cathétérisme de l'urèthre; — Symptômes et diagnostic de la pneumonie; — Ventouses; — Symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde; — Appareil de Scultet; — Fracture de la clavicule; — Saignée.

Concours de 1874. — 1° *Anatomie* : Crosse de l'aorte; — Tiers supérieur du fémur; — Muscle psoas; — Muscles de la région antérieure de la jambe; — Artère axillaire; — Artère humérale.

2° *Pathologie et petite chirurgie* : Fractures du radius; — Signes et diagnostic des fractures en général; — Vésicatoires; — Saignée au bras; — Appareils inamovibles; — Entorse.

Concours de 1875. — 1° *Anatomie* : Articulation sterno-claviculaire; — Tiers supérieur de l'humérus; — Conformation extérieure et rapports de l'estomac; — Veines superficielles du membre supérieur; — Omoplate; — Psoas-iliaque; — Crosse de l'aorte; — Muscles de la région antérieure de la jambe; — Articulation tibio-tarsienne; — Tiers inférieur de l'humérus; — Caractères distinctifs des vertèbres; — Les trois muscles fessiers.

2° *Pathologie* : De la contusion; — Des ventouses, leur application; — Signes et diagnostic des fractures; — Signes et diagnostic de la pleurésie; — Des moyens hémostatiques dans les hémorrhagies traumatiques; — Séton, ses indications thérapeutiques; — Appareils inamovibles; — Des ulcères de la jambe et de leur traitement. (Voir aux NOUVELLES.)

Voici maintenant les articles du réglement relatifs aux internes en médecine et en chirurgie :

Art. 102. — Les élèves externes reçus au concours, ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne doivent pas être âgés de plus de 28 ans. Ils ne sont inscrits pour le concours de l'internat que sur le vu des pièces ci-après : 1° un certificat constatant leur service en qualité d'externes au moins depuis le 1er janvier précédent, sans interruption non motivée; 2° des certificats délivrés par les médecins ou chirurgiens et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externes, et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite.

Art. 121. — Les épreuves du concours de l'internat sont réglées comme il est dit ci-après : 1° une épreuve d'admissibilité consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé deux heures; 2° une épreuve orale sur les mêmes sujets; il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour le développer, après dix minutes de réflexion, la question qui lui sera échue. Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves, est fixé ainsi qu'il suit : pour la composition écrite 30 points; pour l'épreuve orale, 20 points. Ces opérations terminées, le jury procède au classement des candidats.....

Le relevé suivant donnera une idée de la nature des questions orales :

Concours de 1872 : Nerf moteur oculaire commun; ses paralysies: — Péricarde; signes et diagnostic de la péricardite, — Enveloppes des bourses; hydrocèle; — Prostate; symptômes et diagnostic des calculs vésicaux, — Clavicule; fractures de la clavicule; — Trachée: symptômes et diagnostic de la rougeole; — Articulation temporo-maxillaire; luxations de la mâchoire; — Voies lacrymales; tumeurs lacrymales; — Fosse iliaque; abcès de la fosse iliaque.

Concours de 1873 : Circulation hépatique; symptômes et diagnostic de la cirrhose; — Muscles de l'orbite; séméiologie de l'exophthalmie; — Anatomie topographique du cou-de-pied; symptômes et accidents consécutifs de la fracture de l'extrémité inférieure du péroné; — Rapports du rein; accidents consécutifs de la lithiase rénale; — Cœcum; invagination intestinale; — Anatomie de la joue; stomatite ulcéro-membraneuse; — Articulation scapulo-humérale; signes de la luxation de cette articulation; — Artère pulmonaire; hémoptysie.

Concours de 1874 : Muscles du voile du palais; paralysie du voile du palais; — Région prostatique du canal de l'urèthre, infiltration urineuse; — Voies lacrymales; tumeurs lacrymales; — Glotte; complications de la coqueluche; — Carotide externe; anévrysme artério-veineux.

Concours de 1875. — Artère rénale; diagnostic, pronostic et traitement de l'hématurie; — Articulation tibio-tarsienne; entorse; — Muscles du pharynx; signes et diagnostic de l'angine couenneuse; — Cœcum; colique de plomb; — Glande mammaire; des abcès du sein: — Portion sous-ombilicale du péritoine, symptômes, diagnostic et pronostic de la péritonite tuberculeuse; — Nerf moteur oculaire commun; des conjonctivites; — Articulation radio-carpienne; fracture de l'extremité inférieure du radius; — Portion extra-crânienne du nerf facial; érysipèle de la face.

Nous devons ajouter que tous les ans il y a, à l'Assistance publique, un concours entre les internes, et que des prix sont décernés d'une part à la première division (internes de 3e et 4e années), d'autre part, à la seconde division (internes de 2e et de 1re année). Au concours de l'année 1875, on a donné les questions suivantes pour la composition écrite : *Anatomie et physiologie des nerfs de la peau; — Anatomie pathologique de l'érysipèle* (1re division); — *Anatomie et physiologie du nerf phrénique; diagnostic des péricardites* (2e division). Voir p. 738).

Nous aurons plus tard l'occasion de montrer combien l'*externat* et surtout l'*internat* offrent d'avantages scientifiques aux étudiants en médecine, et nous ne saurions trop engager les étudiants laborieux à se préparer aux concours qui permettent d'arriver aux fonctions d'externes et d'internes. Aujourd'hui nous allons simplement indiquer les avantages matériels que ces institutions leur présentent.

Internes. — 1re et 2e années, 500 fr.; 3e année, 600 fr.; 4e année, 700 fr. — Les internes sont d'habitude logés. Dans le cas contraire, ils reçoivent une indemnité de 400 fr. — Le nombre des places vacantes, cette année, est de 35 à 40; celui des candidats de 257.

Externes. — 1° Dans les hôpitaux, dits du *centre* : Charité, Clinique, Hôtel-Dieu, Pitié, les externes ne reçoivent aucune indemnité; — 2° Dans les hôpitaux *semi-excentriques*, comme Necker, les Enfants malades, Lourcine, etc., les externes touchent par service 300 fr. par an; — 3° Dans les hôpitaux excentriques Beaujon, Lariboisière, Saint-Antoine, Sainte-Eugénie

(1) Le concours de l'externat a lieu habituellement au commencement du mois d'octobre. Les externes sont nommés pour trois ans.

(2) On devrait exiger un certificat de *revaccination*, datant de l'année, disions-nous l'an dernier, ce conseil n'a pas encore été suivi et cependant des morts, occasionnées par la variole, sont enregistrés tous les ans.

et Saint-Louis) les externes ont une indemnité d'un franc par jour; — 4° Enfin à la Maison de santé, les externes ont collectivement par service 300 fr. par an et de plus une indemnité individuelle de 300 fr. — Le nombre des places d'externes cette année, est de 220; celui des candidats de 369.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE.

Ecole pratique.

Par arrêté de M. le Ministre de l'Instruction publique en date du 31 août 1876 et sur l'avis conforme de la Faculté, MM. les docteurs dont les noms suivent ont été autorisés à faire, à l'École pratique de la Faculté de médecine, pendant le 1er semestre de l'année scolaire 1876-1877, des cours sur les matières ci-après indiquées savoir :

Anger (Théophile). *Malformations chirurgicales*, soit congénitales, soit acquises.

Bardaste. *Médecine hippocratique*. Son caractère, son esprit, etc.

Brochard. *Hygiène et maladies des nourrissons*; état actuel des enfants trouvés. Mercredis, à 8 h.

Dareste. *Embryogénie* : faits fondamentaux de l'Embryogénie normale et de la Tératogénie. Mardis et samedis, à 4 h.

Debove. *Pathologie interne* : Maladies générales. Lundis, jeudis et vendredis, de 4 à 5 h.

Delefosse. *Maladies des voies urinaires*. (Le programme sera distribué aux personnes qui suivront le cours).

Desmarres. *Maladies des yeux* : Chirurgie oculaire. Lundis et vendredis, de 8 à 9 h.

Dieulafoy. *Pathologie interne*. Lundis, vendredis, à 5 h.

Dujardin-Beaumetz. *Thérapeutique*. Mardis, jeudis et samedis, à 5 h.

Dubrisay. *Pathologie de l'enfance*. Mardis, jeudis et samedis, à 5 h.

Dubuc. *Maladies des voies urinaires* : Pathologie et chirurgie de l'appareil urinaire. Mardis, jeudis et samedis, à 5 h.

Falret. *Maladies mentales*. Mardis et samedis, à 4 h.

Fort. *Anatomie descriptive et Dissections*. Tous les jours, à midi et demi,

Galezowski. *Pathologie interne de l'œil et ophthalmoscopie*. Mardis et jeudis, à 8 h.

Gellé. *Otologie*. Exploration de l'oreille. Mercredi, à 4 h.

Gorecki. *Maladies des yeux* : De l'exploration de l'œil et de ses annexes au point de vue du diagnostic. Lundis et mercredis à 5 h.

Gouguenheim. *Pathologie interne* : Maladies de tous les organes.

Hallopeau. *Pathologie interne*. Appareils circulatoire, digestif, urinaire et respiratoire (poumon excepté). Mardis, jeudis et samedis à 4 h.

Joffroy. *Pathologie interne* : Maladies du système nerveux. — Maladies générales. Lundis, mercredis et vendredis, à 8 heures.

Labadie-Lagrave. *Pathologie interne* : Maladies généralisées. Lundis et vendredis, à 5 heures.

Laurent-Prefontaine. *Maladies des voies urinaires* : Des affections de l'urèthre. Mardis et samedis, à 3 heures.

Legrand du Saulle. *Maladies mentales*, avec leurs applications à la médecine légale. Lundis et vendredis, à 8 heures.

Mallez. *Pathologie et chirurgie de l'appareil urinaire*. Mardis et jeudis, à 7 heures.

Migon. *Accouchements*. Samedis, à 8 heures.

Moreau. *Physiologie générale*. Les jours et heures seront ultérieurement indiqués.

Nepveu. *Affections septiques*. Lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures.

Onimus. *Application de l'électricité à la médecine* : Emploi des courants électriques dans les affections du système nerveux. Vendredis, à 5 heures.

Quinquaud. *Pathologie interne* : Maladies généralisées avec altération du sang. — Maladies des organes; en particulier, maladies puerpérales; affections de l'organe hépatique. Lundis et mercredis, à 4 heures.

Rathery. *Pathologie interne* : Maladies exanthématiques fébriles et en particulier des fièvres éruptives. Mardis et samedis, à 5 heures.

Reliquet. *Maladies des voies urinaires* : Etude de toute la pathologie chirurgicale des voies urinaires des deux sexes, et de celle des voies génitales de l'homme. Lundis, mercredis et vendredis, à 5 heures.

Renaut. *Pathologie interne* : Maladies du cœur. Mardis, jeudis et samedis, de 8 à 9 heures.

Straus. *Pathologie interne* : Maladies des appareils circulatoire, respiratoire et urinaire. Mardis, jeudis et samedis, à 8 heures.

Vérité. *Affections de la peau et syphilis* : Etude des maladies générales. — Affections génériques. — Traitements thérapeutique et hydriatique. Mercredis et samedis, à 8 heures.

Cours d'accouchements. — MM. Budin et Pinard commenceront le mercredi 15 novembre à 4 h. 1/2, un cours d'accouchement. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en 4 parties : 1° partie, Anatomie, Physiologie, Grossesse. 2° Eutocie. — 3° Dystocie. — 4° Exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Histoire naturelle, physique, chimie, médecine légale. Enseignement du Dr Martin-Damourette. Cet enseignement se compose de deux cours distincts : l'un de *physique, chimie et histoire naturelle médicales*, pour la préparation *au 3e examen de doctorat* en médecine et au 1er examen de fin d'année. Plusieurs conférences sont affectées à l'interrogation des élèves sur les diverses matières qui sont l'objet de ces examens. Ce cours se fait à 2 heures. M. Martin-Damourette qui en avait chargé l'an dernier un suppléant, a repris ce cours en personne. — Un autre cours comprend la *thérapeutique, l'hygiène et la médecine légale* et il sert de préparation au 4e *examen de doctorat*. Il a lieu tous les jours à 1 heure. — La *durée* totale des cours est de deux mois; mais en raison de la multiplicité des matières, une nouvelle série de leçons commence le 1er et le 15 de chaque mois. On s'inscrit de midi à 1 heure chez le Dr Martin-Damourette, 70, rue de Seine.

Premier examen de fin d'année et troisième examen de doctorat. — Le Dr Lelorain, licencié ès-sciences naturelles, commencera le 9 octobre la série des leçons préparatoires à cet examen. Récapitulation rapide des matières. Interrogations fréquentes. — Plantes fraîches et moulées. — Libre disposition d'un droguier identique à celui de la Faculté. — Deux leçons par jour, de 1 h. 1/2 chacune : une de physique ou chimie, et une d'histoire naturelle. — On s'inscrit chez le dr Lelorain, de 4 à 6 h., rue Bertin-Poirée, n° 9. Leçons particulières pour cet examen et pour le 4e.

Cours d'anatomie. — M. le Dr Fort, professeur libre d'anatomie, commencera un cours complet d'anatomie et de dissection à l'Ecole pratique, le 16 novembre 1876. Les cours d'anatomie se composent de deux leçons par jour; la première a lieu à midi et demi à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 3; la seconde, dans l'amphithéâtre de M. Fort, rue Antoine-Dubois, n° 2. Entre ces deux leçons les élèves disséqueront, sous la direction du professeur, dans le pavillon n° 7 de l'Ecole pratique.

Cours particulier de Technique microscopique (Etude du maniement du microscope). — Ce cours, essentiellement pratique, est fait tous les jours de 4 à 6 h. dans le laboratoire de l'hôpital des Cliniques, par le Dr Latteux, chef du laboratoire. Il a pour objet de mettre les élèves en mesure d'exécuter par eux-mêmes, toutes les manipulations et analyses microscopiques qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés *individuellement* et répètent toutes les expériences faites par le professeur (Coupes fines, dissection sous le microscope, montage des préparations, injections histologiques, etc.). Le plan du cours consiste à étudier d'abord les principaux tissus normaux et ensuite les altérations pathologiques qui se présentent le plus fréquemment. Ce cours recommencera dans les premiers jours de décembre, et durera environ six semaines. — Les élèves ne sont jamais plus de six ensemble. — Des microscopes sont à leur disposition, ainsi que tous les instruments nécessaires. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de midi à 1 heure, ou au laboratoire de clinique, de 4 à 6 heures.

Cours complet de pathologie interne, par les Drs Debove et Renaut, chefs de clinique de la Faculté. — M. Debove commencera son cours le lundi 6 novembre à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique et le continuera les lundis, jeudis et vendredis suivants. Il traitera d'abord des *maladies générales*. — M. J. Renaut commencera son cours le mardi 7 novembre à 8 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 (Ecole pratique), et le continuera les mardis, jeudis et vendredis suivants. Il traitera d'abord des *maladies du cœur*.

Cours de pathologie interne par MM. les Drs Straus et Joffroy. — Ecole pratique. — Amphithéâtre n° 1. — 8 heures du soir. — M. le Dr Joffroy commencera son cours le lundi 13 novembre à 8 heures du soir et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. Il traitera des *maladies du système nerveux* et des *maladies générales*. — M. le Dr Straus commencera son cours le mardi 14 novembre à 8 heures du soir et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. Il traitera des *maladies des appareils urinaire, respiratoire et circulatoire*.

Pathologie interne. — M. le dr Rathery, commencera le mardi 7 novembre, à 5 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, son cours public et il le continuera les mardis et samedis, à la même heure. — Les premières leçons seront consacrées à l'étude des maladies exanthématiques fébriles et en particulier des fièvres éruptives.

Pathologie interne. — M. le Dr Hallopeau commencera son cours le mardi 7 novembre à 4 h. et le continuera les jeudis et samedis suivants à la même heure; il étudiera les maladies des appareils, circulatoire, digestif, urinaire et respiratoire (le poumon excepté).

Clinique médicale. — M. T. Gallard, médecin de la Pitié, commencera prochainement son cours. Il se divise en deux parties : 1° Les exercices au lit du malade. Les élèves participent activement à la visite; ils sont appelés à donner leur avis sur le diagnostic qui est sérieusement discuté avec eux, puis à formuler leurs propositions sur le traitement. Ils ont à leur disposition un petit Musée d'anatomie pathologique. — 2° les leçons à l'amphithéâtre le mardi et le samedi. D'habitude, une leçon sur deux est consacrée à l'étude des maladies des femmes. Dans l'autre leçon, les sujets sont étudiés comme ils se présentent, mais le professeur donne la préférence à ceux qui prêtent à des considérations relatives soit à l'hygiène, soit à la médecine légale.

Clinique chirurgicale. — M. le Dr Alphonse Guérin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera prochainement son cours. Il aura lieu le lundi à 9 h. à l'amphithéâtre n° 2.

Polyclinique de chirurgie des femmes, du Dr BERRUT, rue de Bellechasse, n° 29. Du 1er novembre au 31 août : jeudi à 9 heures du matin, consultations libres; à 11 heures du matin, leçon clinique libre ; vendredi et samedi à 9 heures du matin, leçons particulières.

Cours de thérapeutique. — Le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, commencera à l'Ecole pratique amphithéâtre n° 3, le mercredi 8 novembre, à 3 heures du soir, un cours de thérapeutique qu'il continuera les mercredis suivants.

Electrothérapie. — M. le Dr ONIMUS commencera son cours le vendredi 10 novembre à 5 heures, dans l'amphithéâtre n° 1, de l'Ecole pratique et le continuera tous les vendredis à la même heure. — Son cours aura pour objet l'emploi de l'électricité dans les affections du système nerveux.

Electrologie médicale. — M. le Dr A. TRIPIER fera son cours durant cet hiver et s'occupera de l'électro-physiologie et de thérapeutique générale.

Ecole pratique de Gynécologie. — *Accouchements.* — Les cours de gynécologie et d'accouchements, fondés en 1874 par le Dr MIGON, n° 13, rue du Jardinet, sont transférés rue Hautefeuille, n° 1 *bis*, et ouvriront le lundi 6 novembre 1876. Ces cours comprennent : 1 leçons théoriques, comprenant la matière complète de l'obstétrique. Les lundis, mercredis et vendredis à 8 heures du soir ; 2° leçons pratiques (manœuvres, opérations obstétricales, examen des femmes malades par le toucher et le spéculum). Le mardi et le samedi à 4 heures. — 3° Accouchements en ville et dans la salle de clinique du cours, en présence des élèves, sous la direction du professeur. S'adresser pour les conditions à la clinique du Dr Migon, rue Hautefeuille, n° 1 *bis*, ou au concierge de la maison. Conditions particulières pour MM. les étudiants d'Alsace-Lorraine.

Clinique des maladies des voies urinaires. — Dr MALLEZ, 3, rue Christine. — Visite des malades tous les jours à midi et demi : les dimanches à 10 heures et demie. Lundis, mercredis, vendredis à 1 heure, conférences cliniques et opérations. — *L'analyse chimique des urines et l'examen micrographique de leurs dépôts*, sont exécutés par M. le Dr Jardin tous les jours, aux mêmes heures. Le *musée* d'anatomie pathologique de l'appareil urinaire et le laboratoire de chimie et de micrographie, sont à la disposition de MM. les médecins et les élèves. — *Cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire.* Mardis et jeudis à 7 heures du soir, amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

Maladies des voies urinaires. — Le Dr RELIQUET, ancien interne des hôpitaux de Paris, commencera son cours, le *lundi 13* novembre à *cinq heures*, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Dans ce cours complet, chaque année, le Dr Reliquet donne plus d'importance a des sujets généralement peu étudiés. Cette année il consacrera plusieurs leçons aux affections *des voies génitales de l'homme* dont beaucoup provoquent des troubles de mictions.

Comme toujours, avant de parler de la pathologie, il s'occupera de la physiologie des voies urinaires, et de celle des voies génitales.

A propos du traitement de chaque affection, les description des différentes opérations trouveront naturellement leur place. — En étudiant les affections calculeuses, le Dr Reliquet, en raison de son expérience acquise, s'étendra plus que jamais sur la lithotritie.

Leçons pratiques sur les urines. — M. le Dr DELEFOSSE fera, à partir du 5 novembre inclus, à sa clinique, rue des Poitevins, n° 2, tous les dimanches à 10 heures, un cours pratique pour les médecins-praticiens seuls : ils seront exercés aux analyses gratuitement. Les médecins qui voudront suivre ce cours sont priés de vouloir bien envoyer leur adhésion au professeur, rue Notre-Dame-de-Lorette, n° 14. — Les malades sont admis gratuitement trois fois par semaine, mardi, jeudi et samedi à midi et demi. — Tous les jours, leçons particulières sur l'analyse des urines, sauf le samedi où ces leçons sont gratuites pour les étudiants.

Maladies des yeux. — M. le Dr CHARLES ABADIE recommence aujourd'hui 3 novembre à 2 heures, ses leçons de *cliniques ophthalmologiques* et les continuera les mardi et vendredi de chaque semaine à la même heure, à sa clinique, rue Séguier, 17. Les élèves sont exercés au maniement de l'*ophthalmoscope*. Des yeux artificiels sont mis à la disposition des commençants. Les *opérations* sont pratiquées les jours de cliniques devant les élèves.

Maladies des yeux. — M. le Dr A. DESMARES, *cours, cliniques et opérations* tous les jours à midi, 8, rue Hautefeuille. Cours chirurgical les lundis et vendredis de 8 heures à 9 heures, amphithéâtre n° 2 à l'Ecole pratique.

Conférences publiques et gratuites sur l'oculistique et la chirurgie. — M. le Dr FANO, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, commencera ses conférences le samedi 18 novembre, à 2 h. précises, à sa clinique, rue Séguier, 14, et les continuera les samedis suivants, à la même heure. Les autres jours de la semaine, examen clinique des malades, et opérations.

Clinique ophthalmologique du Dr GALEZOWSKI, 26, rue Dauphine. Les conférences cliniques ont lieu tous les jours de 1 heure à 3 heures. Les lundis et les mercredis sont consacrés plus spécialement à l'étude des maladies externes de l'œil ; les mardis et les jeudis, les opérations ; les vendredis, l'ophthalmoscope, et les samedis, la réfraction de l'œil avec le choix des lunettes. A l'Ecole pratique, M. Galezowski fera un cours public, sur la pathologie interne de l'œil, les mardis et jeudis à 8 h. du soir, l'amphithéâtre n° 2.

Maladies des yeux. — M. le Dr LANDOLT fera pendant le semestre d'hiver un cours sur la *réfraction*, la *commodation* de l'œil et leurs *anomalies*, avec expériences et démonstrations cliniques. Mercredi et samedi de 1 h. à 2 h., 3, rue du Pont-de-Lodi. M. Landolt commencera le samedi 2 décembre.

Maladies des yeux : Leçons publiques sur la réfraction et l'accommodation. Application du système métrique à ces études. — M. le Dr E. MEYER commencera ce cours le lundi 6 novembre à midi et demi, à sa clinique, (rue de l'Ancienne-Comédie, 21 ; entrée : Cour du Commerce 3), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. M. Caudron, chef de clinique, exercera MM. les Elèves au maniement de l'ophthalmoscope.

Maladies des yeux. — M. le Docteur HUBERT, ancien interne des hôpitaux, commencera le mercredi 29 novembre à une heure un cours complet d'ophthalmologie à sa clinique, place Saint-André-des-Arts, n° 11, et les continuera les mercredis et vendredis suivants. Ce cours sera essentiellement pratique. Le mercredi sera consacré aux affections externes de l'œil (réfraction, accommodation) et à la pratique de l'ophthalmoscope.

Cours public de laryngoscopie et de rhinoscopie. — M. le Dr Ch. FAUVEL a commencé ce cours à sa clinique, rue Guénégaud, 13, et le continue les lundis et jeudis à midi. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales postérieures, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée. — Deux chefs de clinique. M. Poyet, interne des hôpitaux et M. le Dr Arcadian, sont à la disposition des assistants, pour leur apprendre le maniement des instruments laryngoscopiques et rhinoscopiques.

Maladies des oreilles. — M. le Dr C. MIOT, rue Saint-André-des-Arts, 41 ; clinique, les lundis, mercredis et vendredis à midi.

Maladies de la peau. — M. le Dr ROCHARD, rue de l'Eperon, n° 7. Consultations tous les jours à midi. — Conférences cliniques tous les lundis à midi.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS

Premier semestre. — Les cours de la Faculté s'ouvriront le mardi 7 novembre 1876, à la Sorbonne.

Géométrie supérieure. Les mercredis et vendredis, à midi et demi. M. CHASLES, professeur. M. Ossian BONNET, suppléant, ouvrira ce cours le mercredi 14 novembre. Il exposera les travaux récents de géométrie supérieure.

Calcul différentiel et intégral. Les lundis et jeudis, à huit heures et demie. M. J. A. SERRET, professeur. M. BOUQUET, professeur de la Faculté, suppléant, ouvrira ce cours le jeudi 5 novembre. Il traitera du *calcul différentiel et intégral.*

Mécanique rationnelle. Les mercredis et vendredis, à huit heures et demie. M. LIOUVILLE, professeur. M. DARBOUX, suppléant, ouvrira ce cours le mercredi 8 novembre. Il traitera de la *composition* et des lois générales de l'*équilibre* et du *mouvement.*

Astronomie mathématique et mécanique céleste. Les mardis et samedis, à dix heures et demie. M. PUISEUX, professeur, ouvrira ce cours le mardi 14 novembre. Il consacrera un certain nombre de leçons à la *théorie de la figure de la terre* considérée comme formée d'un noyau solide recouvert d'un fluide en équilibre. Il exposera ensuite les principes du *calcul des perturbations* et en fera l'application à diverses inégalités des mouvements des planètes et de la lune.

Calcul des probabilités et physique mathématique. Les lundis et jeudis, à dix heures et demie. M. BRIOT, professeur, ouvrira ce cours le lundi 13 novembre. Il traitera de la *théorie des fonctions périodiques et de leur application à des questions de physique mathématique.* Il traitera spécialement dans le second semestre de la théorie de la lumière.

Mécanique physique et expérimentale. Les mardis et samedis à huit heures et demie. M. BOUQUET, professeur; M. TANNERY, suppléant, ouvrira ce cours le mardi 7 novembre. Il traitera de la *cinématique* et de ses applications à la *théorie des machines*

Physique. Les mardis et samedis, à une heure et demie. M. P. DESAINS, professeur, ouvrira ce cours le mardi 7 novembre. Il traitera de la *chaleur*, du *magnétisme*, de l'*électricité*, de l'*électro-magnétisme* et de leurs principales applications.

Chimie. Les lundis et jeudis, à une heure. M. H. SAINTE-CLAIRE-DEVILLE, professeur, ouvrira ce cours le jeudi 9 novembre Il exposera les *lois générales de la chimie* ; il fera l'*histoire des métalloïdes.*

Zoologie, anatomie, physiologie comparée. Les mardis et samedis, à trois heures et demie. M. Henri de LACAZE-DUTHIERS, professeur, ouvrira ce cours le samedi 11 novembre. Il étudiera les *principaux groupes des vertébrés.*

Minéralogie. Les mercredis et vendredis, à une heure et demie. M. FRIEDEL, professeur, ouvrira ce cours le vendredi 10 novembre. Il étudiera les *caractères généraux des minéraux et les principales espèces minérales.*

Jours et heures des cours.

Lundis : MM. BOUQUET, 8 h. 1/2; BRIOT, 10 h. 1/2; H. SAINTE-CLAIRE-DEVILLE, 1 h.
Mardis : MM. TANNERY, 8 h. 1/2; PUISEUX, 10 h. 1/2; P. DESAINS, 1 h. 1/2; DE LACAZE-DUTHIERS, 3 h. 1/2.
Mercredis : MM. DARBOUX, 8 h. 1/2; Ossian BONNET, midi 1/2; FRIEDEL, 1 h. 1/2.
Jeudis : MM. BOUQUET, 8 h. 1/2; BRIOT, 10 h. 1/2; H. SAINTE-CLAIRE-DEVILLE, 1 h.
Vendredis : MM. DARBOUX, 8 h. 1/2; Ossian BONNET, midi 1/2; FRIEDEL, 1 h. 1/2.
Samedis : MM. TANNERY, 8 h. 1/2; PUISEUX, 10 h. 1/2; P. DESAINS, 1 h. 1/2; de LACAZE-DUTHIERS, 3 h. 1/2.

Seront professés pendant le second semestre :

Les cours d'algèbre supérieure, par M. HERMITE; — de calcul intégral, par M. BOUQUET; — d'astronomie physique, par M. LE VERRIER; — de mécanique, par M. DARBOUX; — de physique mathématique, par M. BRIOT; — de mécanique physique et expérimentale, par M. TANNERY; — la seconde partie du cours de physique, par M. JAMIN; — la seconde partie du cours de chimie, par M. TROOTS; — la chimie organique, par M. WURTZ; — le cours de zoologie, anatomie, physiologie comparée, par M. MILNE-EDWARDS; — le cours de physiologie, par M. BERT; — le cours de géologie, par M. HÉBERT; — le cours de botanique, par M. DUCHARTRE.

Les candidats aux divers baccalauréats ès-sciences doivent s'inscrire au Secrétariat de la Faculté et consigner en même temps les droits de ces grades; les registres sont clos irrévocablement cinq jours avant l'ouverture des sessions. Les sessions pour les divers baccalauréats s'ouvriront : l'une, le 10 juillet 1877; l'autre, le 25 octobre 1877; Le registre des inscriptions prescrites pour la licence sera ouvert, au secrétariat de la Faculté, les quinze premiers jours des mois de novembre, janvier, avril et juillet.

Les sessions pour les trois licences auront lieu : la première en novembre 1876; la deuxième, du 1er au 31 juillet 1877. Les candidats sont tenus de s'inscrire et de consigner en même temps à la Faculté les droits de ce grade. L'inscription est close huit jours avant l'ouverture de la session.

Vu et approuvé : *le Vice-Recteur de l'Académie de Paris*,
A. MOURIER.
Le doyen de la Faculté des Sciences : MILNE-EDWARDS.

Laboratoire de physiologie. — Chef du laboratoire, M. P. BERT; — préparateurs, MM. JOLYET et P. REGNARD. Ce laboratoire est libéralement ouvert aux *étudiants en médecine*, déjà avancés dans leurs études et qui désirent faire des recherches expérimentales pour leur thèse.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE

Année scolaire 1876-1877. — Premier semestre. — Le registre des inscriptions sera ouvert le 20 octobre. — L'ouverture des cours est fixée au 6 novembre.

Directeur honoraire, M. BUSSY. — Professeurs honoraires, MM. CAVENTOU, BERTHELOT.
Zoologie M. A. MILNE-EDWARDS, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à midi.
Pharmacie. M. CHEVALLIER, professeur, suppléé par M. BOURGOIN, agrégé. Lundi, mercredi et vendredi, à 8 h 1/2.
Histoire naturelle des Médicaments. M. PLANCHON, professeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. 1/2.
Chimie générale. M. RICHE, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 3 h. 1/2.
Physique. M. LE ROUX, professeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 11 h.
Travaux pratiques. 1re année. Chimie. M. X.
— 2e année. Chimie. M. PERSONNE, chef des travaux chimiques et pharmaceutiques.
— 3e année. Botanique. M. CHATIN, professeur.
Les lundi, mercredi et vendredi, de midi à 4 h.

Second semestre, commençant le 1er avril 1876.

Botanique (1). M. CHATIN, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 11 h.
Toxicologie. M. BOUIS, professeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 4 h.
Pharmacie. M. BAUDRIMONT, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 8 h. 1/2.
Chimie organique. M. JUNGFLEISCH, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 3 h. 1/2.
Travaux pratiques. 1re année. Chimie. M. X.
— 2e année. Chimie. M. PERSONNE, chef des travaux chimiques et pharmaceutiques.
— 3e année. { Botanique. M. CHATIN, professeur. / Physique. M. LE ROUX, professeur. }
Les lundi, mercredi et vendredi, de midi à 4 h.

Le registre des inscriptions aux cours de l'école sera ouvert du 20 octobre 4 novembre. Les élèves devront y incrire eux-mêmes leurs nom, prénoms, âge et lieu de naissance. — Le même registre sera ouvert de nouveau, pour le renouvellement des inscriptions, pendant les quinze premiers jours de chaque trimestre de l'année scolaire. Les élèves antérieurement inscrits ne peuvent prendre une première inscription de semestre qu'après avoir satisfait à l'examen du semestre précédent.

Tout élève qui se présente pour prendre *sa première* inscription est tenu de déposer entre les mains du secrétaire agent comptable : 1° Son acte de naissance ; 2° Le diplôme de bachelier ès-sciences ou les diplômes de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences restreint pour l'inscription de première classe ; pour l'inscription de seconde classe, le certificat d'examen de grammaire ; 3° S'il est mineur, le consentement, en forme régulière, de son père ou tuteur, l'autorisant à suivre les études pharmaceutiques ; 4° L'indication de son domicile à Paris et celle du domicile de ses père, mère ou tuteur ; 5° Si l'élève réside dans une officine, l'autorisation à lui accordée par le pharmacien, de suivre les cours de l'école. Mais l'élève ne pourra compter comme stage en pharmacie le temps correspondant à ses inscriptions scolaires. Conformément aux prescriptions légales, un registre spécial est toujours ouvert à l'école de pharmacie pour recevoir les inscriptions relatives au stage en pharmacie. Tout certificat de stage non appuyé de l'inscription légale sera considéré comme nul.

Travaux pratiques. — Les élèves, en prenant la première inscription de l'année scolaire, acquittent le droit afférent aux travaux pratiques. Les élèves de 2e classe qui tombent sous l'application du décret du 14 juillet 1875 acquittent le droit des travaux pratiques par semestre de 50 francs. — La *Bibliothèque de l'Ecole* est ouverte tous les jours, de 11 h. à 4 h. — La *Salle des Collections* est ouverte tous les jours aux mêmes heures.

Vu : *Le vice-recteur de l'Académie*, A. MOURIER. *Le directeur de l'Ecole*, A. CHATIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'*Académie des Sciences* tient des séances publiques à l'Institut, tous les lundis à 3 heures. Elle se divise en 2 grandes classes, celle des *sciences mathématiques*, dont nous n'avons pas à nous occuper, qui comprend 5 sections ; et celle des *sciences physiques*, qui comprend les six sections suivantes, composées chacune de 6 membres : chimie ; — minéralogie ; — botanique ; — économie rurale ; — anatomie et zoologie ; — médecine et chirurgie. — Cette dernière section à 6 membres correspondants français ou étrangers.

L'*Académie des sciences* décerne chaque année des prix dont quelques-uns ont trait aux sciences médicales (anatomie, physiologie, médecine et chirurgie, hygiène, physiologie expérimentale), et qui sont annoncés en temps opportun dans le *Progrès médical*.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

La *Société de Biologie* tient ses séances tous les samedis, à quatre heures, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine (*Ecole pratique*) (1). Les travaux de la *Société* embrassent toutes les branches de la biologie, mais plus particulièrement la physiologie expérimentale, l'histologie normale et pathologique, la clinique, la physique et la chimie médicales. Les étudiants en médecine, qui ont déjà plusieurs années d'études, ont intérêt à suivre les séances de cette société. Ils pourront y entendre fréquemment, outre leurs professeurs de l'Ecole et leurs maitres dans les hôpitaux, des hommes, tels que MM. Claude Bernard, Berthelot, Paul Bert, Ranvier, etc., qui comptent parmi les membres les plus assidus. Tous les ans la *Société de biologie* décerne le *prix Godard* qui est de la valeur de 500 francs.

Séance du 28 octobre. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. PARROT communique à la société les résultats de recherches qu'il a entreprises sur les relations qui existent entre la tuberculisation pulmonaire et l'adénopathie trachéobronchique. On sait que Laennec, Rilliet et Barthez, West, Vogel ont admis la possibilité d'une tuberculisation des ganglions sans lésion du parenchyme pulmonaire. Dans les huit dernières années où M. Parrot a étudié cette question, jamais il n'a constaté de tuberculisation des ganglions sans qu'il y eût une lésion-mère pulmonaire. L'adénopathie bronchique isolée n'existe donc pas, du moins chez les enfants de 1 à 7 ans sur lesquels ont porté ces recherches. Ce qui a sans doute induit en erreur les auteurs précédemment cités, c'est que la lésion pulmonaire est souvent très peu étendue, échappe à un examen superficiel, tandis que la lésion ganglionnaire est souvent très-étendue.

M. TRASBOT, à l'appui des conclusions de M. Parrot, rappelle ce que l'on constate dans la morve du cheval. Les ganglions

(1) Le cours de botanique sera complété par des herborisations commençant le premier dimanche de mai.

(1) Régulièrement les travaux de cette Société commencent le premier samedi d'octobre.

ne sont jamais pris tant que les muqueuses correspondantes, nasale par exemple, présentent des lésions. Jamais les ganglions bronchiques ne sont altérés quand le poumon est sain.

M. MALASSEZ présente à la société un appareil destiné à déterminer la coloration du sang. Il se compose essentiellement d'un diaphragme percé de deux trous; derrière l'un de ces trous est fixé un mélangeur Potain rempli d'une solution du sang à examiner: derrière l'autre est placé un prisme qui, grâce à une solution de chromate de potasse qu'il renferme, a une coloration analogue à celle du sang. En faisant mouvoir ce prisme on modifie la couleur perçue à travers le trou et on arrive ainsi à la rendre identique à celle du sang soumis à l'examen. M. Malassez indique ensuite comment il procède pour graduer son appareil et déterminer ainsi la coloration et la capacité pulmonaire du sang étudié. Cet appareil, facile à manier, est d'une sensibilité suffisante pour l'examen clinique. Il s'en est servi pour faire des recherches dont il communiquera plus tard les résultats.

M. Cl. BERNARD fait part à la Société de recherches nouvelles sur les effets de l'éthérisation sur les phénomènes vitaux. Dans une communication antérieure, il avait déjà montré que les agents anesthésiques suppriment pendant leur période d'action certains phénomènes vitaux : mouvements de la sensitive, germination du cresson, fermentation par la levûre de bière, etc. Ses expériences récentes ont porté sur des animaux inférieurs : les anguillules. On sait que ceux-ci, lorsqu'ils sont séchés, perdent tout mouvement et restent inertes et qu'il suffit de les mettre dans l'eau, pour leur voir reprendre leur motilité. Lorsqu'on les plonge dans l'eau chloroformée pure, les mouvements disparaissent, sans que l'immersion dans l'eau les fasse reparaître : les animaux ont été tués. Mais qu'on les plonge dans une solution chloroformée, étendue de son poids d'eau, les mouvements cessent, les animaux tombent au fond, raides et inertes. Qu'on les retire de ce liquide, pour les mettre dans l'eau, les mouvements se produisent de nouveau: dans ce cas, l'action anesthésique n'a pas été assez forte pour tuer l'animal. L'eau éthérée agit de la même manière, mais avec moins d'intensité que le chloroforme. Si l'on rapproche ces faits de ceux précédemment signalés on doit en conclure que les agents anesthésiques sont pour ainsi dire des réactifs des phénomènes vitaux, tous suspendus pendant l'éthérisation.

Comment agissent les anesthésiques ? Leur action s'exerce sur tous les éléments, aussi bien que sur le système nerveux qui est le premier atteint. La nature intime du phénomène est encore à trouver : cependant il est probable que c'est le protoplasme qui est modifié par l'agent anesthésique. On avait déjà remarqué, en effet, que les muscles pendant l'éthérisation deviennent opaques, pour reprendre leur transparence dès que celle-ci est suspendue. Les mêmes phénomènes se présentent chez les anguillules pendant et après l'éthérisation.

M. BERTHELOT se demande si une modification chimique ne pourrait pas expliquer cette action des anesthésiques. En effet ceux-ci coagulent l'albumine et la myosine. De plus, on a constaté l'existence, dans la sensitive et dans les embryons végétaux, d'une substance analogue aux principes immédiats de la substance cérébrale. Il est possible que l'anesthésie, chez les végétaux et chez les animaux soit due à une modification chimique de ces principes immédiats. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'*Académie de Médecine* tient ses séances publiques, 49, rue des Saints-Pères, tous les mardis à 3 heures. Elle se compose de cent membres *titulaires* répartis dans les 11 sections qui suivent : anatomie et physiologie, 10 ; pathologie médicale, 13; pathologie chirurgicale, 10 ; thérapeutique et histoire naturelle médicale, 10 ; médecine opératoire, 7 ; anatomie pathologique, 7; accouchements, 7; hygiène publique, médecine légale et police médicale, 10 ; médecine vétérinaire, 6 ; physique et chimie médicales, 10 ; pharmacie, 10. Il y a en outre une section d'associés libres qui peut compter 10 membres. — Le nombre des *associés nationaux* et celui des associés étrangers peut être de 20. — Le nombre des *correspondants nationaux* est de 100, celui des *correspondants étrangers*, de 50. Les uns et les autres sont divisés en 4 sections de la façon suivante :

1° Anatomie et physiologie, — pathologie médicale, — thérapeutique et histoire naturelle, — anatomie pathologique, — hygiène et médecine légale (correspondants nationaux, 50 ; étrangers 25) ; — 2° Pathologie chirurgicale, — médecine opératoire, — accouchements ; (correspondants nationaux 24 ; étrangers 12 ; — 3° Médecine vétérinaire, (correspondants nationaux, 6.; étrangers 3) ; — 4° Physique et chimie médicales ; — pharmacie ; (correspondants nationaux, 20 ; étrangers, 10).

L'Académie résout les questions qui lui sont posées par les ministères, les préfectures de la Seine et de police, sur tout ce qui concerne l'hygiène et la santé publique. Elle autorise ou interdit la fabrication et la vente des remèdes secrets et nouveaux, l'exploitation des sources thermales ou minérales. Elle désigne, sur la demande du gouvernement, des commissaires qui se transportent sur les lieux où sévissent les épidémies ou les épizooties, et décident des mesures à prendre contre le mal. Elle propage la vaccine et enfin discute des questions de science pure. Elle publie un bulletin qui contient le compte-rendu de ses séances et de ses travaux, au moyen de son budget particulier et de différents legs, elle distribue des prix. Les auréats sont proclamés chaque année dans une séance solennelle qui a lieu dans la première quinzaine de décembre, les sujets à traiter pour les prix de l'année suivante, y sont, en outre, désignés (1).

L'académie possède des collections et une bibliothèque riche en volumes, en gravures et en manuscrits ; elle est ouverte aux membres seuls. Bibliothécaire, M. Briau, bibliothécaire-adjoint, M. Dureau.

Les vaccinations et les certificats de vaccine sont délivrés gratuitement tous les mardis et les samedis à midi et demi. On envoie en outre gratuitement du vaccin en plaques à tous les membres du corps médical qui en font la demande. Directeur du service, M. Blot. Il existe aussi pour les analyses et les recherches chimiques, un laboratoire, dirigé par M. Bouis.

Les travaux, les communications et les correspondances de toutes sortes doivent être adressées à M. le secrétaire perpetuel au siége de l'Académie, à moins qu'un des membres n'ait bien bien voulu se charger de faire la présentation. — Les bureaux de l'Académie sont ouverts, sauf les dimanches et fêtes, tous les jours de 10 heures à 3 heures.

Séance du 31 octobre. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. VERNEUIL présente à l'Académie le malade auquel il a pratiqué la gastrotomie.

M. RAMBOSSON donne lecture d'une note sur la spécification des diverses influences de la musique dans ses applications à l'hygiène et à la médecine.

M. BÉTOT lit un premier mémoire sur l'efficacité de la cautérisation légère (badigeonnage de teinture d'iode), de la muqueuse pharyngienne contre certaines névroses coïncidant avec de l'amnésie ; il insiste sur le rôle présumé du ganglion cervical supérieur dans cette circonstance. M. Bétot expose dans un deuxième mémoire quelques données expérimentales fournies par la ligature appliquée à l'amputation des membres, et il en fait ressortir l'utilité dans certains cas exceptionnels.

M. HERVIEUX, à propos du travail de M. Mague sur l'allaitement et le sevrage des enfants et des jeunes animaux, s'élève contre la mauvaise pratique de mélanger le lait à l'eau et entreprend un long plaidoyer en faveur de l'allaitement maternel. Quelques observations sont échangées sur ce point entre MM. Magne, J. Guérin, Hervieux et Depaul.

M. ROGER entretient l'Académie d'une étude de M. Fabre, de Bordeaux : « Où doit-on placer les salles de dissection dans les nouvelles Facultés ? »

La séance est levée à 5 heures.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Cette *Société*, l'une des plus anciennes et des plus importantes de Paris, tient ses séances tous les vendredis à 3 heures 1/2, à l'Ecole pratique, dans une salle placée au-dessus du Musée Dupuytren. C'est là que sont communiqués tous les cas intéressants observés dans les hôpitaux de Paris et que sont apportées toutes les pièces d'anatomie pathologique qui offrent des particularités remarquables. — Tous les deux ans, la *Société anatomique* décerne le *prix Godard*. Les membres-adjoints de la Société, les internes, les médecins, etc., peuvent concourir. — Le *Progrès médical* publie le compte rendu officiel des séances de cette Société. Les étudiants qui liront ces comptes-rendus y trouveront de nombreux éléments pour leur thèse de doctorat.

Séances de juin 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Embolie cérébrale. Endocardite végétante. Pellagre. Hypertrophie du système lymphatique; par M. Ch. RÉMY, interne des hôpitaux.

Un jeune homme de 19 ans, charretier, est apporté le 29 mai 1876 à l'hôpital de la Pitié (service de M. LABBÉ) pour une contusion supposée de la tête.

29 *mai*. Le malade présente une hémiplégie gauche. Les

(1) Au compte-rendu du jour de la séance annuelle le *Progrès médical*, donne les noms des lauréats, indique les récompenses et les sujets proposés pour l'année suivante.

membres supérieurs et inférieurs gauches sont flasques et inertes. La face est déviée à droite, mais le malade peut ramener la tête à gauche, quand on l'interroge et l'excite. Les yeux, convulsés à droite, sont susceptibles de redressement dans les mêmes conditions; la pupille gauche est dilatée, la droite contractée; orbiculaire de l'œil droit contracturé, celui de l'œil gauche inerte. La commissure buccale droite élevée et attirée vers l'oreille du même côté, la gauche abaissée et rapprochée de la ligne médiane. — La mobilité des membres droits persiste; ils sont incessamment agités, mais ne présentent aucune contracture. Le malade est dans un coma incomplet puisqu'il peut en être tiré par quelques excitations. L'ouïe persiste, et on peut arriver à obtenir des réponses exactes quoique paresseusement données. La sensibilité à la douleur persiste des deux côtés du corps. Le malade n'accuse aucune douleur spontanée.

La face présente une rougeur congestive. Elle est couverte d'une éruption squammeuse comparable, sauf l'étendue, à la terminaison d'un coup de soleil; mais en même temps il existe sur le dos des mains une altération semblable, à la fois congestive et squammeuse, avec hypertrophie et induration de la peau qui fait songer à la pellagre.

Le malade présente un trouble cardiaque: impulsion très-forte, pointe du cœur abaissée et portée sur la ligne axillaire dans le sixième espace intercostal. — Souffle rude au premier temps avec maximum à la base, s'étendant de la pointe du cœur jusqu'à la crosse de l'aorte. Le bruit des valvules aortiques claque nettement. Le pouls est régulier et vibrant, plein, égal aux deux radiales. — L'examen des autres organes ne révèle aucune autre lésion. L'examen du crâne en particulier soigneusement fait ne permet de constater ni une contusion superficielle ni une déformation osseuse.

Voici, d'après les renseignements que put nous fournir le malade et ceux qui nous ont été donnés par les assistants, l'accident dont ce jeune homme fut victime: Deux jours avant son entrée à l'hôpital, le 27 juin 1876, au moment où il faisait un violent effort pour soulever un fardeau placé sur la voiture qu'il conduisait afin de le décharger, il tomba comme écrasé par le poids et sa tête porta sur la voiture. A ce moment il se sentit le nez rempli d'eau (*sic*) et perdit connaissance. Immédiatement il fut pris de convulsions épileptiformes et les assistants crurent à une véritable attaque de grand mal.

Hésitant entre le diagnostic ramollissement cérébral embolique et compression cérébrale par hémorrhagie méningée, mais rassurés par le retour des facultés intellectuelles, nous abandonnâmes le malade en recommandant l'emploi de quelques sinapismes. — Dans la nuit du 30 juin, il mourut sans avoir présenté de nouveaux accidents.

Autopsie. Pas de contusion visible sur le cuir chevelu. En enlevant le cuir chevelu on trouve sur la face renversée de l'aponévrose épicrânienne, une ecchymose qui siége sur la partie gauche du frontal un peu en avant de la suture pariétale, à égale distance de la suture sagittale et du temporal. La calotte du crâne, examinée après décollement du péricrâne, ne présente aucune trace de fracture ni de contusion osseuse. Le *cerveau* ne présente extérieurement dans sa consistance et sa coloration aucune modification appréciable. A cheval sur l'angle de bifurcation de la sylvienne et de la cérébrale antérieure, se trouve un caillot fibrineux dur. Toutes les ramifications de ces deux branches artérielles en aval jusqu'à la communicante antérieure sont remplies par un caillot mou noirâtre.

Le *cœur* ne présente qu'une légère hypertrophie du ventricule gauche. Le cœur droit est sain; le cœur gauche fait voir à l'ouverture du ventricule une masse framboisée qui recouvre les valvules aortiques. La valvule mitrale est saine. — En ouvrant l'aorte par son extrémité supérieure, on constate qu'il n'existe plus que deux valvules aortiques en nid de pigeon, une droite et une gauche, qui est plus grande. La valvule droite dilatée, normale à sa partie posterieure, est épaissie sur son bord dans sa partie antérieure et présente quelques *végétations* muqueuses à sa face ventriculaire. — La valvule gauche est constituée par l'union des deux autres valvules, dont la soudure est attestée par une bride qui la divise en deux. De chaque côté de cette bride prennent naissance les artères coronaires. Cette valvule, à peu près normale à sa partie postérieure, est très-altérée en avant: elle présente à sa face inférieure une végétation polypeuse mollasse de la forme et de la grosseur d'une framboise. La valvule est perforée par sa face supérieure sur un diamètre de 2 millimètres, et cette perforation conduit dans l'intérieur de la végétation, qui est également rompue à son fond. Il reste donc un véritable anévrysme valvulaire rompu.

Foie volumineux, gras dans quelques points. — *Rate* volumineuse contenant une quantité considérable de petits lymphomes. — *Ganglions mésentériques*, hypertrophiés, très-volumineux. — L'*intestin* est dans toute son étendue, parsemé de grains saillants qui ne sont autres que des follicules clos hypertrophiés. Les glandes de Peyer participent à la même altération.

Le mécanisme de la mort paraît avoir été le suivant: rupture sous l'influence d'un effort de l'anévrysme valvulaire, d'où embolie cérébrale.

Nous ferons remarquer la coïncidence de l'endocardite végétante avec une altération généralisée du système lymphathique et une lésion cutanée semblable à la pellagre. Le mode de la mort nous semble un peu exceptionnel: la mort ne résulte pas d'une encéphalite. Elle ne peut pas non plus être mise sur le compte de l'anémie cérébrale, car les accidents dus à cette anémie auraient dû être à leur maximum ou moment de l'accident. — Enfin, malgré leur altération les valvules étaient encore tout-à-fait suffisantes, grâce à leur dilatation.

Infarctus pulmonaires. — Tumeur du foie; par M. Léger, interne des hôpitaux.

Le 29 mai 1876, entrait à l'hôpital Cochin, (service de M. Bucquoy), un homme présentant toutes les apparences d'un asystolique: cyanose, respiration très-fréquente, parole entrecoupée, turgescence des veines du cou, surtout à droite et, malgré ces symptômes, peu d'œdème des membres inférieurs. — L'anxiété rendait difficile l'interrogatoire du malade. Il disait que cette gêne de la respiration était venue progressivement depuis un mois et ne paraissait être au début qu'un simple rhume. Pendant la guerre, il avait eu des douleurs dans les jointures et quelques palpitations. — On n'a pas recherché s'il avait eu des accidents syphilitiques. Il n'a présenté pendant son séjour aucune coloration ictérique.

Le *cœur* ne présentait aucun bruit anormal. Du côté gauche de la poitrine, il n'existait aucun phénomène morbide. A droite, la percussion donnait en arrière une matité de quatre travers de doigt tout-à-fait à la base et, dans un point de cette étendue, on percevait du souffle voilé et de l'égophonie. Ceci, joint à une saillie considérable du foie au niveau de l'épigastre, fit admettre un épanchement pleurétique entre le poumon et le diaphragme. — Mais si une ponction faite dans le 8e espace intercostal fit bien obtenir 1,500 gr. de liquide citrin, elle n'eut pas pour effet de diminuer la saillie hépatique. Le foie descendait jusqu'à l'ombilic et présentait sa face supérieure à l'épigastre et sous les fausses côtes sans irrégularités ni tuméfaction en aucun point. Cette persistance de l'abaissement du foie fit penser qu'il pouvait bien aussi exister une lésion de ce côté sans qu'on put en préciser la nature.

Le lendemain, le malade eut des crachats hémoptoïques manifestes qui durèrent jusqu'à sa mort (6 juin). Quelques râles sous-crépitants disséminés ont été les seuls signes stéthoscopiques observés pendant la courte durée de son séjour à l'hôpital.

Autopsie. — Epanchement abondant dans la plèvre droite sans adhérence au poumon qui pût expliquer la localisation des signes à la base, lors de l'entrée du malade. — *Infarctus* très-considérable comprenant tout le lobe inférieur du côté droit. Le poumon gauche avait aussi à sa base un noyau noirâtre mais gros seulement comme une prune. — Le *cœur* assez volumineux, flasque, n'avait aucune lésion d'orifice; mais, à deux centimètres au-dessus des valvules aortiques,

commençait une lésion de l'aorte caractérisée par des plaques dures, rugueuses, jaunes crayeux, saillantes à la surface interne de l'artère, et ressortant sur un fond uniformément rouge.

Le *foie* était saillant comme on l'avait noté pendant la vie. Il n'offrait aucune adhérence avec les tissus voisins et on ne trouvait aucune trace de péritonite. Le volume de l'organe était très-augmenté et son poids atteignait 1,840 grammes. La face supérieure était un peu granulée, présentant un fond gris-rose légèrement opalin, sur lequel se détachaient des points jaunes... A la face inférieure, ces points plus volumineux étaient circonscrits par de petites lignes rouges donnant l'aspect de certains marbres. A droite du col de la vésicule, on voyait un petit mamelon dur, jaune, caséeux, faisant peu de saillie, reposant sur une base légèrement bosselée, et de même couleur. Cet îlot avait en tout l'étendue d'une pièce de 5 francs et se trouvait séparé en arrière par un sillon assez profond, d'une saillie régulière grosse comme la moitié d'une pomme et n'offrant à l'intérieur aucune altération notable de la couleur du foie qui était cependant rouge-brun à ce niveau sans aucun pointillé. — *A la coupe*, on voit le mamelon jaunâtre s'enfoncer dans le tissu hépatique et y former une tumeur grosse comme le poing qui déterminait la saillie régulière située en arrière de l'îlot jaunâtre? Cette production est constituée par un tissu dur, un peu élastique, jaune pâle rappelant un peu la couleur de la substance blanche du cerveau et disposée en îlots irréguliers se touchant presque par leurs bords que sépare un tissu gris-rosé fibroïde, plus enfoncé que la partie voisine. Ce tissu forme aussi en certains endroits des points au lieu d'y être disposé en bande et se trouve alors isolé sur le fond jaunâtre plus saillant qui forme la plus grande partie de la tumeur. Le *tissu hépatique* attenant à cette production est un peu plus brun comme vascularisé dans une étendue qui ne dépasse pas un demi centimètre. Mais, à part ce changement de coloration, les limites respectives des deux tissus sont très-tranchées.

Un petit îlot de la substance jaunâtre, gros comme une noisette, se trouve isolé en arrière de la masse principale et voisin de la paroi inférieure de la veine cave au niveau de son sillon hépatique et dans l'intérieur de laquelle il aurait pu faire saillie s'il s'était développé ultérieurement. Il existait de plus vers la limite droite de la tumeur un point ramolli et formant à ce niveau un détritus caséeux, peu abondant. Les voies biliaires et la vésicule ne présentaient aucune altération.

L'*aspect macroscopique* de cette production morbide qui s'était développée dans le tissu hépatique est exactement semblable à celui de la tumeur intra-hépatique qui aurait pris naissance au niveau de le paroi d'un kyste hydatique et que j'ai présenté le 21 avril dernier, à la Société. — L'examen microscopique, montrera s'il s'agit d'une même lésion.

Avortement spontané à deux mois et demi de gestation. — Expulsion du fœtus entouré de la membrane amniotique restée intacte; par le Dr A. Leblond, ancien interne des hôpitaux.

Mme F..., est âgée de 27 ans; elle a eu une première grossesse, il y a deux ans, qui est parvenue à terme et qui n'a présenté aucune complication. Mme F..., bien réglée habituellement et d'une bonne santé, a eu ses dernières règles le 6 mars de cette année. Depuis lors, il est survenu quelques nausées et même quelques vomissements, sensation de pesanteur à l'hypogastre, picotements dans les seins. Il existait aussi une leucorrhée assez abondante. Mme F... est venue me consulter dans le courant d'avril. J'ai alors trouvé le col légèrement augmenté de volume. La pression sur le col était un peu douloureuse et il existait une petite érosion au pourtour de l'orifice du museau de tanche. A cause du retard qui existait et des divers symptômes accusés par ma cliente, je pensai immédiatement que nous étions au début d'une grossesse; aussi me contentai-je d'instituer un traitement peu actif: quelques grands bains, quelques injections détersives. Je touchai l'ulcération du col à deux ou trois reprises différentes avec un pinceau imbibé de teinture d'iode.

J'avais cessé de voir Mme F... depuis plus d'un mois, quand je fus mandé chez elle en toute hâte, le 9 juin au matin. Mme F... me raconta alors qu'elle avait fait il y avait environ un mois une promenade assez longue à la campagne, ayant déterminé une certaine fatigue, et que quelques jours après, il était survenu un léger écoulement sanguinolent qui, du reste, n'avait pas eu de suite. Hier, toute la journée, sans qu'il soit possible d'en déterminer la cause, elle éprouva des douleurs intenses vers la région sacrée et le soir, vers minuit, elle fut prise de douleurs hypogastriques qui se reproduisaient à des intervalles de temps assez réguliers et qui, ayant continué toute la nuit, déterminèrent vers 6 heures du matin l'expulsion du produit de la conception. Lorsque j'arrivai chez la malade à 6 heures et demie, je trouvai le produit expulsé depuis une demi-heure et resté entre les jambes de la patiente dans les linges qui garnissaient le lit.

Le produit recueilli est formé d'un fœtus présentant 8 centimètres de longueur (dimensions prises du sommet de la tête à l'extrémité du tronc), et entouré d'une membrane très-mince et tellement transparente qu'il était possible de distinguer parfaitement les divers détails de la surface du petit fœtus. Cette membrane, qui ne présentait aucune solution de continuité, contenait une certaine quantité de liquide amniotique. Cette membrane, lisse sur toute sa surface, est formée par la membrane amniotique détachée du chorion. Le cordon ombilical est rompu juste à son point d'insertion au placenta comme il a été facile de le reconnaître sur le placenta qui fut extrait quelques instants plus tard. La rupture du cordon juste au niveau de l'insertion placentaire nous explique l'intégrité de la membrane amniotique. Quant au placenta, il fut extrait avec une certaine difficulté, une fraction du tissu était engagée dans le col tandis que le reste était tombé dans le vagin. La partie tombée dans le vagin fut extraite à l'aide de deux doigts, mais le placenta s'étant déchiré, une portion resta dans la cavité utérine et ne pût être extraite que quelques heures plus tard. L'index porté profondément dans la cavité utérine rencontrait encore une portion saillante mais qui me parut être le point d'insertion du placenta.

Réflexions. — La seule circonstance qui nous paraisse intéressante à noter dans ce fait d'avortement pour ainsi dire classique, c'est l'*intégrité de la membrane amniotique*, et sa séparation de la membrane choriale. En effet, à cause de la minceur considérable de cette membrane, il est tout à fait extraordinaire qu'elle ne se soit pas rompue sous l'influence des contractions utérines.

Nous avons réuni depuis un certain temps seize cas d'avortement spontané dans ces premiers mois de la grossesse, et quinze fois nous avons noté que l'avortement était fait en bloc, c'est-à-dire que le fœtus avait été expulsé entouré de ses membranes intactes. Une seule fois, les membranes ont été trouvées rompues. Cette intégrité des membranes nous semble très-importante au point de vue médico-légal, aussi nous nous sommes cru autorisé à tirer les conclusions suivantes dans un mémoire que nous avons publié il y a quelques mois (1) : « Dans l'avortement spontané des premiers mois de » la grossesse, lorsque les membranes sont rompues, mais » lorsqu'elles sont saines, on doit en conclure que *très-probablement* l'avortement a été provoqué. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La *Société de Chirurgie* se réunit tous les mercredis, à 3 heures 1/2, rue de l'Abbaye, n° 3. La plupart de ses membres appartiennent au corps chirurgical des hôpitaux civils et militaires.—La Société de chirurgie dispose trois prix : le prix Duval, le prix Laborie et le prix Gerdy. Les deux premiers sont annuels, le second est triennal. — Le prix Duval, de la valeur de 100 fr., a été fondé en 1854 à titre d'encouragement pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires de la marine. — Le prix Laborie, de la valeur de 1,200 fr., fondé en 1868, est décerné chaque année à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante. — Le prix Gerdy, de la valeur de 2,000 fr., a été fondé en 1873. La Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents. Le sujet est toujours donné deux ans à l'avance. — Pour plus de détails voir le premier fascicule annuel des *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*.

(1) Sur l'avortement spontané dans les premiers mois de la grossesse ou *Annales de gynécologie*, août 1876.

SOCIÉTÉS MÉDICALE DES HOPITAUX, DE MÉDECINE LÉGALE, D'ANTHROPOLOGIE, ETC.

La *Société d'anthropologie* (1er et 3e jeudi de chaque mois), la *Société médicale des hôpitaux* (2e et 4e vendredi de chaque mois), la *Société de médecine de Paris*, la *Société d'hydrologie* se réunissent, comme la *Société de chirurgie*, rue de l'Abbaye, 3. Ce local, beaucoup trop exigu, ne permet qu'à un petit nombre d'auditeurs d'assister aux séances de ces savantes sociétés, chose très-regrettable, vu l'intérêt que présentent pour les étudiants les discussions très-instructives sur les questions à l'ordre du jour.

Nous citerons encore la *Société médico-psychologique* qui se réunit le dernier lundi de chaque mois, à 4 heures dans la salle des thèses de l'Ecole de Médecine, la *Société de médecine légale*, qui se réunit le 2e lundi de chaque mois, à 3 heures dans la salle des audiences de la 5e chambre du Tribunal civil, boulevard du Palais, n° 2. La prochaine séance aura lieu le lundi 13 novembre. — Les étudiants qui sont arrivés à la dernière année de leurs études, assisteront avec fruit aux réunions de ces deux sociétés qui s'occupent de toutes les questions relatives à l'aliénation mentale et à la médecine légale, branches des sciences médicales dont l'enseignement officiel laisse beaucoup à désirer. La *Société de thérapeutique* se réunit à la mairie du 1er arrondissement le 1er et le 3e vendredi de chaque mois. Il existe encore d'autres *Sociétés médicales*, entre autres les sociétés d'arrondissement, qui n'ont qu'un intérêt secondaire pour les étudiants.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

1876-77. — Semestse d'hiver.

Opérations et appareils. — M. le professeur BOUISSON : Mardi, jeudi et samedi à 9 h. 1/2 matin. — Opérations qui se pratiquent sur les régions du cou, du thorax et de l'abdomen.

Pathologie chirurgicale. — M. le professeur BOYER : Mardi, jeudi et samedi à 3 h. après-midi. — Pathologie et thérapeutique chirurgicales générales. Pathogénie, symptomatologie, diagnostic et thérapeutique des lésions chirurgicales physiques, vitales, organiques, etc., considérées dans ce qu'elles ont de commun et dans leurs lois générales.

Anatomie. — M. le professeur BENOIT : Lundi, mercredi et vendredi à 2 h. après-midi.

M. le docteur BIMAR, chef des travaux anatomiques : Lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. après-midi.

M. LANNEGRACE, prosecteur : Lundi, mercredi et vendredi, à 1 h. après-midi.

Les diverses branches de l'anatomie sont enseignées dans le semestre.

Pathologie médicale. — M. le professeur ANGLADA : Mardi, jeudi et samedi, à 2 h. après-midi. — Maladies chroniques qui portent dans le langage de la science le nom de diathèses. — Histoire des maladies des animaux transmissibles à l'homme.

Chimie médicale et pharmacie. — Une note ultérieure indiquera l'époque de l'ouverture du cours.

Physiologie. — M. le professeur ROUGET. Mardi, jeudi et samedi. 5 h. après-midi. — Fin de la physiologie de la génération : Hérédité ; races humaines. — Physiologie de la circulation, de la respiration.

Anatomie pathologique et histologie. — M. le professeur ESTOR. Lundi mercredi et vendredi à 5 h. après-midi. — Fin de l'étude des tissus envisagés au point de vue de l'histologie normale et de l'anatomie pathologique.

Cours complémentaires.

Ophthalmologie. — M. JACQUEMET, agrégé. Lundi, mercredi et vendredi à 9 h. 1/2 matin. — 1. Maladies profondes de l'œil (maladies du cristallin, du corps vitré, de la rétine, du nerf optique) ; 2. Anomalies de la réfraction et de l'accommodation ; 3. Emploi des lunettes ; 4. Maladies des voies lacrymales.

Anatomie chirurgicale. M. MASSE, agrégé : Lundi, mercredi et vendredi, à 3 h. après-midi. — Anatomie des régions les plus importantes en chirurgie. Région parotidienne, sus et sous-hyoïdienne, creux de l'aisselle, canal inguinal, canal crural, périnée, etc.

Pathologie interne. — M. GRASSET, agrégé : Mardi, jeudi et samedi, à 1 h. après-midi. — Maladies du système nerveux (maladies des centres nerveux et de leurs enveloppes ; maladies des nerfs, névroses). — Séméiologie et physiologie pathologique de ces appareils. — Influence des maladies générales sur le développement des altérations de ces organes.

Enseignement clinique.

Clinique médicale. — MM. les professeurs DUPRÉ et COMBAL. Hôpital Saint-Eloi. Visite tous les matins. Leçons cliniques les lundi, mercredi et vendredi.

M. CARRIEU, chef de clinique : Contre-visite tous les jours à trois heures. Conférences les mardi, jeudi et samedi, sur les malades du service et spécialement sur les maladies du tube digestif et du foie, et les maladies du cœur.

Clinique chirurgicale. — MM. les professeurs COURTY et DUBRUEIL. Hôpital Saint-Eloi. Visite tous les matins. Leçons cliniques les mardi, jeudi et samedi.

M. ROUSTAN, chef de clinique : Courte visite tous les jours à 3 h. Conférences les lundi, mercredi et vendredi sur les cas intéressants du service.

Clinique d'accouchements. — M. le professeur DUMAS. Hôpital St-Eloi. Visite tous les matins. Leçons cliniques les mardi, jeudi et samedi.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. Hommes. — MM. les professeurs BENOIT et JAUMES, Hôpital St-Eloi. Visite tous les matins. Leçons cliniques les lundi, mercredi et vendredi.

Femmes. M. le professeur ESTOR. Hôpital général. Visite et leçon clinique les mardi, jeudi et samedi.

Clinique des maladies des vieillards et des enfants. — MM. les professeurs FONSSAGRIVES et ESTOR. Hôpital général. Visite tous les matins. Leçons cliniques les lundi, mercredi et vendredi.

Clinique des maladies mentales. — M. le professeur CAVALLIER. Asile public des aliénés. Visite et leçon clinique les lundi, mercredi et vendredi.

Cours du semestre d'été.

Cours d'accouchements. M. le professeur DUMAS.

Cours de botanique et d'histoire naturelle. — M. le professeur MARTINS.

Cours de thérapeutique et de matière médicale. — (Chaire vacante par la mort récente de M. le professeur FUSTER.)

Cours d'hygiène. — M. le professeur FONSSAGRIVES.

Cours de pathologie et de thérapeutique générales. — M. le professeur CAVALLIER.

Cours de physique médicale. — M. le professeur MOITESSIER.

Cours de médecine légale. — M. le professeur JAUMES.

Cours d'histoire de la médecine. — M. CASTAN, agrégé, chargé du cours.

Laboratoires et Exercices pratiques.

Laboratoire d'anatomie pathologique et d'histologie. — Directeur M. le professeur ESTOR ; — chef de laboratoire : M. BORDONE.

Laboratoire de Physiologie. — Directeur : M. le professeur ROUGET, Préparateur : M. FRANÇOIS.

Laboratoire de chimie. — Directeur : M. le professeur N. — chef de laboratoire : M. de GIRARD, agrégé, chef des travaux chimiques. — Préparateur : M. N.

Laboratoire de physique. — Directeur : M. le professeur MOITESSIER. — Préparateur : M. LAURET.

Laboratoire de médecine légale. — Directeur : M. le professeur JAUMES. — Préparateur : M. N.

Laboratoire des cliniques, à l'hôpital Saint-Eloi. — Chef de laboratoire N. (Aide de laboratoire :) N. (M. Waddington vient d'accorder la création de ces deux places, lors de son récent voyage à Montpellier).

Laboratoire des cliniques à l'hôpital général. — Chef de laboratoire ; M. VERDIER, interne.

Ces divers laboratoires ne sont pas publics : mais un certain nombre d'élèves sont admis, sur leur demande, à y travailler, sous la direction du chef de laboratoire.

Anatomie ; dissections. — Les vastes pavillons, récemment installés pour les dissections, sont ouverts aux élèves depuis le 15 octobre. — Des distributions y sont faites par M. le chef des travaux anatomiques, gratuitement aux élèves de l'Ecole pratique, moyennant rétribution aux autres élèves. — Les dissections sont dirigées par le chef des travaux, le prosecteur et les aides anatomistes.

Médecine opératoire. — M. le chef des travaux anatomiques fait, en été, un cours complémentaire de médecine opératoire, dans lequel il exerce les élèves à la pratique des opérations.

Chimie. — Tout l'été, les élèves de l'Ecole pratique travaillent gratuitement dans un laboratoire spécial, sous la direction du chef des travaux chimiques.

Diagnostic médical et chirurgical. — Les élèves sont spécialement exercés aux divers moyens d'exploration clinique par MM. les chefs de clinique, tous les jours à la contre-visite.

PRIX ET CONCOURS DE LA FACULTÉ.

Prix de fin d'année.

Prix Fontaine. — Un prix de 500 fr., dû à la libéralité de M. Fontaine, est accordé chaque année à l'auteur de la meilleure thèse.

Ecole pratique d'anatomie. — Un concours a lieu tous les ans, vers le mois de mai.

Ecole pratique de chimie. — Un concours a lieu tous les ans, vers la même époque.

Aide-anatomistes. — Un concours a lieu tous les ans pour une place.

Internat. — Un concours a lieu tous les ans au mois de mars.

Internat des aliénés. — Concours spécial.

Préparateur de chimie. — *Aide naturaliste.* — *Préparateur de Physique*, etc. à des dates irrégulières, suivant les vacances.

Concours pour les places de *prosecteur*, *chef des travaux chimiques* ou *anatomiques*, *chef de clinique*, etc. Comme dans les autres Facultés.

Sociétés savantes.

Académie des sciences et lettres de Montpellier, dont une section de médecine.

Société de médecine et de chirurgie pratiques. Président : M. MASSE, agrégé. Secrétaire général : M. HAMELIN, agrégé.

Sociétés d'agrégés et de professeurs, de médecins de la ville, d'internes, etc.

Société médicale d'émulation. Président : M. le professeur FONSSAGRIVES. Vice-présidents : MM. HAMELIN et GRASSET, agrégés.— Société d'élèves. Tous les élèves, ayant huit inscriptions, peuvent y être admis, sur leur demande. Chaque élève, à tour de rôle, lit un mémoire clinique avec des observations. Ce mémoire est l'objet d'une argumentation régulière par trois autres membres désignés et puis d'une discussiou générale. Les séauces sont publiques.

Bibliothèque et collections.

Bibliothèque. La hibliothèque est ouverte aux élèves tous les jours, sauf le mercredi, de midi à quatre heures, et tous les jours, pour les lectures du soir, de sept heures et demie à neuf heures et demie. On ne donne pour les lectures du soir, que les ouvrages contenus dans la première grande salle. On peut, dans la journée, faire chercher et faire mettre de côté pour le soir des ouvrages contenus dans les autres salles de la bibliothèque. — Le dernier numéro de tous les journaux reçus est sur la table, à la disposition de tout le monde. On peut demander les journaux de l'année non encore reliés.

Bibliothécaire : M. M. KÜHNHOLTZ-LORDAT. — Sous-hibliothécaire : M. GORDON.

Conservatoire : musée anatomique. Le Consr vatoire est ouvert tous les jours aux élèves de midi à quatre heures.

Conservateur : E. QUISSAC.

Jardin botanique. — Le jardin botanique et le Conservatoire hotanique sont ouverts aux élèves, tous les jours, de onze heures à quatre heures.

Directeur du Jardin des Plantes : M. le professeur MARTINS. Aide-botaniste : M. FAURE ; Conservateur : M. BARRANDON.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

Cliniques, cours et exercices pratiques.

1° *Cliniques :* Clinique obstétricale et gynécologique : M. Stoltz, *doyen*, professeur, à la maison de Secours, trois fois par semaine, à 8 heures du matin ; 3e et 4e années d'études. — Clinique médicale : M. Hirtz, professeur, suppléé par M. Bernheim, agrégé, à l'hôpital Saint-Charles, tous les jours à 8 heures du matin ; 2e, 3e et 4e années d'études. — Clinique médicale : M. Victor Parisot, professeur, à l'hôpital Saint-Charles, tous les jours à 8 heures du matin ; 2e, 3e et 4e années d'études. — Clinique chirurgicale : MM. Rigaud et Simonin, professeurs à l'hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Léon); 2e, 3e et 4e années d'études: MM. Rigaud et Simonin alternent par semestre vu que le petit nombre des lits à l'hôpital Saint-Léon *qui ne sont même pas occupés par des maladcs*, ne permetpas deux cliniques chirurgicales. M. Rigaud fera la clinique cet hiver. — Clinique ophthalmologique : M. Monoyer, agrégé, à l'hôpital Saint-Charles, trois fois par semaine, à 2 heures; 3e et 4e années d'études. — Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. Bechet, adjoint (*hiver*), à la Maison de Secours; 3e et 4e années d'études. — Clinique des maladies des vieillards : M. Demange, adjoint (*hiver*), à l'hôpital Saint-Julien, 3e et 4e années d'études.

N.-B. — Aux cliniques de médecine, de chirurgie et d'ophthalmologie sout adjointes des *consultations* gratuites très-régulièrement faites par les professeurs eux-mêmes, ou les chefs de cliniques.

Semestre d'hiver. — 1° *Cours:* Histoire naturelle médicale : M. Eugel, professeur, à l'amphithéâtre des cours ; 1re année d'étude. — Anatomie générale, descriptive et topographique : M. Morel, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 1re, 2e et 3e années d'études. — Chimie médicale et toxicologie : M. Blondlot, professeur, suppléé par M. Engel, agrégé (pour cause de maladie), à l'amphitbéâtre de chimie; 1re année.— Pathologie interne : M. Hecht, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 2e, 3e et 4e années d'études. — Pathologie externe : M. Bach, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie ; 2e, 3e et 4e années d'étndes. — Accouchements : M. Herrgott, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie ; 3e et 4e années d'études. — Maladies des femmes accouchées : M. Roussel, adjoint, à l'amphithéâtre d'anatomie; 3e et 4e années d'études. — Chimie analytique : M. Ritter, adjoint, à l'amphithéâtre de chimie ; 1re et 4e années d'études. — Physique médicale : M. Rameaux, professeur, à l'amphithéâtre de physique ; 1re année d'étude. — Médecine légale : M. Tourdes, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie ; 3e et 4e années d'études. — Auatomie et physiologie pathologiques : M. Feltz, professeur, à l'amphithéâtre des cours ; 3e et 4e années d'études. — Ostéologie, syndesmologie, myologie : M. Lallement, adjoint, à l'amphithéâtre d'anatomie ; 1re année d'étude. — Préliminaires de la thérapeutique : M. Grandjean, adjoint, à l'amphithéâtre des cours ; 3e et 4e années d'études.

Exercices pratiques. — Chimie physiologique et pathologique : M. Ritter, adjoint, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique ; 1re année.— Dissections: M. Chrétien, agrégé, chargé des travaux d'anatomiques, à la salle de dissection ; 2e et 3e années d'études. — Histologie : M. Chrétien, agrégé, chargé du cours d'histologie, au laboratoire d'histologie normale ; 3e et 4e années d'études. — Exercices pharmacologiques : M. Engel, professeur, à l'amphithéâtre des cours ; 1re année d'étude. — Anatomie et histologie pathologiques : M. Feltz, professeur, au laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologiques ; 3e et 4e années. — Bandages et appareils : M. Gross, agrégé, chef de clinique, à l'hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Léon); 2e et 3e années. — Diagnostic médical : M. Bernheim, agrégé, chef de clinique, à l'hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Charles ; 2e et 3e années d'études. — Diagnostic obstétrical : M. Marchal, chef de clinique, à la Maison de Secours ; 3e et 4e aunées d'études.

Semestre d'été. — 1° *Cours* : Botanique : M. Engel, professeur, au jardin botanique ; 1re année d'études. — Médecine opératoire : M. Michel, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie ; 3e et 4e années d'études. — Chimie médicale et toxicologie : M. Blondlot, professeur, à l'amphithéâtre de chimie ; 1re année d'étude.— Maladies des enfants : M. Emile Parisot, adjoint, à l'amphithéâtre des cours ; 3e et 4e années d'études. — Maladies des yeux : M. Monoyer, agrégé, à l'hôpital Saint-Charles ; 3e et 4e années d'études. — Pathologie générale : M. Demange, adjoint, à l'amphithéâtre des cours ; 3e et 4e années d'études. — Pathologie externe : M. Béchet, adjoint, à l'amphithéâtre d'anatomie ; 2e, 3e et 4e années d'études. — Thérapeutique et matière médicale : M. Coze, professeur, à l'amphithéâtre des cours ; 3e et 4e années d'études. — Hygiène : M. Poincaré, adjoint, à l'amphithéâtre de physique ; 3e et 4e années d études. — Chimie physiologique et pathologique : M. Ritter, adjoint, à l'amphithéâtre de chimie ; 1re et 4e années d'études. — Physiologie : Beaunis, professeur, à l'amphithéâtre des cours ; 1re et 2e années d'études. — Histologie : M. Chrétien, agrégé, chargé du cours, à l'amphithéâtre d'anatomie ; 2e et 3e années d'études.

2° *Exercices pratiques.* — Exercices de physique expérimentale : M. Rmeaux, professeur, à l'amphithéâtre de physique; 1re année d'études. — Médecine légale : M. Tourdes, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie ; 3e et 4e années d'études. — Herborisations : M. Engel, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie ; 1re année d'études. — Physiologie expérimentale : M. Beaunis, professeur, au laboratoire de physiologie expérimentale ; 1re et 2e années d'études. — Chimie physiologique et pathologique : M Ritter, adjoint, au lahoratoire de chimie physiologique et pathologique ; 1re année d'étude. — Histologie normale : M. Chrétien, agrégé, chargé du cours d'histologie, au laboratoire d'histologie normale ; 2e et 3e années d'études.— Histologie pathologique ; M. Feltz, professeur, au laboratoire d'anatomie et d'histotogie pathologiques ; 3e et 4e années d'études. — Médecine operatoire : M. Chrétien, directeur des travaux anatomiques, à l'amphithéâtre de dissection ; 3e et 4e années d'études. — Bandages et appareils : M. Gross, agrégé, chef de clinique, à l'hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Léon) ; 2e et 3e années d'études. — Diagnostic médical : M Bernheim, agrégé, chef de clinique, à l'hôpital des cliniques (Saint-Charles), 2e et 3e auuées d'études. — Diagnostic obstétrical : M. Marchal, chef de clinique, à la Maison de Secours, 3e et 4e années d'études.

Dispositions réglementaires.

Aspirants au doctorat. — Les étudiants qui désirent suivre les cours pour parvenir au grade de docteur en médecine ou en chirurgie devrout se faire inscrire au secrétariat de la Faculté du 20 octobre au 16 novembre. Ils sont tenus de produire : 1° leur acte de uaissance ; 2° un certificat de bonnes vie et mœurs ; 3° le consentement de leurs parents ou tuteurs, s'ils sont mineurs : 4° le diplôme de bachelier ès-lettres avant de prendre la première inscription, et celui de bachelier ès-sciences restreint avant de prendre la troisième. Ceux dont les parents ou tuteurs ne résident pas à Naucy doivent y avoir un correspondant, auquel seront adressés tous les avis avec les notifications qui les concerneront. Les aspirants au doctorat doiveut faire quatre années d'études, prendre 16 inscriptions et suivre à partir de la 9e, le service de l'hôpital comme stagiaires. Ils ont à subir *trois examens de fin d'année*, le premier après la quatrième inscription, le deuxième après la huitième, le troisième après la douzième et *cinq examens de fin d'étude*, à soutenir une *thèse*. Les frais d'études ou d'iuscriptions, d'examen et de thèse pour le diplôme de docteur, s'élèvent à 1,260 francs.

Aspirants au titre d'officier de santé. — Les étudiants qui n'aspirent qu'au titre d'o ficier de santé doivent produire, en se faisant inscrire · 1° un acte de naissance prouvaut qu'ils ont 17 ans accomplis ; 2° un certificat de honnes vie et mœurs ; 3° uue autorisation de leurs parents ou tuteurs de suivre leurs études médicales près la Faculté ; 4° un certificat d'examen de grammaire ou un certificat délivré par un proviseur de lycée, attestant qu'ils ont fait leur quatrième. Pour obtenir le diplôme d'officier de santé, ils doivent faire trois années d'études, prendre 12 inscriptions, faire un stage de deux années près d'un hôpital, et subir deux examens de fin d'année et trois examens de fin d'études, dont le dernier ne peut être subi qu'à 21 ans révolus. Les frais d'études ou d'inscriptions et d'examens pour le diplôme d'officier de santé, sont de 840 francs. Les cours de la Faculté sont obligatoires pour les étudiants ; ils peuvent être suivis par des auditeurs henevoles, qui sont tenus, en prenant leurs inscriptions sur un registre ouvert à cet effet, de produire un certificat de honnes vie et mœurs.

Des prix afférents à chacune des quatre années d'étude et proclamés à la séance solennelle de rentrée des Facultés, sont décernés à la suite de concours spéciaux ouverts à la fin de l'année scolaire. Un prix et des mentions sont également accordés aux auteurs des meilleurs thèses. Un prix, dit prix d'internat, fondé par le dr Bénit, est donné par concours aux élèves aides de cliniques et internes. Les parents ou tuteurs recevront un hulletin annuel faisant connaître la situation scolaire de leurs fils ou pupilles. Les cours, cliniques et exercices, commenceront le 16 novembre 1876.

Le Doyen de la Faculté de Médecine, A. STOLTZ.

Les *hôpitaux* où la Faculté possède des cliniques sont au nombre de 4: 1° La *Maison de secours*, hospice départemental, renferme la *clinique d'accouchements* de M. Stotz; la *clinique des maladies syphilitiques et cutanées* faite par M. Béchet, professeur-adjoint. — La clinique d'accouchements se trouve dans un nouveau pavillon construit il y a deux ans. — La clinique syphilitique, dans l'ancien bâtiment où d'autres services hospitaliers sont encore compris, tous très à l'étroit.

2° L'*hôpital St-Charles* renferme: les *deux cliniques médicales* de M. Victor Parisot, professeur et de M. Hirtz, suppléé par M. Bernheim. — La *clinique ophthalmologique* dont M. Monoyer, agrégé est chargé. — Ce dernier service est encore très-exigu; mais possède un service de consultation très-important.

Un projet d'amélioration et de reconstruction de cet hôpital a été présenté cette année-ci à la Faculté. Une commission nommée par M. le Doyen et composée de MM. Rameaux, professeur de physique et d'hygiène, assesseur; V. Parisot, professeur de clinique médicale, Bernhein, agrégé, Monoyer, agrégé, a étudié le projet, et présenté un rapport à la Faculté. Ce rapport, approuvé par la Faculté va être prochainement soumis au Conseil municipal.

3° L'*hôpital St-Léon* comprend les deux services de cliniques chirurgicales, actuellement et provisoirement réunis en un seul, vu que le nombre des lits qui s'y trouvent est trop limité pour permettre deux cliniques simultanées. Même observation que pour l'hôpital St-Charles.

Projet d'agrandissement et de reconstruction. La commission qui a étudié le projet était composée de M. Rameaux, assesseur du doyen; MM. Rigaud et Simonin, professeurs, Gross agrégé.

4° *Hôpital St-Julien.* — Cet HOSPICE *municipal* comprend une clinique de maladies des vieillards, faite par M. Demange, adjoint.

La question des hôpitaux occupe très-sérieusement la Faculté de médecine de Nancy Les malades existent à Nancy, comme partout ailleurs. Leur nombre augmente avec celui de la population. Mais d'une part la place manque pour les recevoir, d'autre part les conditions d'admission faites par la commission des hospices sont trop difficiles pour les malades non résidants. Aussi, sur les instances de M le Doyen et de M. le Recteur, le Conseil général de Meurthe-et-Moselle, a voté récemment un crédit de 5.000 francs, à titre de subvention annuelle pour permettre de recevoir *gratis* des malades intéressants *non domiciliés* à Nancy. On espère obtenir un crédit des départements des Vosges et de la Meuse. Les Ardennes ont refusé.

Les *consultations gratuites* données dans les différents hôpitaux, surtout St-Léon et St-Charles sont très-importantes et très-suivies.

Les *cours* ont lieu à la Faculté, bâtiment tout récent, achevé l'année dernière et très-vaste.

Les *laboratoires* de chimie médicale, de chimie physiologique et pathologique; de physiologie, d'anatomie et de physiologie pathologique y sont richement installés; le laboratoire d'histologie sera ouvert à la rentrée prochaine.

La *salle de dissection* est belle et spacieuse; y sont adjoints des cabinets d'autopsie, d'inspection de cadavre, etc. — Une glacière pour conserver les cadavres. — Grâce à des mesures énergiquement prises, les ressources en cadavres ont été assez notablement augmentées pendant le semestre dernier.

Les *collections* sont encore en souffrance, les locaux pour les recevoir ne sont pas encore entièrement terminés.

La *bibliothèque* est en train d'être installée dans son nouveau local.

Ecole de médecine et de pharmacie de Bordeaux. (Plein exercice).

ANNÉE SCOLAIRE 1876-1877.

Semestre d'hiver.

Anatomie. M. Bitot, professeur, lundi, mardi, vendredi, samedi, à midi et demi.

Chimie et toxicologie. M. Micé, professeur, mardi, jeudi, samedi, à dix heures.

Pharmacie et matière médicale. M. Métadier, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à dix heures.

Thérapeutique. M. de Fleury, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à une heure trois quarts.

Pathologie interne. M. Paul Dupuy, professeur, mardi, jeudi, samedi, à deux heures.

Clinique interne. M. Mabit, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures et demie.

Clinique externe. M. Azam, professeur, mardi, jeudi, samedi, à neuf heures et demie.

Semestre d'été.

Pathologie externe et médecine opératoire. M. Lanelongue, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à midi et demi.

Physiologie. M. Oré, professeur, mardi, jeudi, samedi, à quatre heures.

Histoire naturelle médicale. M. Perrens, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures.

Clinique interne. M. Henri Gintrac, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures et demie.

Clinique externe. M. Denucé, professeur, mardi, jeudi, samedi, à neuf heures et demie.

Accouchements et clinique obstétricale. M. Labat, professeur, mardi, jeudi, samedi, à sept heures du matin.

M. E. Gintrac, directeur honoraire. — M. Jeannel, professeur honoraire.

Semestre d'hiver. — COURS COMPLÉMENTAIRES.

Hygiène et médecine légale. M. Lande, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à cinq heures.

Chirurgie. M. Demons, professeur, mardi, jeudi, samedi, à cinq heures.

Semestre d'été.

Histologie et anatomie pathologique. M. Vergely, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à trois heures et demie.

Chirurgie. M. Dudon, professeur, mardi, jeudi, samedi, à cinq heures.

Chef des travaux anatomiques: M. Dudon. Il fera des leçons sur l'ostéologie et la syndesmologie, tous les jours à huit heures du matin, pendant les mois de novembre et décembre, et sur la myologie le mercredi et le jeudi, à midi et demi, pendant les mois de janvier, février et mars.

Chef des travaux chimiques et pharmaceutiques: M. Carles. Il dirige les manipulations chimiques et pharmaceutiques et fait des conférences sur les éléments de la pharmacie. Les dissections sont gratuites et obligatoires; elles sont dirigées par le chef des travaux anatomiques.

Les manipulations chimiques sont obligatoires pour les élèves en pharmacie, facultatives pour les élèves en médecine. Des herborisations ont lieu pendant l'été sous la direction du professeur d'histoire naturelle médicale.

CORRESPONDANCE

Les nouvelles Facultés et les Ecoles de plein exercice de l'Etat.

Depuis l'année dernière, nos Facultés de province ont vu certaines modifications s'introduire dans leur organisation; d'autres changements se préparent ou sont en voie d'exécution; personnel et matériel se sont renouvelés ou accrus. Le *Progrès médical* mentirait à son titre, s'il ne tenait ses lecteurs au courant des améliorations réalisées ou projetées. Le concours de ses correspondants ne lui a pas fait défaut, et nous croyons qu'on lira avec intérêt les renseignements qu'ils nous font parvenir.

Les deux Facultés de Médecine de Lille.

Lille, le 30 octobre.

Mon cher ami,

Ce fait unique dans les annales universitaires ne tardera pas à s'accomplir, ainsi que le savent nos lecteurs : la ville de Lille comptera dans un temps rapproché, deux Facultés de médecine; l'une, la Faculté de l'Etat, est créée, organisée et ouvrira dans quelques jours ses cours et ses laboratoires; l'autre, Faculté catholique, est en préparation et fonctionnera partiellement dans quelque temps. Et cela dans une ville de 160.000 âmes, mais dans une ville où une immense majorité libérale, représentée par un conseil municipal unanimement attaché aux idées de progrès, sait s'imposer les sacrifices nécessaires, où en même temps un parti clérical puissant par la richesse, sinon par le nombre, est animé d'une sainte ardeur de propagande et entraîne les millions à la croisade nouvelle.

Nos lecteurs connaissent l'historique de la création de la Faculté de médecine de l'Etat à Lille. Depuis dix ans la ville et le département réclamaient cette création, offrant de supporter tous les frais qu'entraîne un semblable établissement d'enseignement médical. Il y avait, en effet, bien des raisons qui légitimaient cette demande : infériorité numérique des médecins pratiquant dans la région comparée à la moyenne pour la France; supériorité du nombre des officiers de santé sur celui des docteurs; fonctionnement depuis 1852 d'une école préparatoire à Lille susceptible de former le noyau de la nouvelle faculté; richesse de la ville en ressources de toute sorte, hôpitaux, bibliothèques, faculté des sciences etc; enfin le grand nombre des malades pauvres soignés dans les hôpitaux, condition indispensable à la vie d'une faculté, condition que seuls peuvent offrir les grands centres industriels.

Le terrain était donc bien préparé. A un autre point de vue, point de vue plus élevé encore, la création de nouvelles Facultés de médecine s'imposait : Paris a trop d'étudiants, le *Progrès médical* signalait il y a quelques jours l'insuffisance de l'enseignement de l'obstétrique dans la Faculté de Paris, l'encombrement des services spéciaux entraînant l'impossibilité d'un fonctionnement répondant aux besoins des élèves. On en pourrait dire autant de tout l'enseignement pratique. Où est, en effet, si nous exceptons l'interne et l'externe, la participation de l'élève *au maniement du malade*? Perdu dans la foule, l'élève recueille par ci par là un peu d'auscultation, une observation tronquée, une sentence du maître. Cela suffit-il? Et le lendemain du diplôme ne sera-t-il pas pour le jeune praticien, préparé de cette manière, un bien terrible jour?

Multiplier les Facultés, dans de sages limites, bien entendu, est le seul remède; morceler un peu cette masse compacte des 5,000 étudiants parisiens est le vrai moyen d'élever le niveau de la pratique médicale en France. Paris n'y perdra rien; Paris restera toujours le foyer unique où viendront s'éclairer ceux qui veulent aller au-delà de la science suffisante; Paris formera les maîtres; laissons participer la province à la culture des élèves, et soyons assurés que de cette participation sortira une phalange médicale mieux préparée au but pratique de la médecine : être utile.

Sans doute, nous aurons à traverser une période de transition; sans doute le personnel enseignant ne sera pas toujours prêt et le recrutement en sera parfois difficile. Mais la faute en est précisément à l'organisation ancienne. Alors que nous comptions trois Facultés seulement, bien peu se sentaient la force nécessaire pour se préparer à cette carrière de professeur offrant si peu de chances d'arriver, vu le grand nombre des candidats et le petit nombre des chaires; élargissez l'arène et les concurrents s'y précipiteront plus ardents et plus nombreux. Ce ne sera pas là un des moindres résultats, avant peu d'années, de la création des Facultés de médecine de Lille, Lyon et Bordeaux.

Ainsi tous gagneront à ce nouvel état de choses : la masse des médecins, un enseignement plus pratique et plus direct; ceux qui veulent aller au-delà des connaissances nécessaires, un encouragement et un but. Ceci dit, revenons à la Faculté de Lille :

Après avoir passé par des phases diverses, après avoir subi un échec parlementaire par le fait d'une majorité de deux voix, résultat dû à l'abstention des députés cléricaux du Nord qui voyaient de loin le fonctionnement futur d'une Faculté à leur dévotion, cette Faculté naquit de la liberté de l'enseignement supérieur. Un décret l'institua sous le ministère de M. Wallon; un autre décret établit que le nombre des chaires serait fixé à vingt, que dix de ces chaires seraient, lors de la création, attribués à des professeurs titulaires, deux à des chargés de cours nommés titulaires de trois ans en trois ans, par groupes de trois, sur la présentation des titulaires et du Conseil académique.

La ville répondit à ces décrets par le vote des allocations nécessaires : elle inscrivit à son budget annuel une somme de 230,000 fr. pour l'entretien de la Faculté et le traitement des professeurs, fit l'abandon d'un immense terrain lui appartenant dans un quartier central, et décida la construction d'un édifice spécial évalué à 1,800,000 fr.

C'est alors que l'Etat, placé vis-à-vis d'une Faculté libre en voie de préparation rapide, crut de son devoir de hâter la mise en œuvre de sa nouvelle Faculté, et voulant se mettre dans les conditions les meilleures pour assurer le succès de la création nouvelle, institua les chaires et nomma les professeurs.

C'est ainsi que la Faculté de médecine de Lille se prépare à ouvrir ses cours le 6 novembre courant.

Le fonctionnement se fera provisoirement, en attendant la construction du bâtiment définitif qui sera achevé dans deux ans, dans les locaux de l'ancienne école de médecine, très-suffisante et du reste agrandie. L'installation y est très-convenable et a été jugée telle par M. Waddington lors d'une visite récente; cette installation y sera infiniment supérieure, toute proportion gardée, à celle dont se contente encore la Faculté de Paris; les travaux pratiques d'anatomie, de physiologie et de chimie, auxquels on se propose de donner tout le développement possible, pourront y être exécutés sans se gêner réciproquement. Le tableau des cours et le programme de l'enseignement que nous joignons à cette lettre, montrent que cet enseignement est complet et que le temps des élèves sera très-soigneusement partagé et totalement pris.

Reste la question des cliniques. Cette question est grosse de complications, car l'administration des hospices de Lille, cléricale à la presque unanimité, s'est liée par un contrat avec la future Faculté catholique, de façon à entraver l'action de la Faculté de l'Etat. Si le lecteur le veut bien, nous remettrons à un prochain article, l'exposé de l'affaire, exposé qui comporte des développements indispensables. Ce que nous pouvons dire dès aujourd'hui, c'est que les ressources cliniques ne manqueront pas à la nouvelle Faculté, infiniment mieux partagée à cet égard que Nancy et Montpellier, car l'Etat ne saurait tolérer que des agissements administratifs viennent enrayer l'action et le développement d'une création qui est sienne et dans laquelle est désormais engagée la considération qui s'attache à l'Université de France.

Voici le programme des cours de la Faculté nouvelle.

Programme des Cours. — Ouverture le 6 novembre 1876.

Semestre d'hiver.

Anatomie. M. Follet, professeur, lundi, mercredi, vendredi à quatre heures.

Pathologie médicale. M. Hallez, professeur, mardi, jeudi, samedi à midi.

Histologie et anatomie pathologique. M. Coyne, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à midi.

Clinique médicale. MM. Cazeneuve et Wannebroucq, professeurs, mardi, jeudi, samedi, à huit heures à l'Hôtel-Dieu.

Clinique chirurgicale. MM. Parise et Houzé de l'Aulnoit, professeurs, lundi, mercredi, vendredi à huit heures à l'Hôtel-Dieu.

Clinique obstétricale. M. Pilat, professeur, mardi, samedi à neuf heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

Médecine légale. M. Baggio, professeur, mardi, jeudi, samedi, à onze heures.

Histoire naturelle médicale. M. Giard, professeur, mardi, vendredi, à midi.

Chimie minérale et toxicologie. M. Garreau, professeur, lundi, mercredi, samedi, à onze heures.

Physique médicale. M. Terquem, professeur, jeudi, samedi, à midi.

Pharmacie et pharmacologie. M. Lotar, professeur, mardi, vendredi, à onze heures.

COURS COMPLÉMENTAIRES.

M. Bouteille. — *Maladies nerveuses et mentales*, le jeudi, à cinq heures.

M. Hudiez. — *Ophthalmologie*, lundi et vendredi, à dix heures, au dispensaire ophthalmologique.

M. Castelain. — *Maladies cutanées et vénériennes*, le mercredi, à dix heures.

M. Castiaux. — *Maladies des enfants*, le jeudi, à neuf heures et demie.

M. Demon, chef des travaux anatomiques; *Conférences d'anatomie*, mardi, jeudi et samedi, à quatre heures.

M. Looten, chef de clinique médicale. — MM. Gobez et Patoir, chefs de clinique chirurgicale.

M. Demon, chef des travaux anatomiques : *Dissections*, de une à quatre heures.

M. Thibaut, chef des travaux chimiques : *Conférences et manipulations chimiques*, lundi, mercredi, jeudi, vendredi, de une heure à quatre heures.

Semestre d'été.

Physiologie. M. Morat, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures.

Pathologie chirurgicale. M. Morisson, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à midi.

Pathologie et Thérapeutique générales. M. N..., professeur, mardi, jeudi, samedi, à midi.

Thérapeutique et Matière médicale. M. Joire, professeur, mardi, jeudi, samedi, à trois heures.

Médecine opératoire et appareils. M. Paquet, professeur, lundi, mercredi, vendredi, cinq heures et demie.

Accouchements — Maladies des femmes. M. Pilat, professeur titulaire, mardi, samedi, à quatre heures.

Clinique médicale. M. Cazeneuve, professeur, mardi, jeudi, samedi; M. Wannebroucq, professeur, mardi, jeudi, samedi à huit heures à l'Hôtel-Dieu.

Clinique chirurgicale. M. Parise, professeur, lundi, mercredi, vendredi;

M. Houzé de l'Aulnoit, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à huit heures, à l'Hôtel-Dieu.

Clinique obstétricale. M. Pilat, professeur, mardi, samedi, à neuf heures et demie à l'Hôtel-Dieu.

Hygiène. M. N...., professeur, lundi, mercredi, vendredi, à trois heures.

Histoire naturelle médicale. M. Giard, professeur, mardi, samedi, à quatre heures.

Physique médicale. M. Terquem, professeur, jeudi, samedi, à midi.

Chimie médicale organique. M. Lescoeur, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à onze heures.

Pharmacie et Pharmacologie. M. Lotar, professeur, mardi, jeudi, onze heures.

COURS COMPLÉMENTAIRES.

M. Bouteille. — *Maladies nerveuses et mentales,* mardi et jeudi, à cinq heures.

M. Huidiez. — *Ophthalmologie,* lundi et vendredi, à dix heures, au dispensaire ophthalmologique.

M. Castelain. — *Maladies cutanées et vénériennes,* le mercredi, à dix heures.

M. Castiaux. — *Maladies des enfants,* le jeudi, à neuf heures et demie.

M. Thibaut, chef des travaux chimiques. — *Manipulations chimiques et pharmaceutiques,* lundi, mercredi, jeudi, vendredi, de une heure à quatre heures.

M. Looten, Chef de clinique médicale. — MM. Gorez et Patoir, chefs de clinique chirurgicale.

On voit que deux chaires restent vacantes, la chaire de pathologie générale et la chaire d'hygiène. Nous ne doutons pas qu'elles ne trouvent bientôt des titulaires.

Enfin, il y a tout lieu d'espérer que le recrutement des élèves sera suffisant, même dès le début. Outre les jeunes gens du département du Nord, la jeune Faculté compte sur une partie des élèves de la Somme, du Pas-de-Calais et des Ardennes; bien que le registre d'inscription ne soit pas ouvert, de nombreuses arrivées sont annoncées. Ajoutons que l'hôpital militaire de Lille, désigné comme hôpital d'instruction, fournira aux cours de la Faculté un large contingent d'élèves et de volontaires.

Quelques mots maintenant sur la Faculté catholique.

Bien avant l'adoption de la loi sur l'enseignement supérieur, le parti clérical, dans le nord, s'était mis en quête de ressources financières en vue de l'établissement d'une université à Lille. Et ces ressources ne manquèrent pas. Les grandes fortunes donnèrent l'élan, élan suivi par d'autres plus modestes; le clergé apporta sa participation; les plus pauvres desservants abandonnèrent *volontairement, à la suile d'une circulaire épiscopale*, une partie de leurs appointements. Bref 4 millions environ constituent actuellement la masse budgétaire de l'institution.

Une faculté de droit fut d'abord créée, elle fonctionne depuis un an; enfin *l'inslilut calholique* se prépare à passer *université* par l'adjonction d'une Faculté des lettres, d'une Faculté des sciences et d'une Faculté de médecine. Cette dernière seule nous intéresse.

Si l'on en croit les journaux religieux de Lille, la *Semaine religieuse*, la *Vraie France* et le *Propagaleur*, la Faculté de médecine ouvrira en novembre les cours des deux premières années. Ceci est annoncé avec un luxe de réclame qui n'a d'égal que les dénigrements dont on accable la Faculté de l'Etat et ses professeurs; les auteurs de ces articles oublient aujourd'hui qu'un bon nombre des anciens professeurs de l'Ecole de médecine de Lille, aujourd'hui professeurs à divers degrés dans la Faculté de l'Etat, ont été sollicités par la commission organisatrice de la Faculté catholique, et que tous ont refusé, malgré les avantages matériels qu'on leur offrait et qui étaient bien supérieurs à ceux que donne l'Etat. Ce qui était désirable alors, est aujourd'hui bon à jeter aux paniers.

Par contre sont encensés les médecins-professeurs qui ont apporté leur collaboration à l'œuvre nouvelle. Il parait qu'on ne veut pas trop se hâter de donner la liste, car on ne connait encore que quatre des élus. Ce sont : M. Béchamp, ancien professeur de chimie à la faculté de Montpellier, doyen de la nouvelle faculté; son fils, dont la notoriété scientifique n'est pas venue jusqu'a nous (emploi inconnu); M. Eustache, ancien agrégé de Montpellier, nommé professeur d'anatomie; et enfin M. Desplats, ancien interne des hôpitaux de Paris, désigné pour l'enseignement de la clinique médicale. Voilà toute la liste connue, et il est probable que c'est à peu près tout, car les organes de la Faculté future ne manquent pas d'enregistrer bruyamment chaque nouvelle conquête. Ce personnel se complètera sans aucun doute, mais il est fort probable que nous y trouverons une nouvelle démonstration de ce que nous disions plus haut : multipliez les Facultés si vous voulez vous assurer pour l'avenir un recrutement de professeurs dignes de leur mission et capables d'élever encore la réputation scientifique de la France.

Quant aux locaux, voici ce qui transpire.

L'enseignement pratique sera donné dans les bâtiments de l'ancien couvent Saint-Maur, rue de la Barre; les dissections auront lieu à 3 kilomètres de là, hors des portes, sur le territoire de la commune de Saint-André, dans un amphithéâtre en voie de construction; l'enseignement théorique dans les bâtiments de l'Institut, rue Royale; les cliniques.... là est le point en litige, nous y reviendrons dans un prochaine lettre.

Faculté de médecine de Lyon.

Lyon, 27 octobre.

Monsieur le rédacteur,

Je vous transmets les quelques renseignements que j'ai pu rassembler sur la situation actuelle de la Faculté de médecine de Lyon... Le voyage du ministre parait devoir faire faire un pas définitif à l'organisation de la Faculté. Actuellement on peut présumer que la Faculté lyonnaise différera peu dans son plan général de celle de Paris. L'utilisation et la spécialisation plus grande des agrégés sont les seules concessions qu'ait faites le ministre aux demandes locales beaucoup plus radicales, qui réclamaient entre autres choses l'inscription de l'élève aux cours et non à l'enseignement et l'institution de *privat-docenten* pouvant disputer les inscriptions aux professeurs ou aux chargés de cours.

Le Conseil municipal a approuvé les plans de l'architecte et voté une somme de *quatre millions* pour les réaliser. La ville donne en outre pour la Faculté 26,000 mètres de terrain. Ce terrain est situé sur la rive gauche du Rhône en aval de la ville. Il a la forme d'un trapèze presque rectangle de 126 mètres de façade sur une profondeur moyenne de 91 mètres. 12,000 mètres seront occupés par les constructions, le reste par des cours et un jardin botanique... Les constructions consistent en quatre instituts carrés, avec cour centrale dans chacun d'eux, réunis à leurs angles qui se rapprochent par un bâtiment central où se trouvera le grand amphithéâtre. Les instituts de chimie, de physique, d'histoire naturelle, et les collections ou musées occuperont les bâtiments en façade sur le quai.

L'anatomie normale aura un des bâtiments du fond, l'anatomie pathologique, la physiologie et l'histologie se partageront l'autre. Les frais d'aménagement et de mobilier dépasseront quinze cent mille francs.

Actuellement il n'y a de construit que les fondations de l'institut chimique, et la moitié de celles de l'institut anatomique. Il y aura peut-être un local prêt pour commencer les dissections en novembre 1877.

Le Conseil municipal doit s'engager, en approuvant prochainement un plan de budget et d'organisation pour la Faculté future, à combler pendant dix ans au moins le déficit de ce budget. Quant à l'organisation du personnel rien n'est encore connu......

La Faculté de médecine de Bordeaux.

Bordeaux, le 28 octobre.

Mon cher rédacteur,

L'Ecole de médecine et de pharmacie de Bordeaux fonctionnait comme Ecole secondaire même après l'adoption du projet de Faculté par la Chambre. Au mois d'avril dernier, M. H. Gintrac, directeur de l'Ecole, obtint qu'elle ait les mêmes privilèges qu'une école de plein exercice, jusqu'au moment où la Faculté serait installée. Cette position nouvelle ainsi faite, besoin était d'augmenter le nombre des professeurs. Les concours devenaient nécessaires; mais en vue de la Faculté aucun ne fut affiché.

On se contenta de créer des cours complémentaires faits par les professeurs suppléants : *Hygiène* et *Médecine légale.* M. Lande; — *Chirurgie de l'armée.* (M. Demons); *Histologie el anatomie pathologique* M. Vergely; — *Manœuvres obstétricales.* (M. Dudon); — *Ophlhalmologie.* (M. Sacy. *Cours libre.*

De grands perfectionnements ont été apportés surtout dans les *laboratoires*. Une somme de 1,500 fr. a été allouée au laboratoire de chimie; une somme égale à celui de physiologie. Des instruments de physique nombreux ont nécessité un nouveau local. Un droguier, peut-être exceptionnel en France, a été complétement installé. En outre, une somme de 3,000 fr. par an a été votée pour les besoins de la bibliothèque.

Le *musée d'anatomie* assez vaste renferme une grande quan-

tité de pièces anatomiques et pathologiques. Il existe enfin de nombreuses collections d'histoire naturelle, géologie, etc. —Pour ce qui est des dissections, l'administration a pris de telles mesures, qu'aujourd'hui les cadavres ne font jamais défaut aux élèves.

Dans la séance du Conseil municipal du 17 octobre 1876, l'administration municipale, proposa de contracter un emprunt de 7.500.000 francs. — 2.500.000 francs devaient servir à l'installation d'une *Faculté mixte* de médecine et de pharmacie. Le conseil les a votés pour achat de terrains et constructions. Le terrain occupé par l'hospice des incurables, la Maternité, l'Ecole d'accouchements forme un trapèze compris entre la place Saint-Julien, la rue des Incurables, la rue Bigot et la rue Heyture. Il a une contenance de 9400 mètres. Le jardin botanique aura de 1500 à 2000 mètres. Les sommes sont ainsi réparties :

Achat de terrains	496,000 fr.
Constructions	1,500,000
Aménagements	200,000
	2,196,000
Différence destinée à l'imprévu, savoir. .	304,000
	2,500,000 fr.

Les plans de la Faculté ont été mis au concours ; ils se jugeront à Paris en novembre. La commission de Bordeaux les a déjà examinés. Ils sont au nombre de 52.

35 viennent de Paris.
13 — de Bordeaux.
2 — de Lyon.
2 — Inconnus.

Exposés depuis environ 8 jours dans les salles de la Société des Amis-des-Arts, ils ont pu être étudiés par le public d'une façon assez complète. Il semble que celui de tous qui réunit les conditions d'un bon aménagement est celui qui porte l'épigraphe: *Artibus et Scientiæ* et exposé sous le n° 39. Cela bien entendu *sous toutes réserves.* On attend la décision de la commission de Paris ; les travaux commenceront aussitôt après, suivant toute probabilité.

Quant aux *Hôpitaux de Bordeaux*, on peut les ranger en trois groupes : 1° *Hôpitaux appartenant à l'administration des hospices* ; ce sont de beaucoup les plus importants. Ils comprennent : A. *Hôpital Saint-André*, lequel se compose de 21 salles :

11 salles de clinique.
4 clinique interne. (Salles, 6, 7, 15, 16).
4 clinique externe. Salles, 2, 3, 11, 18).
2 clinique d'accouchements (Salle 9 *bis* et salle C. A).

Les autres sont ainsi disposées :

Salle 1, service médico-chirurgical, enfants du sexe masculin.
Salle 5, service médico-chirurgical, enfants du sexe féminin.
Salles 8, 9, services médicaux. (Femmes).
Salles 13, 14, services médicaux. (Hommes).
Salles 10, 17, chirurgie. (Hommes).
Salles 19, 20, 21, épidémies, maladies infectieuses.

Chaque salle contient en moyenne 34 lits. Il y a dans l'hôpital trois amphithéâtres de clinique et une salle d'autopsie. On ne peut mieux se faire une idée de l'hôpital Saint-André qu'en le comparant en petit à l'hôpital Lariboisière.

B. *Incurables.* 2 services, l'un médical, l'autre chirurgical. C. *Vieillards.* 2 services, l'un médical, l'autre chirurgical. D. *Enfants trouvés.* 2 services, l'un médical, l'autre chirurgical. E. *Maternité et École d'accouchements.*

Il y a quelques années, l'administration des hospices conçut le projet de réunir tous les hospices dans un même endroit. Le lieu choisi fut le domaine de Pélegrin et celui de Canolle, situés immédiatement en dehors du boulevard de Ceinture. Ils sont demeurés inachevés par suite des événements de 1870 et surtout du manque d'argent. Aujourd'hui la question de la Faculté étant sur le tapis, les Incurables, la Maternité et l'Ecole d'accouchements ayant été achetés par la Ville pour y élever la Faculté nouvelle, force est de reprendre les travaux à Pélegrin. C'est ce que l'on va faire. Les Incurables, la Maternité et l'Ecole d'accouchements seront donc transportés hors ville. Il est plus que probable qu'on terminera les bâtiments destinés aux enfants trouvés et aux vieillards et qu'ainsi le projet sera réalisé.

2° *Hospices appartenant à la Ville.* L'*Hospice Saint-Jean*, destiné aux vénériens des deux sexes, comprend plusieurs salles : *a.* Salle des prostituées ; — *b.* Salle des clandestines et des bénévoles ; — *c.* Salle destinée aux hommes malades et composée de 80 lits.

Tous les malades sont visités par le même médecin, mais bien qu'il soit admis des malades des deux sexes, cet hôpital n'en reste pas moins une maison de détention pour les filles publiques. On y créera un service de syphiliographie.

3° *Hospices appartenant à l'Etat.* Hospice situé cours Saint-Jean, affecté aux femmes aliénées. Leur nombre varie de de 500 à 550. Il fournira amplement des sujets pour une clinique de maladies mentales. Il est bon de faire remarquer que tous les hôpitaux se trouveront près de la Faculté nouvelle à environ un quart d'heure, sauf l'hospice de Pélegrin.

P. B.

Ecole de médecine de plein exercice de Marseille.

Marseille, 26 octobre.

Mon cher rédacteur,

L'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille est devenue Ecole de plein exercice et a pris depuis quelques mois un développement considérable. Le nombre des professeurs titulaires s'est élevé de 12 à 17. — Il y a en plus 8 suppléants qui sont chargés des cours complémentaires. — Le chef des travaux anatomiques, les prosecteurs et aides d'anatomie contribuent aussi d'une manière active à l'emseignement. Tout le personnel est convenablement rétribué depuis le nouvel ordre de choses.

Une somme de 130,000 francs constitue le budget de l'Ecole. Il faudrait cependant ajouter à cette première somme bien des frais d'installation. — En effet, un grand local (l'ancien Palais-de-Justice) a été concédé et approprié pour devenir notre propriété — on y a construit des amphithéâtres pour les cours; — de grands laboratoires pour les travaux pratiques de chimie et de pharmacie (Il y a à cet effet un chef de laboratoire) ; — des laboratoires de physiologie et d'histologie. — Le professeur de chimie dispose d'un amphithéâtre spécial avec toutes facilités pour faire ses expériences, disposer les appareils, etc., pendant sa leçon.

L'enseignement de l'anatomie jouira de facilités analogues. — Dans un endroit distinct du bâtiment principal, on a construit un amphithéâtre avec cabinets de dissection pour les aides d'anatomie et autres dispositions favorables pour la macération et la préparation des pièces. De cette manière le professeur d'anatomie a sous la main tout ce qui lui est nécessaire. La salle de dissection est contiguë. — Les services de clinique ont été pourvus d'amphithéâtres et de cabinets de travail, pour le professeur et les chefs de clinique. — Une salle d'ophthalmoscopie a été disposée près de l'amphithéâtre de clinique chirurgicale. Je me borne à esquisser à grands traits notre installation ; pour en donner un exposé exact, il faudrait entrer dans beaucoup de détails qu'une simple lettre ne saurait contenir. Nous organisons en ce moment une collection de pièces pathologiques et des préparations d'anatomie normale pour notre musée. Le meilleur indice du mouvement progressif dans l'ordre de la science médicale, c'est l'accroissement très-marqué du nombre des candidats pour les concours aux divers emplois. . . . .

Faculté de médecine de Toulouse et annexes de la future Faculté.

Toulouse, le 26 octobre 1876.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès médical,*

La rentrée de l'Ecole *secondaire* de médecine et de pharmacie de Toulouse est fixée au 6 novembre. Je dis secondaire, car malgré toutes les promesses d'École de plein exercice et de Faculté il n'y a encore rien de fait ; elle était secondaire il y a trois ans, secondaire elle sera pour l'ouverture de l'année scolaire 1876-77. — Cependant il est aujourd'hui à peu près certain que cette incertitude du lendemain deviendra une réalité et que les projets de notre municipalité seront approuvés en haut lieu. C'est du moins ce qui ressort d'un article publié par l'*Avenir militaire* auquel j'emprunte le passage suivant :

« Nous apprenons qu'à l'occasion du récent voyage du ministre de l'instruction publique dans les villes universitaires du Midi, l'honorable M. Waddington s'est assez longuement entretenu à Toulouse, avec les membres de la municipalité et des professeurs de la future Faculté de médecine. au sujet de la création dans cette ville, d'une école de service de santé militaire. Différentes villes de France, siéges à la fois d'hôpital militaire et de Faculté de médecine, se disputent la succession de Strasbourg, qui possédait notre dernière École. On ne sait pas encore, à l'heure qu'il est, si l'on reconstituera une école du service de santé unique. où si, en raison des ressources relativement faibles en moyens d'instruction pratique (hôpitaux, malades, sujets d'amphithéâtre) que présentent même des centres de population considérables, on n'en viendra pas à créer deux, trois ou quatre écoles.

» Quoi qu'il en soit, aucune ville ne présente des conditions de local aussi avantageuses que Toulouse le chef-lieu du 17e corps d'armée, l'hôpital mi-

litaire se trouvant précisément juxtaposé contre la caserne destinée à renfermer les locaux de la nouvelle Faculté. Cette circonstance faciliterait le maintien de la discipline et éviterait aux élèves des pertes de temps ; en outre l'importance de la population hospitalière civile et l'effectif élevé de la garnison assureraient à l'École de service de santé les ressources nécessaires pour l'instruction professionnelle et militaire des élèves.

» Ces avantages multiples ne manqueront pas de faire sur le ministre de la guerre la même impression favorable que sur son collègue de l'instruction publique, et il y a tout lieu d'espérer que la ville de Toulouse sera dotée dans un avenir peu éloigné de l'École qu'elle demande. »

Cette note si catégorique, mérite d'être regardée comme ayant un caractère officieux et ne fait que confirmer les renseignements que je suis en mesure de vous donner. En second lieu, elle est le corollaire d'une note confidentielle euvoyée par le ministre de la guerre, relativement au service sanitaire, dans laquelle M. Berthaut blâme sévèrement, non pas le manque d'aptitudes, mais le manque d'application des élèves. Le général réprouve énergiquement la négligence de ceux qui aspirent à faire partie du service sanitaire et s'est décidé à prendre des mesures sérieuses contre cet état de choses, pour relever le niveau des études. Parmi ces mesures, le délai pour l'obtention d'un grade dans le service sanitaire serait réduit pour forcer les aspirants à faire des études plus sérieuses, et d'autre part le ministre de la guerre est décidé jusqu'à nouvel ordre à refuser toute demande de congé et même de permission.

Ces deux notes se complètent l'une l'autre et n'ont pas besoin de commentaires. Si j'ai gardé si longtemps le silence à ce sujet, ce n'est pas que je ne fusse instruit de ce projet, mais bien à cause de la circonspection qui devait être gardée, car en présence de l'animosité de Bordeaux, de Montpellier contre Toulouse ; on craignait que ces villes ne fissent des démarches pour obtenir ce qui avait été promis à Toulouse. Aujourd'hui que le voile est levé, le silence n'est plus de mise et je ne puis que confirmer la note de l'*Avenir militaire*. C'est à l'initiative de M. Ebelot, maire de la ville de Toulouse, et de M. le général Salignac-Fénelon, commandant le 17[e] corps d'armée, que nous serons redevables de la future Faculté de médecine et de la future Ecole de service de santé militaire.

Cette solution est celle que nous attendions, et laissant tout parti pris de côté, nous pouvons dire la plus sage. Bordeaux seul avait droit à demander une École de santé militaire, car sous le rapport des moyens d'étude et des sacrifices à s'imposer elle ne laissait rien à désirer. Mais on ne saurait trop répéter que cette ville est avant tout une cité commerçante, princière par son luxe, et que la vie matérielle y est excessivement chère. Or, l'étudiant en médecine est en général peu fortuné : aussi avant d'aller dans une ville, est-il obligé de consulter sa bourse. Quant à ceux qui possèdent les ressources suffisantes pour ne pas se préoccuper des moyens d'existence, ils n'iront jamais à Bordeaux, mais bien à Paris. Cette raison à elle seule est péremptoire, et nous doutons fort qu'une Faculté de médecine établie dans cette ville y soit prospère. Au reste l'essai de la Faculté de droit n'a pas été des plus heureux, et le nombre des étudiants en droit de l'Ecole de Toulouse est resté à peu près le même. Avant la création de la Faculté de droit de Bordeaux, il était de 740, et malgré cette concurrence il s'élève encore aujourd'hui au chiffre de 680.

Quant à la ville de Montpellier, nous serons sobres de détails ; elle a beau invoquer son passé, ses grands hommes, hélas ! ils sont bien morts et la docte Faculté ne renaîtra jamais de ses cendres. Quand un arbre est mort, le bûcheron, sans regarder aux fruits qu'il a pu porter dans le temps, l'abat de sa cognée. C'est là ce que l'avenir réserve à Montpellier.

A notre époque, les sciences médicales ne vivent pas de théories, ni d'esprit vital, il leur faut des faits. Or, il est matériellement impossible qu'une ville de 55 000 habitants puisse fournir les moyens d'études qu'exige l'enseignement médical.

Au reste, quand on songe qu'une Faculté est obligée d'avoir recours aux villes voisines pour garnir quelques tables de dissection, qu'un élève pour apprendre l'anatomie est obligé de débourser 5 francs pour acheter, c'est le mot, un membre ou un tronçon de cadavre, on est en droit de demander ce que devient le contrôle de l'Etat, et quelles garanties offre une Faculté établie dans de pareilles conditions. Est-ce à dire, par là, que la ville de Toulouse ne laisse rien à désirer et que tout est pour le mieux ? assurément non, mais avec un peu de bonne volonté et avec des sacrifices on arrivera aisément à avoir une Faculté parfaitement installée et offrant tous les moyens d'études désirables.

Le local que doit occuper la future Faculté est à cette heure adopté : elle sera établie sur les terrains de la caserne de la Mission ; comme superficie, ce terrain mesure près de 18,000 mètres carrés. Les locaux existent et n'ont besoin que de subir des aménagements. Pour ces aménagements une somme de 3,000,000 a été votée par le conseil municipel, c'est là je crois plus qu'il n'en faut. Quant aux plans de la nouvelle Faculté ils ont reçu l'approbation de M. le Ministre de l'Instruction publique et des hommes compétents, entr'autres de M. Paul Bert.

Pour ce qui est des cliniques, elles seront abondamment pourvues de malades. A cette heure la question de ce service est sur le point d'être résolue. L'Hôtel-Dieu qui ne reçoit qu'une moyenne de 230 malades pourra, grâce à une subvention du Conseil général, porter ce chiffre à 500. Ce nombre est déjà suffisant, toutefois si on tient compte de l'hôpital militaire, c'est 250 malades de plus qu'il faut ajouter. En additionnant ces deux chiffres on obtient un total de 750 malades qui devront être répartis dans les différents services.

En conséquence, il m'est permis de dire que le service hospitalier de la future Faculté sera convenable ; il est encore bon de faire remarquer que dans ce chiffre de 750 il n'est pas tenu compte de l'hospice de la Grave qui renferme près de 900 lits toujours occupés, et de l'asile de Braqueville qui compte jusqu'à 700 aliénés. Une ville qui possède de pareilles ressources a le droit de demander une Faculté de médecine, et on ne saurait en toute justice trouver ses prétentions exagérées.

Au reste, quoi qu'il advienne, la ville de Toulouse et la municipalité ont tellement confiance dans l'avenir d'une Faculté de médecine, qu'alors même que l'Etat rejeterait la demande de notre cité, on passerait outre ; Toulouse en effet est un grand centre universitaire et une des académies les plus importantes de France. Si on compulse les thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Paris dans le courant de l'année 1873 ou bien les thèses soutenues devant la Faculté de Montpellier depuis l'année 1870 jusqu'à 1875 inclusivement, on obtient les résultats suivants :

Dans l'année 1873, 485 thèses ont été soutenues à Paris ; sur ce chiffre 34 appartiennent à l'Académie de Toulouse, 36 à l'Académie de Bordeaux et 3 à l'Académie de Montpellier. En classant les Académies par rang de thèses, Bordeaux est la quatrième, Toulouse la cinquième et Montpellier la dernière. Si au contraire, on fait le relevé des thèses de Montpellier pendant les six dernières années, on trouve que le total des thèses soutenues dans cette Faculté est de 539, ce qui donne une moyenne annuelle de 89 et 5/6. Sur ce chiffre de 89 et 5/6, 19 thèses et 4/6 appartiennent à l'Académie d'Aix, 15 et 3/6 à l'Académie de Montpellier, 11 à l'Académie de Toulouse et 4 à l'Académie de Bordeaux. Par ordre numérique, l'Académie d'Aix est la première, Montpellier la seconde, Toulouse la troisième et Bordeaux la neuvième. En additionnant les thèses soutenues devant les Facultés de Paris et de Montpellier, l'Académie de Toulouse reste encore la première avec 45 thèses annuelles, puis Bordeaux avec 38 et enfin Montpellier qui ne compte qu'une moyenne de 18 thèses par an.

En second lieu, je dois faire remarquer que sur le chiffre de 89 thèses et 5/6, moyenne annuelle des thèses soutenues à Montpellier, 27, [illegible] appartiennent à des médecins de la marine et 10, 4/5 à des étrangers. Dans l'année 1870, sur un relevé de 83 thèses, 44, c'est-à-dire plus de la moitié appartiennent au corps de santé maritime et 12 à des étrangers. Ces chiffres n'ont pas besoin de commentaires ; ils montrent amplement si les récriminations de Montpellier étaient fondées, et quel compte il faut tenir des assertions émises dans certains journaux. Voilà la vérité ; aussi nous ne doutons nullement du résultat final, et aujourd'hui plus que jamais, nous sommes assurés que la victoire restera à la ville de Toulouse....

L. C.

P.-S. — Le concours ouvert à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Toulouse pour une place de chef des travaux cliniques, s'est terminé par la nomination de M. Frébaut, ancien interne en pharmacie des hôpitaux de Paris.

L'enseignement de la médecine en province. — L'Ecole de plein exercice de Nantes.

Nantes, le 23 octobre.

Mon cher ami,

Il y a un an, le *Progrès* donnait à ses lecteurs des détails précis et autorisés sur l'état de l'enseignement de la médecine en province et sur les diverses Facultés ou Ecoles de nouvelle création. Nous joignions alors nos informations personnelles à celles des autres collaborateurs du journal, et nous jetions en même temps un coup-d'œil sur la situation faite aux Ecoles de Médecine par les nouvelles lois sur l'enseignement supérieur, en indiquant le mode d'organisation qui nous semblait préférable.

Depuis lors, la période d'application de ces lois est venue, et au lieu de voir naître, comme on aurait pu le présumer, de nombreuses Ecoles de plein exercice et quelques Facultés provinciales, nous avons vu s'élever quatre nouvelles Facultés de l'Etat, et seulement deux Écoles de plein exercice. Nous voudrions étudier aujourd'hui, en quelques lignes, la situation de ces Ecoles de plein exercice et de celle de Nantes en particulier.

Un mot d'abord sur l'état des Ecoles de province, en général. Comme on pouvait le pressentir, la question de l'enseignement supérieur a marché vite dans les esprits, mais les résultats concrets se font un peu attendre. Bien des choses résolues, arrêtées en principe, décrétées même depuis longtemps, n'en sont pas pour cela aussi avancées que nous le désirerions. Cela tient un peu à l'habitude que nous avons malheureusement en France d'attendre l'impulsion d'en haut et de ne nous aider que quand le ciel nous aide déjà. C'est ainsi que les Facultés nouvelles de Lille, de Bordeaux, de Lyon, de Toulouse, qu'on voudrait voir déjà en activité ont bien de la peine à sortir de la période d'enfantement.

Je ne veux pas dire par là qu'on devrait se hâter, fût-ce au détriment d'une bonne organisation ; mais à notre époque où les divers peuples luttent à qui marchera le plus vite dans la voie du progrès, je pense qu'il ne faut pas perdre de temps. L'Université de France doit d'autant moins en perdre qu'elle est talonnée par une rivale qui ne demande qu'à la supplanter. Cette rivale, moins dangereuse pour l'enseignement supérieur que pour l'enseignement primaire ou secondaire n'est cependant pas à dédaigner. Ne la voyons-nous pas faire échec à l'une des nouvelles Facultés de l'Etat et obtenir dans une de nos plus grandes villes le partage des hôpitaux entretenus aux frais du public, de telle sorte que les deniers publics en arrivent à soutenir une association privilégiée près de laquelle la loi ne permet même pas d'élever des associations rivales. C'est là, n'est-il pas vrai, une étrange anomalie, et quand on voit de pareils faits, on ne saurait trop conjurer les municipalités des grandes villes qui ont l'honneur d'avoir une Faculté de médecine, de faire bien vite tous les sacrifices nécessaires pour mettre ces établissements en état de défier toute concurrence. C'est là un but qui sera atteint, sans aucun doute, mais plus tôt ce sera, mieux cela vaudra.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil sur la répartition des nouvelles Facultés de médecine et des Ecoles de plein exercice, que voyons-nous? Au Nord, une Faculté nouvelle, celle de Lille, qui, nous l'espérons bien, ne tardera pas à faire dépérir sa catholique rivale; — A l'Est, nous trouvons la Faculté de Nancy; — Au Sud-Est, celle de Lyon; — Au Midi, les Facultés de Toulouse et de Montpellier, et l'Ecole de plein exercice de Marseille; — Enfin, dans la grande région de l'Ouest, nous trouvons la seule École de plein exercice de Nantes.

Cette dernière, située dans la principale ville d'une vaste région, semble se trouver dans des conditions de réussite qu'on peut dire excellentes. Nous allons analyser tout à l'heure les ressources dont elle dispose et voir quel avenir lui paraît réservé ; mais comparons d'abord la situation d'une nouvelle Faculté de province à celle d'une École de plein exercice et nous verrons ressortir un fait intéressant à constater : c'est que les prérogatives accordées aux Écoles de plein exercice ne paraissent pas suffisantes eu égard aux moyens d'enseignement qu'on exige d'elles. Ces prérogatives se bornent en effet à ceci que les Écoles de plein exercice peuvent délivrer seize inscriptions tandis que les autres Ecoles n'en peuvent délivrer que douze. C'est donc quatre années au lieu de trois que les étudiants se trouvent invités à faire dans les deux Écoles en plein exercice de Nantes et de Marseille. Après cette année d'études, il ne leur reste plus qu'à subir leurs examens de doctorat dans une Faculté.

Quelle est maintenant l'organisation des Écoles destinées à donner cet enseignement ? Elles comprennent 17 chaires de professeurs titulaires et huit suppléances. Ces chaires embrassent l'enseignement complet de la médecine et de la pharmacie, y compris la médecine légale, en un mot toutes les matières exigées pour le doctorat. Je n'insiste pas sur cette organisation qui a été répétée à satiété par les journaux de médecine et même par les journaux politiques ; je me borne à faire remarquer que sauf quelque différence dans l'importance des traitements accordés aux professeurs, l'organisation des Écoles de plein exercice est à peu près aussi complète que celle des nouvelles Facultés. A Nantes, bien des jeunes gens qui ont fait toutes leurs études médicales dans cette ville se bornent à aller passer chacun de leurs examens à Paris et reviennent continuer leurs travaux dans la ville où ils les ont commencés, où ils ont à leur disposition un hôpital très-riche en cas intéressants et un enseignement clinique des plus remarquables fait par quatre professeurs. Il ne manquera bientôt à l'École de médecine de Nantes que la collation des grades, c'est-à-dire la transformation en Faculté pour devenir une des Écoles de médecine les plus prospères de la France, mais cette question est sérieuse et mérite que je m'y arrête un instant.

Dire des Écoles de plein exercice qu'elles ont besoin, pour réussir, d'être transformées en Facultés, c'est vouloir frapper d'un arrêt de mort l'institution des Écoles de plein exercice qui sont, me semble-t-il, le résultat d'une transaction malheureuse entre la centralisation et la décentralisation de l'enseignement.

Au moment où, après la guerre de 1870, la France voulut avec raison se livrer à une foule de réformes, on décida de décentraliser sur toute la ligne ; on n'entendait parler que de décentralisation. En réalité, personne ne décentralisait et on se laissait aller tranquille au courant de ses habitudes.

La décentralisation de l'enseignement fut cependant étudiée assez vite, et cela pour deux raisons à ce que je crois : d'abord parce qu'il fallait remplacer immédiatement la Faculté de Strasbourg, ce qui conduisait à s'occuper des Facultés provinciales, et ensuite parce que la liberté de l'enseignement supérieur, question connexe avec les précédentes, était vivement désirée par des gens qui n'étaient pas tous libéraux, mais qui étaient alors très-puissants.

On étudia donc la question des Facultés de médecine de province, mais à ce moment, soit dans la crainte chimérique de dépeupler Paris d'étudiants, soit dans celle de créer des Facultés de médecine peu viables, on adopta un moyen terme et on inventa l'Ecole de plein exercice. Au point de vue de l'organisation de ces Écoles, il n'y a rien à dire ; l'enseignement qu'elles peuvent donner est complet, ce qui manque pour qu'elles se peuplent d'élèves, c'est la sanction de l'enseignement, c'est-à-dire les examens, suivis de la collation d'un grade quelconque.

Les études médicales en France ne comportent que trois diplômes : le diplôme de docteur, celui d'officier de santé et celui de sage-femme. Or, le premier de ces diplômes n'est délivré que par les Facultés ; les autres le sont également par les Écoles de médecine ordinaires et les Écoles de plein exercice. Il en résulte que les étudiants de province sont tentés d'aller à l'Ecole qui se trouve le plus à leur portée et non à celle où ils recevraient l'enseignement le plus complet ; quant aux diplômes d'officier de santé et de sage-femme, outre que les candidats n'ont pas le choix de l'École où ils doivent passer leurs examens, on comprend que s'ils étaient abandonnés à leur libre arbitre ils pourraient être disposés à choisir de préférence une petite École où les choses ont des chances de se faire plus en famille.

Cette importance de la collation des grades est considérable et chacun a pu voir quel prix y attachent les promoteurs des Facultés libres. Au point de vue spécial des Écoles de plein exercice, pour que ces Écoles puissent recruter un personnel d'élèves répondant à l'importance de leur enseignement, il faut de toutes nécessité qu'elles attirent à elles des jeunes gens qui se disposeraient à commencer leurs études dans des Écoles voisines ou bien à Paris.

Il est douteux que ceux qui peuvent facilement faire leurs études à Paris ne préfèrent pas cette ville ; il est douteux aussi que les étudiants qui auront fait leurs trois premières années dans une École secondaire, voisine d'une École de plein exercice, viennent passer leur quatrième année dans cette École pour se transporter ensuite à Paris ou au siége d'une Faculté ; par exemple, un étudiant qui aura fait trois ans à Angers ou à Rennes aimera mieux aller directement à Paris que de venir faire une quatrième année à Nantes pour se rendre enfin à Paris passer ses examens. On voit donc que les Écoles de plein exercice n'ont pas actuellement des prérogatives assez importantes, et en cherchant quelles prérogatives on pourrait leur accorder, on n'en voit guère d'autre que la collation du grade de docteur. Ce serait les transformer en Facultés.

Cette transformation en Faculté peut rencontrer des difficultés pécuniaires, mais si les observations que nous avons présentées sont justes, nous pensons qu'elle devrait être résolue en principe, quitte à attendre pour l'exécution le moment où les municipalités consentiraient à s'imposer les sacrifices nécessaires, et vu le souffle nouveau qui nous pousse aujourd'hui en France à favoriser l'instruction publique à tous ses degrés, je ne doute pas que ce moment ne soit prochain.

Devrait-on conclure de tout ce qui précède que les Écoles de plein exercice vont péricliter et tomber dans le marasme? Ce serait sans doute aller beaucoup trop loin. Ces Écoles ont,

comme je vous l'ai dit plus haut, tous les moyens d'instruction qu'un étudiant sérieux peut désirer : laboratoires, bibliothèques, cliniques bien alimentées, sujets nombreux pour les dissections. Voilà certes assez d'éléments d'attraction pour les jeunes gens aux yeux de qui l'étude n'est pas uniquement un moyen d'arriver au diplôme. Nous espérons donc voir augmenter dans une certaine mesure le nombre de nos élèves, surtout lorsque notre outillage sera complet. Mais là ne doivent pas se borner nos désirs, et nous devons chercher à nous faire transformer en Faculté, surtout à Nantes, puisque cette ville est le seul grand centre scientifique de l'ouest et que cette région est la seule qui ne possède pas de Faculté de médecine.

Si cette transformation était obtenue, la France se trouverait posséder sept Facultés de médecine en province et cette multiplication des centres scientifiques relèverait, je pense, le niveau des études médicales en même temps qu'elle favoriserait l'éclosion d'écoles scientifiques ayant leurs idées particulières et leur originalité. C'est là ce qui distinguait jadis la Faculté de Strasbourg.

La concurrence des Facultés provinciales ne serait pas de nature à faire sérieusement tort à la Faculté de Paris qui sera toujours le grand centre de l'enseignement médical français. Je n'insisterai pas sur cette opinion qui a été développée ici-même l'an dernier (Voy. *Progrès méd.*, n° du 6 nov. 1875, p. 653). On verra plus bas le tableau des cours qui seront faits à l'École de médecine de Nantes pendant l'année scolaire 1876-77. Voici pour terminer cette lettre un peu longue quelques renseignements sur les fonds votés par la ville, sur les travaux d'appropriation des bâtiments de l'Ecole à leur destination nouvelle, etc.

La ville de Nantes a voté le budget annuel de l'école qui a été arrêté à un peu moins de 110.000 francs. Elle a voté de plus les fonds nécessaires pour la création de divers laboratoires qui sont actuellement en cours de construction ; de sorte que l'école possédera un laboratoire de physiologie, un de chimie, un de physique, un d'anatomie et un d'histologie. Il y aura une bibliothèque facilement accessible aux élèves. L'installation sera probablement complète pour le prochain semestre d'été.

On sait qu'à Nantes l'école de médecine est comprise parmi les bâtiments de l'Hôtel-Dieu ; cet hôpital, construit à peu près sur le modèle de Lariboisière peut contenir environ sept cents lits. Il présente toutes les ressources nécessaires aux études cliniques ; et l'usage de ces ressources est facilité par l'accord qui règne entre l'Ecole de médecine et l'administration des hôpitaux. En somme on peut espérer que l'Ecole de Nantes qui a produit nombre de médecins distingués et même quelques hommes illustres ne faillira pas à son ancienne renommée.....

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Directeur, M. Th. Laennec.

A cette école de même que dans les Facultés de médecine et les écoles supérieures de pharmacie, les élèves peuvent prendre toutes leurs inscriptions et subir tous leurs examens de fin d'année.

Semestre d'hiver.—Les cours de l'Ecole commenceront le lundi 6 novembre et auront lieu dans l'ordre suivant :

Anatomie et anatomie générale. —M. Jouon, professeur, M. Raingeard suppléant, tous les jours à midi. *Chimie*, M. Andouard, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 1 heure. *Physique*, M. Pellerin, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 1 heure. *Matière Médicale*, M. Ménier, professeur, mardi et vendredi à 4 heures. *Pathologie médicale*, M. Viaud-Grand-Marais, professeur, les mardi, jeudi, samedi à 4 heures. *Médecine légale*, M. Laënnec, professeur, lundi, mercredi, vendredi à 4 h. *Clinique médicale*, M. Trastour, professeur, visite des malades tous les matins à 8 h. à l'Hôtel-Dieu. Cours après la visite les lundi, mercredi, vendredi. *Clinique chirurgicale*, M. Heurtaux, professeur, visite des malades tous les matins à 8 h. à l'Hôtel-Dieu. Cours après la visite les mardi, jeudi, samedi. *Hygiène* M. N... professeur suppléant, lundi et jeudi à 5 h. M. Raingeard, chef des travaux anatomiques délégué, surveillera les dissections qui auront lieu de 2 à 5 h. M. Herbelin, chef des travaux chimiques dirigera les manipulations chimiques, qui auront lieu les mardi, jeudi et samedi, de 8 à 11 h. du matin.

Cours qui auront lieu pendant le semestre d'été. — Botanique et zoologie élémentaire, M. Delamare, professeur. Anatomie pathologique et histologie élémentaire, M. A. Malherbe, professeur. Physiologie, M. Jousset de Bellesme, professeur. Pathologie externe et médecine opératoire M. Montfort, professeur. — *Pharmacie* : M. Pihan-Dufaillay, professeur. — *Thérapeutique* : M. Chartier, professeur. — *Accouchements* : M. Vignard, professeur. — *Clinique médicale* : M. Malherbe, professeur, — *Clinique chirurgicale* : M. Chenautais. — *Micrographie végétale et herborisations* : M. Ménier, professeur. — *Pathologie générale* : M. Kirchberg, professeur suppléant. — *Chimie biologique* : M. Bertin, professeur suppléant.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des piqûres anatomiques.

Les accidents, auxquels sont le plus fréquemment exposés les étudiants en médecine, qui se font une piqûre ou une plaie avec un instrument ou un objet quelconque, ayant été en contact avec les liquides cadavériques, sont de trois ordres : 1° les tubercules anatomiques ; 2° les lymphangites bénignes ; 3° les inflammations infectieuses.

1° Les *tubercules anatomiques* sont de petites hypertrophies des papilles du derme, survenant après quelques jours, au niveau de la piqûre. Ils sont assez semblables à des verrues. Ils augmentent lentement de volume et sont parfois multiples. Le meilleur traitement consiste dans des badigeonnages répétés de teinture d'iode ou dans l'application d'une petite rondelle de sparadrap de Vigo. Si l'affection résiste, on pourra essayer la cautérisation avec une goutte d'acide nitrique déposée à l'aide de l'extrémité d'une allumette ou avec la pierre infernale.

2° La *lymphangite bénigne* est le plus souvent causée par le contact de la plaie avec du pus, des matières putréfiées, etc. La partie piquée devient rouge vingt-quatre heures après la blessure, douloureuse, chaude, animée de battements, elle se gonfle ; puis, l'on voit se former les traînées rouges caractéristiques de la lymphangite superficielle ; en même temps, les glandes de l'aisselle se tuméfient. Il y a une fièvre assez vive et quelques tremblements plutôt que de véritables frissons. Il est assez commun de voir se former un petit abcès au niveau de la plaie et quelquefois les ganglions axillaires suppurent. Dans quelques cas, de petites collections purulentes apparaissent, à intervalles de plusieurs jours, sur le trajet des lymphatiques. Le traitement immédiat, pour prévenir l'action des matières irritantes, est celui que nous indiquerons plus loin. Lorsque la lymphangite se manifeste, les bains prolongés de la partie malade, les larges cataplasmes, les frictions avec l'onguent napolitain doivent être employés : il faut aussi ouvrir les abcès en temps opportun.

3° Dans leur *Traité de Pathologie externe*, Follin et Duplay décrivent ainsi les *formes infectieuses* des accidents des piqûres anatomiques.

« Dans la *forme maligne*, les accidents débutent brusquement et portent tout de suite une atteinte profonde, quelquefois irrémédiable, à la constitution. Ainsi, de dix à douze heures après l'accident, le malade est pris de tremblements, d'une grande anxiété et d'une dépression profonde du système nerveux ; le pouls est faible, quoique rapide. Si on examine le doigt piqué, on trouve au siége de la piqûre une petite vésicule circulaire ou ovale qui ne tarde pas à prendre le caractère d'une pustule à liquide trouble. Cette lésion d'abord limitée au doigt n'est pas douloureuse, mais bientôt le malade accuse des douleurs vives dans l'aisselle et dans l'épaule ; les ganglions axillaires, et avec eux, le tissu cellulaire ambiant des régions sous-scapulaire et sous-pectorale sont très-tuméfiés, et cette boursoufflure couverte d'une coloration érythémateuse, donne la sensation de quelque chose de spongieux ; en même temps l'avant-bras et le bras se tuméfient et peuvent passer à la suppuration.

« On a vu quelquefois le malade succomber très-rapidement, sans que les phénomènes locaux aient fait de progrès sensibles. A une grande excitation succède alors une dépression profonde des forces ; puis surviennent une difficulté subite à respirer, des irrégularités du mouvement circulatoire, enfin, une excessive torpeur et la mort. Dans des cas moins funestes, la physionomie de la lésion est celle du phlegmon diffus grave, c'est-à-dire, du quatrième au cinquième jour après l'accident, le tissu cellulaire du membre se gonfle jusqu'à l'épaule et au côté de la poitrine ; une suppuration gangréneuse envahit les parties et s'accompagne de décollements étendus, Les symptômes généraux prennent alors un état asthénique très-marqué... etc... »

Disons, pour rassurer les plus jeunes étudiants, que ces

formes malignes sont *extrêmement* rares eu égard au grand nombre de piqûres anatomiques subies chaque année dans les salles de dissection. D'ailleurs, depuis qu'on a pris l'habitude d'injecter tous les sujets avec des liquides conservateurs, les plaies anatomiques ne donnent plus guère lieu qu'à des lymphangites par irritation. Le *traitement* à apporter aux plaies anatomiques est d'abord prophylactique. Tous les chirurgiens sont d'accord pour enseigner que les accidents les plus graves éclatent préférablement après des piqûres avec des objets ayant été en contact avec les liquides des cadavres des sujets morts récemment, depuis 24 ou 48 heures, ayant succombé à des accidents pyémiques, puerpéraux, à des péritonites suraiguës, à des fièvres malignes, au charbon ou à la morve, etc., etc. Aussi est-ce après les autopsies dans les amphithéâtres des hôpitaux, plutôt que dans les salles de dissection, que la forme maligne se manifeste dans les piqûres. Il existe certaines conditions qui prédisposent les blessés à recevoir l'action la plus funeste du virus anatomique : ce sont les états gastriques et fébriles, la débilitation causée par les grandes fatigues corporelles ou intellectuelles, par le séjour prolongé dans les amphithéâtres ou dans les salles de malades mal aérées, etc.

Les plaies qui donnent une porte d'entrée au virus anatomique sont le plus souvent produites par des scalpels ou des ciseaux servant à la dissection et, l'autopsie, par des esquilles osseuses ou par des fragments de côtes. Lorsqu'on ouvre le thorax d'un sujet, si les côtes ont été coupées avec le sécateur, il est prudent, avant d'introduire la main pour détacher les viscères, de ramener la peau voisine sur les parties saillantes des côtes. Une précaution analogue est aussi à employer lorsqu'après avoir brisé le crâne avec le marteau, on cherche à enlever l'encéphale : on se préserve des piqûres en rabattant la dure-mère sur les os du crâne.

On voit quelquefois aussi des accidents survenir, lorsque, la main étant légèrement excoriée, on l'introduit dans des liquides où macèrent depuis peu des préparations anatomiques infectieuses. Aussi ne saurait-on trop recommander à ceux qui se livrent aux travaux anatomiques d'examiner leurs mains préalablement. La plus légère piqûre, la plus petite érosion du derme, les fentes consécutives aux engelures, etc., doivent être recouvertes d'une couche de collodion ou préservées par une bande de diachylum, un fourreau de baudruche ou un gant. La prétendue immunité, dont paraissent jouir les garçons d'amphithéâtre, ne saurait autoriser à négliger les précautions que nous venons d'indiquer rapidement. Nous ferons remarquer aussi que les piqûres les plus superficielles, les plus insignifiantes, sont souvent les plus dangereuses : en effet, le réseau si riche des lymphatiques du derme reçoit directement l'inoculation du virus infectieux.

Lorsqu'en pratiquant une dissection ou une autopsie, on s'est fait une plaie ou une piqûre, comment convient-il d'agir pour prévenir immédiatement l'action du virus cadavérique?

Les cautérisations avec le nitrate d'argent, l'huile de thérébentine, les solutions d'alun, d'alumine, de chlorure de zinc, etc., ne sont pas conseillées par la plupart des médecins ; elles irritent la plaie, produisent une inflammation locale ou une lymphangite et, parfois, sont inefficaces. Les auteurs du *Compendium de chirurgie*, après avoir repoussé l'emploi de la cautérisation immédiate, recommandent la pratique suivante, dont on use presque partout maintenant dans les amphithéâtres de dissection.

« Il faut immédiatement favoriser l'écoulement du sang en pressant circulairement sur les parties, à quelques centimètres de la plaie, et en exerçant la pression dans un sens opposé au cours du sang veineux jusqu'à la plaie ; cette pratique s'accomplit fort bien avec les doigts, et provoque la sortie du sang, lors même qu'il ne s'en écoulait pas une goutte après la blessure, à cause de son étroitesse ou de son peu de profondeur ; il faut la répéter un grand nombre de fois pendant huit à dix minutes. On peut en même temps exposer la partie blessée sous un courant d'eau, pour entraîner le sang et les substances animales qui sont dans le voisinage de la plaie. Tout le monde comprend les effets de cette pratique, le sang qui s'écoule en grande abondance, entraîne avec lui toute matière septique, qui pourrait être déposée dans la plaie, et l'amène ainsi à l'état d'une blessure faite par un instrument ordinaire.

« Nous n'avons jamais eu recours à d'autres moyens depuis que nous nous livrons aux études anatomiques soit comme prosecteurs, soit comme professeurs d'anatomie, et jamais, sur nous-mêmes, ni sur les nombreux élèves qui ont disséqué sous notre direction, nous n'avons vu survenir de complications par suite de blessures qui ont été traitées de la sorte, tandis qu'il est à notre connaissance, que des personnes, qui s'en étaient reposées sur la cautérisation avec le nitrate d'argent, ont éprouvé des accidents graves, tant locaux que généraux. »

A la pression et à l'expulsion du sang, Follin et Duplay recommandent d'ajouter la *succion* de la petite plaie avec la bouche. C'est aussi une excellente précaution, que d'entourer la racine du doigt ou le poignet, d'une ligature fortement serrée, pendant qu'on exerce des pressions pour faire sortir le sang : on peut se servir à cet effet du cordon de son tablier. — Dans un cas, où un de nos camarades s'était fait une plaie à l'abdomen avec la pointe d'un scalpel qui avait perforé ses habits, nous employâmes avec avantage pour faire sortir le sang, des applications répétées de ventouses sèches. Si la plaie était étroite et profonde, peut-être serait-il utile en certaines circonstances de l'agrandir avec le bistouri. — Si par l'emploi de tous ces moyens on n'était pas encore rassuré, on pourrait user des liquides antiseptiques, l'application de compresses imbibées dans une faible solution d'acide phénique, 1 gr. pour 100, de sulfate de soude, d'acide salycilique, etc...

Un bon moyen de calmer les douleurs de la plaie et les premières traces d'inflammation, c'est l'emploi des réfrigérants et de la glace, d'une façon continue.

Si des accidents plus graves survenaient, on devrait se comporter différemment suivant l'époque de la plaie. « Quand il n'existe qu'une pustule avec des accidents généraux commençants, on doit cautériser la pustule avec le cautère actuel, passé légèrement à sa surface, en même temps qu'on administre au malade un purgatif salin, et après l'effet purgatif, des toniques généraux, tels que du vin vieux, seul ou associé à de l'eau de Seltz, quelques alcooliques, des sudorifiques, comme la liqueur ammoniacale anisée. — On devra traiter par les onctions mercurielles belladonées, par les bains tièdes permanents, enfin, plus tard par de grandes incisions, les angioleucites et les phlegmons qui peuvent se manifester. » (Follin et Duplay.)

Mais, dans tous ces cas graves, il sera de prudence vulgaire de ne pas se traiter soi-même et de ne pas se contenter des conseils d'amis ou de camarades peu expérimentés, il faudra demander l'assistance d'un médecin instruit. A cet égard, les étudiants sont certains de trouver, de la part de leurs maîtres dans les hôpitaux, les soins les plus empressés et les plus dévoués. H. D.

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — Population, d'après le recensement de 1872. — 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 26 octob. 1876, on a constaté 810 décès, savoir : variole, 7; rougeole, 10; scarlatine, »; fièvre typhoïde, 40; érysipèle, 2; bronchite aiguë, 26 ; pneumonie, 36 ; dyssenterie, 1; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 6; choléra nostras, »; angine couenneuse, 18; croup, 22; affections puerpérales ; 4 autres affections aiguës; 209; affections chroniques, 367 dont 158 dues à la phthisie pulmonaire, affections chirurgicales, 33; causes accidentelles, 26.

Londres. — Population : 3,489,428 hab. Décès du 15 au 21 octobre 1876, 1,224 : variole, 22; rougeole, 18; scarlatine, 60; fièvre typhoïde, 1; érysipèle, 8; bronchite, 136; pneumonie, 80; dyssenterie, 2; diarrhée, 16; choléra nostras, »; diphthérie, 4; croup, 13; coqueluche, 15.

Conseil municipal. — Sur un rapport de M. Thulié, le Conseil adopte l'acceptation du legs Rubin, montant, après prélèvement des legs partiels, à 675,000 fr. et destiné à l'Hôtel-Dieu.

Hopitaux de Bordeaux. — Le concours pour la place de premier interne à l'Hôpital Saint-André s'est terminé par la nomination de M. Dauzats, interne sortant de deuxième année. Le concours pour cinq places d'internes titulaires a pris fin vendredi soir, 20 octobre. Sont admis par ordre de mérite : MM. 1 Lacour ; 2 Tourrou; 3 Boinet ; 4 Lagrange ; 5 Lafargue. — (*Bordeaux méd.*).

Hopitaux de Lyon. — Le concours pour la nomination de dix-huit élèves internes vient de se terminer. Ont été élus : MM. Cassin (P.), Cassin (G.), Millsom, Petit. Larrivé, Rochat, Nodet, Bonnet, Sainclair, Rodet, Cognard, Gironde, Morel, Cartier, Ratier, Revillet, Bruyère, Bouzol. — Ont été nommés internes *provisoires* : MM. Auboyer, Hyvernat, Roussel, Robin, Rocher, Genevay, Clavier.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. Fuster, professeur de clinique médicale à la faculté de médecine de Montpellier. L'honorable professeur

est mort dans la plénitude de ses facultés. C'est là une perte regrettable pour Montpellier, déjà si éprouvé par la création de la faculté catholique de Lille. Parmi les principales publications du regretté professeur nous devons signaler les suivantes : *Les maladies de la France dans leur rapport avec les saisons. — Les changements de climat de la France. — Clinique médicale.* — La veille de sa mort M. Fuster travaillait encore à un mémoire sur les causes de la dépopulation dans les départements pyrénéens ; espérons que ce mémoire dont quelques passages avait été lus au coogrès de Clermont verra le jour.

La TRIBUNE DES ÉCOLES, qui avait suspendu sa publication pendant les vacances, doit reparaître le 4 novembre prochain. Les abonnés qui auraient changé de domicile depuis les vacances sont priés de faire parvenir leur nouvelle adresse à l'administration du journal, 2, rue d'Arras.

AVIS AUX ETUDIANTS. — *L'abonnement au* **Progrès médical** *est actuellement de* **dix francs** *par an pour MM. les Etudiants. Le* **Journal** *devant publier régulièrement des nos de 24 pages en 1877, le prix de l'abonnement sera porté à* **douze francs** *par an pour les* **nouveaux** *abonnés étudiants,* **à partir du 1er janvier prochain.**

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

En vente aux bureaux du PROGRÈS MÉDICAL,

De midi à cinq heures.

Bétous (I.). Etude sur le tabes spasmodique. In-8 de 48 p. 1 fr. 50

Bourneville. Science et miracle: Louise Lateau ou la stigmatisée belge. Paris, 1875. In-8 de 72 pages avec 2 fig. dans le texte et une eau-forte, dessinées par P. Richer. 2 fr. 50. Pour nos abonnés, 1 fr. 50.

Bourneville. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie. In-8 de 200 pages avec 5 fig. dans le texte et 3 planches.

Budin (P.). De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. Recherches cliniques et expérimentales. Gr. in-8° de 112 p., avec de nombreux tableaux, dix figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromo-lithographie. Prix : 10 fr. Pour les abonnés du *Progrès*. 6 fr. 70.

Raymond (F.). Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques. Paris, 1876. In-8 de 134 pages avec 1 fig. et 3 planches en chromo-lithographie. 3 fr. 50.

Reclus (P.). Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse. Paris 1876. In-8 de 190 pages avec 5 planches. 4 fr.

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

Barth et Roger. Traité pratique d'auscultation et de percussion. 8e éd. 1 vol. in-8, cart. 7 fr.

Béclard. Traité élémentaire de physiologie. 6e éd 1 très-fort vol. gr. in-8 de 1.260 pag. avec 246 fig. intercalées dans le texte, cart. 16 fr.

Becquerel. Traité élémentaire d'hygiène privée et publique. 6e éd. 1 très-fort vol. gr. in-18, cart. à l'anglaise. 10 fr.

Béhier et Hardy. Traité élémentaire de pathologie interne. 5 vol. in-8. Les tomes I, II et III ont paru. Prix de chacun, 12 fr.

Le tome IV est sous presse.

Chevalier et Baudrimont. Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales. 1 très-fort vol. gr. in-8, avec de nombreuses figures intercalées dans le texte, cartonné. 20 fr.

Courty. Traité pratique des maladies de l'utérus des ovaires et des trompes. 1 vol. gr. in-8, avec fig. intercal. dans le texte, cart. 19 fr.

Cruveilhier et Marc Sée. Traité d'anatomie descriptive. 5e éd. 3 vol. gr. in-8 avec près de 1,300 fig. tirées en noir et en couleur, et intercalées dans le texte. 45 fr. br. et 48 fr. cart. à l'anglaise.

L'ouvrage a été publié en 7 parties qui se vendent chacune séparément.

Desmarres. Leçons cliniques sur la chirurgie oculaire. 1 vol. in-8 avec fig. cart. 8 fr.

Dorvault. L'officine ou répertoire général de pharmacie pratique. 9e éd. 1 très-fort vol. gr. in-8 de 1,600 pag. à 2 col. 18 fr. br., 20 fr. cart. et 21 fr. relié.

Fleury. Traité thérapeutique et clinique d'hydrothérapie. 4e éd. 1 très-fort vol. gr. in-8 avec fig. dans le texte. 17 fr.

Peter. Leçons de clinique médicale. Tome I. 1 fort vol. in-8, cartonné, 15 fr.

Le tome II est sous presse.

Rodet et Baillet. Botanique agricole et médicale. 2e éd. 1 très-fort vol in-8 avec de nombreuses fig., cartonné, 17 fr.

Rodet et Mussat. Cours de botanique élémentaire suivi d'un vocabulaire des mots techniques les plus généralement usités dans la description des plantes. 3e éd. 1 vol. gr. in-18 avec fig., cart, 7 fr. 50.

Tillaux. Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie. 1 très-fort vol. gr. in-8, publié en 3 fascicules, avec de nombreuses fig. tirées en noir et en couleur et intercalées dans le texte. Les fascicules 1 et 2 ont paru. 14 fr. 50.

Le 3e fascicule est sous presse.

Trousseau et Pidoux. Traité de thérapeutique et de matière médicale. 9e éd. considérablement augmentée avec la collaboration de M. Constantin Paul, agrégé de la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux. 2 très-forts vol, in-8 de chacun 1,130 pages. 28 fr.

Verrier. Guide du médecin praticien pour la diagnostic et le traitement des maladies utérines, suivi d'un appendice sur la sterilité. 1 fort. vol. in-18 avec 133 fig. intercalées dans le texte, cartonné. 7 fr.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, rue Hautefeuille, à Paris.

Année scolaire 1876-1877

BIBLIOTHÈQUE DE L'ÉLÈVE EN MÉDECINE

COLLECTION D'OUVRAGES POUR LA PRÉPARATION AUX EXAMENS DU GRADE DE DOCTEUR ET D'OFFICER DE SANTÉ AUX CONCOURS DE L'INTERNAT ET DE L'EXTERNAT.

Amette. Code médical, 3e éd. 1 vol. in-18. 4 fr.

Langlebert. Guide de l'étudiant. 1 vol. in-18. 2 fr. 50.

Premier examen.

Anger. Anat. chir. 1 vol. in-8 et atlas. 40 fr.

Beaunis. Physiologie. In-8, cart 14 fr.

Beaunis et Bouchard. Anatomie descriptive. 1 vol. in-8, et Embryologie. 18 fr.

— Anatomie et dissection. 1 vol. in-18. 4 fr 50.

Fau. Anatomie artistique. In 8, fig. noires, 4 fr., fig. col. 10 fr.

Kuss et Duval. Physiologie. In-18. 7 fr.

Malgaigne. Anatomie. 2 vol. in-8. 18 fr.

Masse. Anatomie descriptive. In-18. 7 fr.

Morel. Histologie. In-8 et atlas. 12 fr.

Muller. Physiologie. 2 vol in-8. 20 fr.

Robin. Histologie. 1 vol. in-8 6 fr.

— Anatomie et physiologie cellulaires. 1 vol. in-8, cart. 16 fr.

Deuxième et cinquième examens.

Bernard et Huette. Médecine opératoire. In-18, fig. noires, 24 fr., col. 48 fr.

Bouchut. Pathol. génér. 1 vol. in 8. 18 fr.

Chauvel. Opérations de chirurg. 1 vol. in-18 jésus. 6 fr.

Corlieu. Aide mémoire de méd. et de chir. 1 vol. in-18, cart. 6 fr.

Corre. Chirurgie d'urgence. in-18. 2 fr.

Cruveilhier. Anatomie pathologique. 5 vol. in-8. 35 fr.

Daremberg. Histoire des sciences médicales. 2 vol. in-18. 20 fr.

Goffres. Bandages. In-18, fig. noires 18 fr., fig. col., cart. 36 fr.

Guyon. Chirurgie clinique. In-8. 12 fr.

Gosselin. Cliniq. chirurg. 2 vol. in 8. 24 fr.

Racle, Fernet et Strauss. Diagnostic médical. 1 vol. in-8. 7 fr.

Rindfleisch. Histologie pathologique. in-8. 14 fr.

Sédillot et Legouest. Médecine opératoire. 2 vol. in-8. 20 fr.

Trousseau. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. 3 vol. in-8. 32 fr.

Valleix et Lorain. Guide du médecin praticien. 5 vol. in-8. 50 fr.

Vidal. Pathologie externe. 5 vol. in-8. 40 fr.

Woillez. Diagnostic. 1 vol. in-8. 16 fr.

Troisième examen.

Andouard. Pharmacie. 1 vol. in-8. 14 fr.

Cauvet. Histoire naturelle médic. 2 vol. in-18. 12 fr.

Codex medicamentarius. 1 vol. in-8. 9 fr. 50.

Ferrand. Aide-mémoire de pharmacie. 1 vol. in-18, cart. 6 fr.

Guibourt et Planchon. Drogues 4 vol. in-8. 36 fr.

Héraud. Plantes médicinales. 1 vol. in-18 cartonné. 6 fr.

Moquin-Tandon. Zoologie. 1 vol. in-18. 6 fr.

— Botanique. 1 vol. in-18. 6 fr.

Soubeiran. Falsifications. In-8 cart. 14 fr.

Wundt. Physique médicale In-8. 12 fr.

Quatrième examen.

Briand et Chaudé. Médecine légale. 1 vol. in-8. 18 fr.

Ferrand. Thérapeutique. In-18. 8 fr.

Fonssagrives. Thérapeutique. In-8. 7 fr.

Gallois. 1,200 formules. In-18. 2 fr. 50.

Giacomini. Matière médicale. In-8. 5 fr.

Gloner. Thérapeutique. In 18 jésus, 7 fr.

Gubler. Commentaires thérapeutiques du Codex. 1 vol. in-8 cart. 15 fr.

Jeannel. Formulaire. 1 vol. in-18. 6 fr.

Lévy (Michel). Hygiène. 2 vol. in-8. 20 fr.

Cinquième examen.

Chailly. Accouchements. 1 vol. in-8. 10 fr.

Churchill. Maladies des femmes. 1 vol. in-8. 18 fr.

Naegelé. Accouchements. 1 vol. in-8. 12 fr.

Pénard. Guide de l'accoucheur. 1 vol. in-18. 44 fr.

Le gérant : Bourneville

VERSAILLES, — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

4e ANNÉE. — N° 46 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 11 NOVEMBRE 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Du tabes dorsal spasmodique ;

Leçon recueillie par BOURNEVILLE (1).

Messieurs,

On ne retrouve pas dans le tabès spasmodique ces membres souples, flexibles à l'excès, parfois même comme disloqués, ce luxe intempéré de mouvements qui prêtent à la démarche de l'ataxique son cachet spécial, et par suite desquels les pieds, en quelque sorte projetés en avant et en dehors, retombent, à chaque pas, lourdement sur le sol. Ici, au contraire, les membres inférieurs rigides dans toutes leurs articulations, énergiquement appliqués l'un contre l'autre, ne se peuvent séparer qu'à la suite d'efforts où les muscles qui s'insèrent au bassin paraissent jouer le rôle principal et dans lesquels le tronc se renverse en arrière. Les pieds, pendant ce temps, ne se détachent qu'à grand peine du sol auquel ils semblent fixés fortement, produisant dans leur mouvement de progression un bruit de frottement, s'accrochant au moindre obstacle, s'embarrassant souvent l'un dans l'autre. Ils sont fréquemment, en outre, agités par la trépidation qui peut s'étendre vers la racine du membre et imprimer même, parfois, au corps tout entier une sorte de vibration. Le malade progresse ainsi, aidé d'une canne ou de béquilles, lentement, péniblement. Mais l'allure, toutefois, est assez ferme, et — trait important à relever — contrairement à ce qui aurait lieu dans l'ataxie, elle n'est en rien modifiée par l'occlusion des yeux.

Cette démarche si particulière que j'essaye de vous dépeindre, je vous ai mis à même, ce qui vaut mieux, de l'étudier sur nature. Elle avait été remarquée déjà par Ollivier (d'Angers), qui en a tracé un tableau réussi dans un passage que je ne saurais omettre de vous citer.

« Chaque pied, dit-il, se détache avec peine du sol, et » dans l'effort que fait alors le malade pour le soulever » entièrement et le porter en avant, le tronc se redresse » et se renverse en arrière comme pour contrebalancer le » poids du membre inférieur qu'un tremblement involon» taire agite avant qu'il soit appuyé de nouveau sur le » sol. Dans ces mouvements de progression, tantôt la » pointe du pied est abaissée et traîne plus ou moins contre » terre avant de s'en détacher, tantôt elle est relevée » brusquement en même temps que le pied est déjeté en » dehors. J'ai vu quelques malades qui ne pouvaient mar» cher un pas, quoique appuyés sur une canne, qu'en se » renversant le tronc et la tête en arrière, de telle sorte » que leur allure avait quelque analogie avec celle que dé» termine le tétanos. » (2).

Tout cela est parfaitement exact et s'applique de tout point, ainsi que vous pouvez le constater, à la plupart des malades que je fais passer devant vos yeux. Mais il existe dans le type une variété que je dois vous signaler. Vous pouvez en étudier les caractères chez l'une d'entre elles, la nommée Oss. (1). Vous voyez comment, appuyée sur ses béquilles, cette femme marche, le tronc incliné en avant, littéralement sur la pointe des pieds. C'est qu'à chaque pas, en raison de la prédominance du spasme tonique dans les muscles du mollet, le talon est fortement relevé et touche à peine le sol. Aussi les souliers de cette femme sont-ils très-usés à la pointe. Le pied, comme d'ailleurs dans les cas précédents, est pris de trépidation chaque fois qu'il est porté en avant, et le tremblement par moments s'étend à tout le corps. Lorsque la malade descend un plan incliné, elle se sent en quelque sorte entraînée par le poids de son corps, obligée de hâter le pas, et menacée à chaque instant de tomber la face contre terre. Ce deuxième mode de progression, suivant M. Erb, serait le plus habituel dans les cas de ce genre. Je suis porté à croire, d'après mes observations, qu'il se rencontre au contraire moins fréquemment que le premier.

Quoi qu'il en soit, nous devons envisager maintenant les deux affections que nous opposons l'une à l'autre, au moment où elles sont parvenues au dernier terme de leur évolution. Vous allez être amenés à constater que les caractères distinctifs ne sont pas moins accentués dans cette période que dans les précédentes.

Privés désormais l'un et l'autre de l'usage de leurs membres inférieurs, incapables de se tenir debout et de marcher, l'ataxique comme le sujet atteint de tabès spasmodique passent le jour sur un canapé, dans un fauteuil, ou demeurent confinés au lit. Mais il est facile de reconnaître que la cause de l'impotence est radicalement différente dans les deux cas. Chez l'ataxique, réduit à cet état, c'est encore le pouvoir de coordonner les mouvements qui est surtout en défaut. Ceux-ci sont énergiques encore, pendant longtemps, violents même; mais ils ne peuvent plus être adaptés à l'exécution des actes physiologiques. Dans le tabès spasmodique, au contraire, l'impuissance motrice dépend évidemment de la contracture qui poussée à l'extrême et devenue absolument permanente, maintient invinciblement les membres dans l'extension forcée et dans l'adduction, rendant ainsi impossible tout mouvement volontaire. D'un autre côté, la trépidation spontanée ou provoquée qui, à moins de complications d'ailleurs très-rares, ne s'observe à aucune époque dans l'ataxie, continue à se produire ici à un haut degré (2). Elle s'exalte même par-

(1) Voir le n° 45. — (2) *Loc. cit.*, p. 427.

(1) Obs. III de la thèse de M. Bétous, p. 24.

(2) Il me serait difficile de dire à quelle époque le phénomène de la trépidation, dont il est si fréquemment question dans le cours de cette leçon, a été, pour la première fois, remarqué et décrit.

Dans l'observation d'une femme atteinte de sclérose en plaques que nous avons recueillie en 1862, M. le professeur Vulpian et moi, à la Salpêtrière, nous l'avons mentionné dans les termes suivants : « Lorsque l'un des pieds de cette femme est fléchi et tenu dans la flexion par une main étrangère, il s'y produit aussitôt un tremblement difficile à réprimer, impossible même à arrêter par moments, lorsque l'épreuve est faite sur le pied droit » Ainsi se trouvent nettement indiqués, pour la première fois, je crois, et la trépi-

fois au point de déterminer dans les membres inférieurs de véritables crises convulsives, revenant par accès et dont la dénomination d'*épilepsie spinale* donne une assez bonne idée.

En outre de ces désordres, il existe encore dans la période que nous considérons, bien d'autres phénomènes propres à différencier les deux maladies. Ainsi, dans l'ataxie les divers troubles de la sensibilité, déjà si accentués lors des premières phases, persistent ou s'aggravent. On peut en dire autant des symptômes céphaliques, des troubles fonctionnels du rectum et de la vessie. Très-communément les urines deviennent fétides et purulentes en conséquence de l'inflammation ulcéreuse de la membrane muqueuse vésicale. C'est même là un des grands dangers qui menacent la vie des malades. Rien de semblable ne se voit chez les sujets atteints de tabès spasmodique. La sensibilité, entre autres, reste indemne chez eux jusqu'au dernier terme; il ne se manifeste chez eux ni troubles de la vision, ni strabisme, ni, en un mot, aucun des symptômes dits céphaliques. Les seuls toubles dans l'émission des urines qui se produisent, s'observent chez les femmes, et dépendent de la difficulté qu'elles éprouvent à écarter les cuisses. Ajoutons qu'il n'y a pas de tendance à la formation des escharres et que les masses musculaires des membres inférieurs qui, chez les ataxiques, s'émacient souvent jusqu'à l'extrême, conservent au contraire, dans le tabès spasmodique, un relief et une consistance en quelque sorte proportionnés à l'intensité de la contraction spasmodique dont ils sont le siége.

Ç'en est assez, je pense pour montrer, qu'ainsi que je l'avais fait pressentir, entre l'ataxie locomotrice progressive et le tabès spasmodique le contraste est frappant sur les points fondamentaux. Aussi puis-je à présent abandonner le parallèle, pour concentrer votre attention sur la dernière de ces affections, dont je voudrais compléter la description par quelques traits nouveaux.

Elle paraît se manifester surtout entre 30 et 40 ans. Je suis porté à croire qu'elle est un peu moins fréquente chez la femme que chez l'homme. Ce n'est pas une maladie très-commune ; je n'ai pu, en parcourant ce vaste hospice réunir, pour vous les présenter aujourd'hui, plus de cinq cas qui s'y rapportent, tandis qu'il m'eût été facile de rassembler une quarantaine d'ataxiques.

On ignore absolument, quant à présent, les causes sous l'influence desquelles elle se développe : toutefois une influence, assez banale du reste, l'action prolongée du froid humide, se trouve invoquée dans plusieurs de nos observations. Son évolution est progressive, mais éminemment lente. Chez les malades que je vous présente et dont plusieurs peuvent encore se tenir debout et marcher tant bien que mal, ses premiers débuts remontent à 8, 10, 15 ans. Il n'est pas rare, d'ailleurs, qu'après avoir atteint un certain degré, elle reste, pendant plusieurs années, à l'état stationnaire.

Souvent limitée pendant toute la durée de son cours aux membres supérieurs qui, régulièrement, sont les premiers envahis, elle peut s'étendre, mais toujours tardivement, aux membres supérieurs. Ceux-ci deviennent en pareil cas le théâtre des divers phénomènes que nous avons relevés plus haut, et qui apparaissent successivement. D'abord c'est un état parétique des mains qui se montrent inhabiles à saisir les objets. De temps en temps, les doigts se fléchissent involontairement dans la paume de la main. Plus tard cette flexion pathologique devient permanente et invincible. C'est ensuite le tour du poignet, puis celui du coude qui, eux, se raidissent dans l'extension et dans la pronation. Quand les choses en sont là, les membres supérieurs demeurent immobiles, rigides, plus ou moins fortement appliqués sur chaque côté du tronc ; aux membres supérieurs la trépidation est sans doute toujours beaucoup moins prononcée qu'aux membres inférieurs ; je ne l'y ai pas encore souvent observée d'une façon très-nette (1).

Les masses sacro-lombaires et les muscles de l'abdomen peuvent aussi être affectés. En conséquence, le ventre est proéminent, dur à la pression, séparé de la base du thorax par un pli horizontal plus ou moins profond, et, en même temps, il se produit une sorte d'ensellure. Ces phénomènes sont surtout faciles à apprécier lorsque les malades sont au lit. L'exacerbation qui se produit, par moments, dans la contraction des muscles abdominaux peut avoir pour effet

dation épileptoïde du membre inférieur et le meilleur moyen de la provoquer.

En 1866, dans une note lue à la Société médicale des hôpitaux. M. Vulpian a publié l'histoire complète du cas dont il s'agit, (en y joignant deux autres observations que je lui avais communiquées, et où le phénomène se trouve également mentionné. (*Union médicale*, juin 1866.)

Dans sa thèse inaugurale faite sous ma direction, M. le docteur P. Dubois a signalé de nouveau la trépidation épileptoïde, comme se montrant à une certaine période de la *sclérose en plaques disséminées*, des *paraplégies par compression*, de la *sclérose des cordons antéro-latéraux*, de la *myélite chronique*, etc. « Diverses manœuvres, dit l'auteur, contribuent à lui donner naissance ; telles sont : L'application du froid sur la peau, ou la compression des muscles paralysés, la flexion (flexion dorsale) énergique du pied. » (Etude sur quelques points de l'ataxie locomotrice progressive, Paris 1868.)

J'ajouterai que dans notre enseignement, M. Vulpian et moi, nous avons maintes fois attiré l'attention des élèves sur ce phénomène singulier. (Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux,* 1re édition. T. I, p. 218, 1872-1873.)

M. le professeur Brown-Séquard, à son tour, a fait connaître, en 1868, dans les Archives de physiologie une particularité intéressante relative à la trépidation. On savait déjà que le meilleur moyen de la développer consiste à relever brusquement les orteils ou la pointe du pied tout entière. Il a établi que la manœuvre inverse, c'est-à-dire la flexion plantaire, brusquement effectuée, des orteils, a pour effet d'en déterminer l'arrêt.

Il y a deux ans M. Erb et M. Westphal, ont étudié à nouveau et avec grand soin la trépidation épileptoïde, sous le nom de *phénomène du pied* (*Fussphaenomen*. — W. Erb. *Ueber sehnenreflexe bei gesunden und bei Rückenmarkskranken*. In *Arch. für psychiatrie*, 1874, p. 792. — C. Westphal. *Ueber epige Bewgungs-Erscheinungen an gelaehmten Gliedern*. (*Idem*, p. 803.). Considérant que la percussion ou l'excitation du tendon rotulien ou du tendon d'Achille sont des moyens efficaces pour développer cette espèce de tremblement, ces auteurs ont cherché à établir qu'il a son origine dans une excitation des tendons. D'après M. Erb, il s'agirait là d'un acte reflexe dont le point de départ serait une irritation des nerfs de certains tendons ; l'interprétation de M. Westphal est différente : suivant lui, le tendon percuté ou tiraillé exerçait une action sur toutes les parties du muscle correspondant, qui sous cette influence entraient en contraction. M. Joffroy (*Gazette Médicale*, 1875 ; et *Société de Biologie*) dans la critique qu'il a faite de ces travaux a défendu l'opinion jusqu'alors courante et d'après laquelle la trépidation épileptoïde serait provoquée généralement par une excitation périphérique cutanée. Il a combattu dans ce qu'elle paraît avoir de trop absolu l'opinion de M. Erb. Il reconnaît avec ce pathologiste distingué que l'excitation des tendons, est une des causes principales qui produisent la trépidation et il ne se refuse pas à voir là un exemple de *reflexe tendineux* ; mais il cite d'un autre côté des faits où incontestablement la cause provocatrice unique du phénomène a été une légère irritation de la peau (reflexe cutané.) Pour ce qui est de la théorie de M. Westphal, elle semble infirmée par des expériences récentes de MM. Schultze et Farhinge (*Centralblatt*, 1876).

Je ferai remarquer que le phénomène de la trépidation épileptoïde n'est pas spécial aux membres inférieurs. On peut le provoquer, ainsi que je l'ai fait observer depuis longtemps, chez certains hémiplégiques, dans le membre supérieur contracturé, en redressant les phalanges des doigts de la main.

(1) Une circonstance s'oppose d'une façon presque absolue à la production artificielle de la trépidation : c'est quand la régidité du membre dans l'extension est poussée à l'extrême. La manœuvre réussi, au contraire, à peu près toujours quand on est parvenu à produire une légère flexion dans l'articulation du genou.

d'occasionner temporairement un certain degré de gêne de la respiration.

Cependant, malgré les progrès du mal, la santé générale reste indéfiniment inébranlée. La nutrition en particulier, même chez les sujets à peu près complétement confinés au lit, continue à s'opérer normalement, aussi bien dans les membres réduits à l'impotence que dans l'ensemble. Il ne semble pas que la maladie puisse, par le seul fait des accidents qui lui sont propres, déterminer jamais directement la terminaison fatale. Celle-ci survient, sans doute, toujours par l'intervention de quelque affection intéressante. Une de nos malades présente, depuis quelques mois, des signes non équivoques de tuberculisation pulmonaire. Je vous rappellerai, à ce propos, que, ainsi que je l'ai fait remarquer maintes fois déjà, c'est là une complication assez fréquente à une période avancée des diverses formes de la sclérose spinale. *(A suivre.)*

MALADIES DE LA PEAU

HOPITAL SAINT-LOUIS. — **M. LAILLER.**

Des teignes.

Leçons recueillies par LANDOUZY, revues par le professeur (1).

Messieurs,

Ces prémisses anatomiques posées, nous commençons la description des teignes, et, pour éviter des redites qui seraient inévitables dans chacun des chapitres consacrés soit à la teigne faveuse, soit à la teigne tondante, je crois utile de placer ici les généralités portant sur la contagion, l'évolution et le traitement des teignes, quitte à revenir sur quelques-uns de ces points dans l'histoire particulière de chacune des variétés de teignes.

Sous le nom de teignes on entend les diverses affections causées et entretenues par la présence de végétaux dans les poils ou dans les substances cornées de la peau.

Si les teignes présentent des caractères variables suivant l'espèce de parasite qui leur a donné naissance, elles présentent aussi quelques caractères communs à toutes les variétés, tels sont la contagion, l'auto-inoculation, par exemple.

Les teignes sont éminemment contagieuses, elles le sont de l'homme à l'homme, des animaux aux animaux et de ceux-ci à l'homme. Cette notion de la contagion de l'animal à l'animal est de connaissance relativement récente, nous la devons à M. Lemaistre (de Limoges) et à M. Letenneur (de Nantes) qui ont fait voir que les veaux transmettaient la tondante aux vaches et qui ont prouvé l'auto-infection de tout un troupeau de bêtes à cornes.

Vous devez savoir, Messieurs, qu'il est toute une classe d'animaux, les rongeurs qui contractent fréquemment et facilement le favus, ainsi s'explique-t-on l'apparition de godets faviques chez un chat qui avait joué avec une souris couverte de poussière faveuse. Ce fait que le chat peut attraper le favus de rats ou de souris, rend très admissible la propagation de la teigne faveuse par l'intermédiaire de cet animal domestique avec lequel on laisse, chaque jour, jouer les enfants sans aucune méfiance. Si la transmission des affections parasitaires des animaux à l'homme est démontrée, il est moins prouvé que l'homme puisse transmettre la teigne aux animaux, et pourtant, M. Benutz m'a rapporté l'histoire d'un chien devenu favique après avoir mangé des cataplasmes qui avaient servi à recouvrir la tête d'un enfant atteint de teigne faveuse.

S'il semble bien acquis aujourd'hui que les teignes nous sont transmises par les animaux, médiatement ou immédiatement, nous ignorons comment ceux-ci les contractent: il est possible, probable même, que les parasites qui s'attachent aux animaux, aux rongeurs surtout, ne soient que des métamorphoses de champignons. Il est plausible de supposer que ces champignons subissent, à la faveur des conditions qui nous échappent, encore une série de transformations qui aboutiraient à leur donner la forme que nous savons: il se fait probablement là quelque chose d'analogue aux métamorphoses si nombreuses et si complètes des parasites animaux.

Quelques études et expériences ont été faites sur la culture des champignons inférieurs et ont donné, entre les mains d'un médecin allemand, Hallier, et d'un médecin suédois, M. Nystrom, des résultats qui, pour être fort incomplets, n'en sont pas moins encourageants et donnent assez raison à la manière de voir que je viens de vous énoncer; mais, ces travaux devront être repris car ils sont loin encore d'avoir porté la conviction dans tous les esprits.

Les éléments de diagnostic des teignes se tirent avant tout du siége de l'éruption. Les teignes se développent, je ne saurais trop vous le répéter, là où il y a des poils et des cheveux, si bien (je vous l'ai rappelé dans mon esquisse historique) que les auteurs ont longtemps désigné sous le nom de teignes toutes les éruptions du cuir chevelu.

L'apparence, la forme des lésions a, dans l'espèce, une importance capitale: les teignes affectent la disposition arrondie, la forme des éruptions qu'elles provoquent est nummulaire ce qui tient à ce que le champignon se développe par extension centrifuge. De nummulaires, les lésions teigneuses deviennent fréquemment annulaires le centre de la plaque guérissant alors que sa circonférence va chaque jour s'étendant. C'est de l'accolement d'anneaux ainsi formés que résultera une série d'arcs de cercles à bords festonnés dont la configuration prend en clinique une valeur diagnostique considérable, presque caractéristique si l'on se souvient qu'il n'y a guère que la syphilis, qui, dans des cas que nous aurons soin de déterminer, donne lieu à des éruptions circulaires et circinées; c'est là un point que nous traiterons avec tous les détails qu'il comporte quand nous ferons l'histoire de la tricophytie cutanée.

Un caractère important encore de toute lésion teigneuse, c'est sa superficialité, c'est ce fait, qu'elle intéresse seulement l'épiderme ou la couche superficielle du derme dans certains cas invétérés: une seule exception doit être faite à ce caractère général pour les cas de sycosis parasitaire dans lesquels se forment de véritables tubercules. C'est à leur superficialité même, que les lésions teigneuses doivent, à l'encontre de ce qui s'observe dans les lésions du derme, de ne point laisser habituellement de trace appréciable de leur existence: c'est là un élément de diagnostic rétrospectif dont la clinique peut avoir intérêt à se servir.

Les lésions s'accusent sur les productions épidermoïdes au même titre que sur l'épiderme; les cheveux sont altérés dans leur couleur, dans leur forme et dans leur consistance, c'est pourquoi les cheveux ou poils vous apparaîtront pâles, ternes, gris-cendrés et vous les verrez tomber ou se casser facilement.

Un fait qui, dans la pratique, a une importance diagnostique capitale, c'est l'auto-inoculation d'une lésion suspecte, c'est par exemple, l'apparition d'une éruption circinée sur le poignet d'un adulte qui se présentera avec un sycosis; c'est encore la simultanéité de l'éruption sur plusieurs membres d'une même famille; c'est encore l'apparition d'un godet favique sur le bras ou la jambe d'un enfant qu'on vous amènera avec une éruption du cuir chevelu dont l'aspect pourra avoir été notablement modifié soit par des grattages incessants, soit par une intervention thérapeutique.

C'est au jeune âge (le grand nombre d'enfants réunis ici vous le dit assez), que s'attaquent de préférence les teignes, et cela est si vrai que telle teigne, la tondante par exemple, semble s'éteindre spontanément quand finit l'enfance à telle enseigne, qu'une seule fois, j'ai vu un adulte porteur d'une teigne tondante du cuir chevelu. Parmi les enfants, ce sont surtout les lymphatiques et les misérables

(1) Voir le n° 45.

qui sont atteints : il en est de ces enfants scrofuleux, chétif et malingres comme de certains arbres qu'on voit couverts d'une luxuriante végétation de parasites alors qu'eux-mêmes sont mal venus et languissants.

Je vous ai dit que les teignes que vous ne verrez jamais influencer en bien, enrayées ou guéries par des affections intercurrentes, ne laissaient, dans la très-grande majorité des cas, aucune trace de leur passage : il n'y a d'exception à cette règle que pour les cas dans lesquels des irritations intenses de la peau, irritations spontanées ou provoquées, ont intéressé le derme, auxquels cas vous observerez des cicatrices.

On peut dire qu'aujourd'hui les teignes ne compromettent jamais la vie ni même n'altèrent jamais profondément la santé ; vous ne verrez plus, comme cela se voyait encore ici il y a une trentaine d'années, de pauvres enfants couverts de godets faviques s'étioler sous l'abondance et la confluence de leurs lésions parasitaires.

Les teignes, c'est là, Messieurs, une notion plus répandue peut-être dans le public que dans le monde médical, sont difficiles à guérir, et cela, d'autant que leur annciennneté est plus grande. Leur mode de guérison variable résulte, soit d'une évolution spontanée, qui fait que la maladie s'éteint sans qu'on sache pourquoi ni comment, soit d'un traitement approprié, soit encore des progrès de l'âge : c'est ainsi qu'il vous arrivera de voir la tondante disparaître chez un malade qui passera de l'adolescence à l'âge adulte. Les teignes enfin peuvent cesser faute de nourriture, le combat peut cesser faute de combattants, c'est-à-dire qu'un favus, par exemple, peut guérir après avoir fait absolument tout le tour de la tête et avoir amené une calvitie complète.

Le plus souvent, quand elles sont traitées à temps, les teignes guérissent sans calvitie ou, au moins, sans calvitie générale et définitive : la calvitie définitive étendue ne s'observe guère que dans les favus invétérés et dans quelques cas de pelade.

Eminemment variable, indéfinie pour les favus, la durée des teignes est subordonnée aux traitements employés, au terrain sur lequel elles évoluent et aux conditions hygiéniques dans lesquelles peuvent être placés les malades.

Une chose que vous ne devez pas ignorer, c'est qu'on peut observer sur un même sujet plusieurs variétés de teigne : je puis vous montrer un enfant entré dans mon service avec une pelade et qui a contracté dans les salles une teigne tonsurante.

Quand nous ferons l'histoire de chacune des teignes, je vous donnerai, Messieurs, aussi complétement que possible, l'indication des méthodes curatives que vous devrez mettre en œuvre : pour le moment, je me bornerai à des généralités thérapeutiques qui découlent naturellement des considérations dans lesquelles nous venons d'entrer.

Votre premier devoir en face d'une teigne est d'ordonner l'isolement : c'est là une mesure absolument indispensable et sans laquelle vous risquez d'infecter toute une famille ou tout un pensionnat. L'isolement est tellement nécessaire que, dans les cas où votre diagnostic resterait hésitant, vous devez vous prononcer et agir comme si la teigne était en pleine évolution. Ce que je vous disais tout à l'heure de l'évolution simultanée de plusieurs teignes prouve même que, dans les services destinés à leur traitement il y aurait lieu d'isoler les diverses variétés de teigneux comme cela a été fait avec grand avantage à l'Antiquaille de Lyon, où les enfants atteints de favus sont séparés de ceux atteints de teigne tondante.

A ce point de vue, le traitement des enfants dans la famille, le traitement externe est préférable au traitement hospitalier, d'autant plus, Messieurs, que la contagion d'une teigne, le traitement une fois commencé, est moins facile.

La durée du traitement variera avec le genre de teigne, le soin plus ou moins grand avec lequel sera traité l'enfant, la propreté enfin avec laquelle il sera tenu, propreté qu'on ne saurait rendre trop minutieuse dans l'intérêt de ceux qui soignent autant que dans l'intérêt de ceux qui sont soignés. Il m'est difficile, Messieurs, de vous donner une idée exacte de la durée moyenne d'un traitement ; tout ce que je puis vous dire, c'est que la moyenne de séjour des enfants traités dans notre service est d'une année.

Les moyens généraux que vous nous voyez employer sont l'épilation et les substances parasiticides.

Je vous parlais tout à l'heure des soins extrêmes qu'on devait apporter dans les pansements ; je reviens à dessein sur ce point dont l'importance ne saurait être exagérée. Si, comme on le pense dans le public, le traitement de la teigne fait à l'hôpital donne des résultats plus rapides que le traitement institué dans les familles, malgré l'agglomération des enfants et la promiscuité de diverses espèces de teignes, la raison de ce fait, que je crois vrai, doit être cherchée dans la manière dont sont dirigés et exécutés les divers pansements par des médecins et des épileurs exercés.

Ceux d'entre vous, Messieurs, qui suivent exactement le service, ont pu se convaincre que l'épilation n'était point chose aussi facile qu'on se l'imaginerait tout d'abord : l'habitude que demande cette petite opération, la difficulté de trouver, en dehors de Paris, de bons épileurs, font, qu'à plusieurs reprises, on s'est ingénié à chercher quelque médication qui pût remplacer l'épilation. Remplacer l'épilation serait certainement un progrès car, aux difficultés que je vous signale s'ajoute un inconvénient grave, la douleur atroce qu'accompagne presque toujours l'arrachement des cheveux et de la barbe. Divers moyens ont été employés en vue d'une sorte d'épilation spontanée ; ces moyens se proposent de déterminer une inflammation des follicules pileux et par suite la chute des poils, c'est, dans ce sens que des frictions avec de la pommade au croton ont été faites à Lyon par M. Mollière, c'est dans cette intention que vous m'avez vu traiter les tondantes avec une pommade composée d'axonge et de chlorure de sodium. La pratique n'a pas encore donné des résultats aussi beaux que le faisaient espérer les idées théoriques qui avaient inspiré ces divers essais, pourtant, les effets obtenus dans le service sont assez encourageants pour m'inviter à continuer ces essais dont je vous parlerai plus longuement à propos de la teigne tonsurante. Ce que je vous ai dit de la constitution habituelle des teigneux vous fait comprendre pourquoi toujours, en même temps qu'une médication locale, nous établissons un traitement général dont les reconstituants et les toniques font tous les frais. (*A suivre*).

PATHOLOGIE EXTERNE

De l'élongation hypertrophique de la portion vaginale du col de l'utérus,

Par le Dr **L.-E. DUPUY**, ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

Hypertrophie kystique ou glanduleuse. On sait que la muqueuse du col est abondamment pourvue de glandes en grappes, très-bien décrites par M. Sappey ; ces glandes présentent deux ou trois branches qui se subdivisent elles-mêmes pour se terminer en cul-de-sac. Fréquemment elles sont le siége d'une dilatation partielle ou totale et forment des espèces de kystes connus sous le nom d'œufs de Naboth. Lorque ces kystes augmentent de volume, leur développement exerce une action, presque constante sur les autres éléments anatomiques de la muqueuse qui s'hypertrophient ; il en résulte une variété de tumeurs du col décrites par *Huguier* (2) sous le nom de « polypes folliculaires » et par *Barnes* (3) sous la désignation de « polypes hypertrophiques ».

Ce dernier auteur insiste sur cette association fréquente de l'hypertrophie de certains éléments du col avec les polypes

(1) Voir le n° 41.

(2) Huguier. *Des kystes de la matrice et des kystes folliculaires du vagin.* — *Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. I, p. 241. Paris, 1847.

(3) Robert Barnes. — *Traité clinique des maladies des femmes.* Traduit de l'anglais, par A. Cordes. Paris, 1876, chez Masson, éditeur.

kystiques, fait qui, d'après lui, indique l'extrême activité de l'accroissement du segment cervical inférieur. Il ajoute que la structure de ces polypes est identique à celle du col hypertrophié sur lequel ils sont implantés et dont ils ne sont, en quelque sorte, qu'une excroissance.



Fig. 74. Hypertrophie et procidence de la portion vaginale, portant surtout sur la lèvre postérieure; polypes hypertrophiques (1). (D'après nature, par Barnes, extrait de son *Traité clinique*.)

On peut donc distinguer une variété d'*hypertrophie des lèvres du col avec procidence produite par l'évolution de polypes folliculaires*. Dans ce cas, le museau de tanche prolabé présente un aspect tout à fait particulier: de l'orifice externe se dégagent une série de petits polypes qui y sont appendus comme les grains de raisin à une grappe.

Si nous supposons maintenant que la masse kystique, au lieu de se pédiculiser et de former des polypes comme dans le cas précédent, reste au contraire enchâssée dans le tissu du col hypertrophié, nous aurons une seconde variété qui est l'*hypertrophie kystique proprement dite*.

En pareil cas, la partie prolabée n'est autre que le col hypertrophié renfermant les œufs de Naboth en plus ou moins grande quantité. La présence de ceux-ci se traduit à l'intérieur par des bosselures arrondies, séparées par de profondes scissures. A la coupe on trouve au milieu des éléments du museau de tanche hypertrophiés les glandes de la muqueuse cervicale devenues kystiques.

Dans l'observation suivante due à M. Gripat qui présenta les pièces en 1872 à la Société anatomique, l'hypertrophie kystique a porté sur la lèvre antérieure du col; celle-ci se dégageait entre les grandes lèvres en présentant l'aspect que nous venons de signaler. On observait à la partie antérieure de la tumeur des nodosités formées par les œufs de Naboth, et non pédiculées; en arrière, au contraire, les saillies étaient pédiculées et formaient des polypes folliculaires.

Il s'agit donc ici d'une forme d'hypertrophie kystique *mixte* présentant à la fois les caractères de l'une et de l'autre variété que nous venons de décrire.

Observation XI. — *Hypertrophie de la lèvre antérieure du col utérin; formations kystiques (œufs de Naboth).* (Gripat).

T..., mariée, âgée de 49 ans, entre le 19 juin 1872 à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Panas. — Entre les grandes lèvres sort une masse fongueuse, excoriée, grosse comme un œuf, formée par trois bosselures principales, ayant pour base la lèvre antérieure du col de l'utérus allongée, aplatie d'avant en arrière et étalée. A la partie antérieure se trouvent encore quelques petites saillies semblant être des œufs de Naboth devenus kystiques. En arrière le col paraît se prolonger moins loin, attendu que la base de la tumeur est cachée par des saillies pédiculées.

L'orifice de l'utérus est à 7 centimètres environ de la partie inférieure de la tumeur; il s'ouvre sur elle par une fente oblongue, regarde en arrière et en bas. L'hystéromètre s'enfonce de 9 centimètres et demi dans l'utérus qui n'est ni douloureux spontanément, ni sensible à la pression.

27 *juin.* Ablation avec le serre-nœud. Les tissus résistent tant qu'on ne peut amener la section par écrasement et qu'on enlève la tumeur avec les ciseaux au dessous du serre-nœud qui est laissé en place et tombe le soir. La section a porté à 2 centimètres au-dessous de la partie supérieure de la pente cervicale.

29. La malade se trouve si bien qu'elle voudrait quitter le service. Le repos au lit est néanmoins exigé.

1er *juillet*. La malade sort sur sa demande. Elle ne souffre pas. Par le toucher rectal on constate que l'utérus a remonté et que la lèvre antérieure est revenue au niveau de la postérieure. Avec le spéculum on voit que la surface de section très-nette est recouverte d'une eschare grise, les bords de la plaive sont rosés; il n'y a pas trace d'inflammation sur le corps. La plaive fait les 3/4 du tour de l'orifice cervical devenu rond.

18 *octobre*. Depuis sa sortie de l'hôpital, la malade est revenue souvent pour se faire examiner. Le col est aplati. La plaive s'est cicatrisée très-lentement et sans aucun accident.

Examen de la tumeur. La face antérieure présente trois bosselures principales, séparées par de profondes scissures, et à la base desquelles commence la muqueuse vaginale. La face postérieure est formée de deux bosselures principales, celle de droite plus grosse que celle de gauche; entre elles deux se voient un grand nombre de petites saillies pédiculées ressemblant dans leur ensemble à une grappe de raisin.

A la coupe on voit que la tumeur est formée de deux portions principales latérales séparées par une profonde scissure dans laquelle sont venues se loger les petites saillies de la face postérieure. On voit ainsi qu'elle est profondément creusée de cavités nombreuses, de dimensions variables, régulièrement arrondies, dont une surtout remplit presque entièrement la bosselure de droite. Ce sont des œufs de Naboth kystiques. — A l'examen microscopique, on reconnaît que la tumeur est bien une hypertrophie kystique du col de l'utérus.

Les hypertrophies kystiques du col de l'utérus ne sont point, du reste, excessivement rares. Huguier en a observé plusieurs et il en rapporte un cas fort intéressant dans son mémoire (Observation IX). Le col de sa malade était volumineux, mais lisse, soulevé de place en place par de petites éminences grosses comme des pois et qu'on regarda comme des kystes folliculaires. La tumeur ayant été enlevée, on reconnut que ce diagnostic était exact et que les bosselures étaient produites effectivement par des œufs de Naboth volumineux.

Hypertrophies vasculaires.— Ici nous distinguerons deux ordres de faits: l'hypertrophie porte à peu près exclusivement sur le système vasculaire, ou bien il y a simplement prédominance considérable de ce système. Le col utérin subit, dans le premier cas, une véritable transformation érectile et revêt, en conséquence, tous les caractères d'un angiome. Ces faits sont rares. Forget, dans une discussion à la Société de chirurgie, dit avoir publié une observation où le col avait subi cette transformation érectile.

Dans une autre série de faits, nous trouvons un col hypertrophié dans tous ses éléments, tel que nous venons de le décrire, présentant les particularités suivantes: plusieurs gros vaisseaux artériels pénètrent dans la base de la tumeur, qui offre une richesse vasculaire considérable. Tantôt les vaisseaux sont assez superficiels pour qu'on puisse en sentir les battements, tantôt ils sont placés profondément au centre de la tumeur, et alors le doigt, appliqué profondément sur la base de celle-ci, ne peut percevoir aucun battement et encore moins un mouvement d'expansion.

Ainsi dans l'observation suivante, que nous devons à notre maître, le docteur Demarquay, la lèvre antérieure du col avait acquis une longueur de 5 à 6 centimètres, et bien qu'on ne perçut aucun battement artériel, la richesse vasculaire de la tumeur était telle qu'après sa section, il survint une formidable hémorrhagie en arrosoir.

Observation XII. — *Ablation de la lèvre antérieure du col utérin hypertrophié. — Hémorrhagie grave. — Guérison.* (Demarquay).

En 1866, M. Demarquay fut consulté pour une dame de province, jeune encore, pour une prétendue chute de l'utérus, accompagnée d'écoulement

(1) *Société anatomique*, 1872.

muco-purulent et d'excoriations des parois du vagin; un pessaire avait été appliqué pour remédier à cet état de choses.

Un examen attentif découvrit que ce qui avait été pris pour le col utérin n'était que la lèvre antérieure du col hypertrophié, ayant acquis une longueur de 4 à 6 centimètres. Cette tumeur, qui arrivait à l'orifice vaginal, était souple, élastique, rosée et nullement douloureuse à la pression. Il y a douze jours, l'ablation fut pratiquée avec l'instrument tranchant, après abaissement préalable du col utérin. A peine la section était-elle faite qu'il survint une hémorrhagie en arrosoir, M. Demarquay appliqua un tampon de charpie trempé dans du perchlorure de fer, le col utérin étant toujours abaissé. Ce tampon maintenu en place pendant quelques minutes, arrêta l'hémorrhagie. On laissa alors l'organe reprendre sa place en y maintenant le perchlorure au moyen d'un tamponnement énergique. Au bout d'un quart d'heure, M. Demarquay quitta la malade en laissant auprès d'elle un de ses internes. Quand il revint, après une demi-heure, il la trouva en sang et sans pouls; il fit alors une nouvelle tentative de tamponnement qui ne fut pas plus efficace que la première. On ne triompha de l'hémorrhagie qu'avec le fer rouge et la glace portée pendant 24 heures à l'aide du spéculum dans la plaie sanglante. — Cette dame est très-bien maintenant, sauf un peu d'anémie. M. Demarquay rend attentif à deux points : la tumeur ne présentait point de battements; d'autre part, les règles avaient cessé depuis huit jours lorsque l'on pratiqua l'opération.

Rien, dans l'examen clinique de la tumeur, ne faisait prévoir ce développement vasculaire devant donner une hémorrhagie si formidable. Néanmoins M. Demarquay avait, à cette époque, distingué plusieurs formes différentes d'hypertrophies du col utérin, et notamment celle portant sur l'élément vasculaire. En conséquence, il s'était fait accompagner d'un aide intelligent et avait sous la main, au moment de l'opération tous les hémostatiques les plus énergiques.

D'autre part, il avait choisi pour opérer une époque assez éloignée des règles. L'observation qui suit est extraite de l'excellente thèse de M. Rumbach; elle fait voir à quels dangers peut s'exposer un chirurgien s'il néglige les précautions précédentes.

Observation XIII. — *Hypertrophie vasculaire de la lèvre antérieure du col utérin; ablation à l'aide d'un instrument tranchant. — Hémorrhagie artérielle formidable. — Guérison.* (Stoltz, de Strasbourg.)

Le 28 septembre 1864, je reçus un télégramme de M..., par lequel Mme H... me fit savoir qu'elle viendrait me consulter le 1er octobre. Je la vis effectivement entrer chez moi à l'heure de mes consultations.

Mme H... est petite, trapue, joufflue, grasse et ne paraissant nullement malade. Elle me raconta qu'elle était accouchée de son troisième enfant il y a six mois, qu'elle ne l'avait pas allaité, s'était remise promptement, mais que depuis quelque temps elle avait une incommodité qu'elle croyait être une descente de matrice.

La menstruation était exactement rétablie, revenait un peu en avance, et était très-abondante. Il existe aussi un peu d'écoulement blanc par le vagin; cet écoulement était quelquefois teint de sang. Quand elle est assise, elle éprouve un malaise aux parties, et, quand elle est pendant quelque temps debout, elle sent comme un bouchon entre les lèvres de la vulve.

Je l'examinai debout, et trouvai effectivement un abaissement prononcé de la matrice, mais en même temps un corps étranger comme suspendu au museau de tanche, un peu à droite. Au spéculum, je reconnus que le corps étranger, qu'on aurait pu prendre pour un polype, n'était autre chose que la lèvre antérieure du col, allongée en feuille de myrthe ou en fer à lance. La lèvre postérieure était plutôt raccourcie qu'allongée. Après avoir expliqué l'état des choses, je dis qu'il n'y avait qu'un moyen de faire disparaître ce corps gênant, l'amputation. Non-seulement on y consentit, mais Mme H... aurait voulu que j'y procédasse de suite dans mon cabinet. Me rappelant que ces ablations peuvent être suivies d'hémorrhagies inquiétantes, je conseillai à la consultante d'aller occuper une chambre dans une maison de santé.

A 5 heures du soir j'y étais arrivé, muni de tout ce qui était nécessaire, à l'exception d'hémostatiques puissants, comptant sur l'efficacité des injections froides et du tamponnement, n'ayant d'autre aide que le mari. J'arrangeai un lit de la manière ordinaire, vis-à-vis d'une croisée, j'y fis placer la malade en travers, les pieds sur des chaises. J'introduisis le spéculum dans le vagin pour examiner une dernière fois, puis je saisis la lèvre hypertrophiée et allongée avec la pince érigne de Museux et j'attirai au dehors. Avec des ciseaux forts je divisai la base en trois traits. Le sang coula bientôt en assez grande quantité pour exiger l'usage d'un hémostatique. L'éponge que j'introduisis dans le vagin et que je maintins sur place ne suffisait pas. J'appliquai le spéculum et vis nettement le sang sourdre du milieu de la plaie sous forme de jet saccadé, artériel. Je fis chauffer un cautère, que j'avais eu la précaution d'apporter, et le portai à différentes reprises sur le point d'où je voyais jaillir le sang. Loin d'arrêter la perte, on aurait pu croire qu'elle était activée. A chaque instant le vagin était rempli de caillots, et, dès qu'ils étaient retirés, il venait du sang en nappe. Je tamponnai alors avec de la charpie sèche, mais en moins d'une minute le tampon était traversé, puis ce tampon provoquait des douleurs, des soulèvements du diaphragme, il était expulsé.

L'opérée, étant forte et sanguine, supportait cette perte sans s'en sentir beaucoup affaiblie, le pouls était devenu très-petit, mais la connaissance restait. Un instant cependant elle pâlit, ferma les yeux, laissa tomber les bras et ne répondit plus que par monosyllabes. J'envoyai à la pharmacie chercher du perchlorure de fer. Pendant le temps qui s'écoula, j'eus beaucoup de peine à maintenir la respiration et à entretenir la circulation par des frictions, des éventations, l'eau froide jetée au visage, la position horizontale, la compression au moyen du tampon.

Enfin le perchlorure de fer arriva; je débarrassai le vagin et y poussai les tampons de charpie, dont les premiers étaient imbibés de perchlorure de fer pur. Cette fois l'hémorrhagie s'arrêta, grâce peut-être à la syncope, dont on eut beaucoup de peine à faire revenir l'opérée. Celle-ci se remit tellement vite néanmoins, qu'elle put se remettre en chemin de fer le lendemain et faire 88 kilomètres sans accident.

Dans les deux cas que nous venons de citer, l'hémorrhagie fut primitive; nous avons vu chez la malade de Marchal (de Calvi), dont nous avons résumé l'histoire (Observation III), une hémorrhagie survenir secondairement et amener des menaces de syncope; il est fort probable qu'il s'agissait également d'une hypertrophie vasculaire.

Plusieurs auteurs ont insisté, du reste, sur la richesse vasculaire que l'on observait fréquemment dans l'hypertrophie vaginale du col. Ainsi *Klob* (1), qui regardait cette maladie comme n'étant autre chose qu'une prolifération du tissu connectif, avait admis néanmoins que les vaisseaux y présentaient souvent un développement considérable. *Virchow* a fait aussi la même remarque.

Il résulte de ces divers détails que la connaissance de cette forme d'hypertrophie du col a une importance capitale au point de vue du traitement.

Nous étudierons, dans un chapitre distinct, les moyens de prévenir ou d'arrêter les hémorrhagies formidables survenant pendant l'ablation du col utérin. *(A suivre)*.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Ouverture des cours de la Faculté.

Les cours de MM. Sappey, Würtz, Gavarret, sont déjà commencés. Dans leurs premières séances ces professeurs ont, comme d'habitude, exposé des généralités de la science qu'ils enseignent. M. Würtz doit commencer incessamment son cours de chimie appliquée aux recherches médicales. M. Sappey se propose de faire l'étude complète du système nerveux, basée sur de nouvelles recherches faites en commun avec M. Duval. M. Gosselin a consacré sa première leçon aux pansements. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des différents cours à mesure qu'ils s'ouvriront.

Ouverture du cours de M. le professeur Hardy.

M. le professeur Hardy a commencé le 6 novembre ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité, au milieu d'un nombreux concours de médecins et d'élèves. La leçon d'ouverture a été consacrée à des considérations générales sur l'interrogation des malades et les différentes méthodes qui conduisent au diagnostic exact. L'anatomie pathologique, en confirmant ou en infirmant le jugement porté par le médecin, constitue l'une des sciences dont le concours est le plus profitable à la clinique. M. le professeur Hardy se propose, en conséquence, toutes les fois que l'occasion se présentera, de mettre sous les yeux des élèves les pièces anatomo-pathologiques provenant du service, et même de pratiquer à l'amphithéâtre, les autopsies les plus inté-

(1) Klob. *Anatomie pathologique des organes sexuels de la femme.* Vienne, 1864.

ressantes. — La deuxième partie de la leçon a été consacrée à l'étude sommaire des lésions anatomiques principales de la *dothiénentérie*, avec présentation de pièces anatomiques à l'appui.

Clinique médicale : M. le professeur Sée.

M. le professeur G. SÉE a repris lundi dernier, à l'Hôtel-Dieu, ses leçon de clinique médicale. Dans cette première leçon, il a cherché à caractériser l'enseignement des grands maîtres qui ont illustré la clinique de l'Hôtel-Dieu: Chomel, Rostan, Trousseau, Grisolle, Béhier. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici cette étude intéressante, mais nous devons nous borner à indiquer le plan que se propose de suivre M. Sée. Le but de la clinique est avant tout le diagnostic, et l'on ne saurait apporter trop de soin à l'examen approfondi des malades et à l'étude de la marche des maladies; la seule façon d'apprendre la médecine est de prendre des observations.

Le professeur de clinique a le devoir de guider les élèves dans l'examen des malades; mais là ne se borne pas son rôle; il doit encore, pour les aider dans cette tâche, grouper les symptômes essentiels, et établir la valeur hiérarchique de ces symptômes; car ainsi seulement ils resteront fixés dans la mémoire. Cette étude, pour être fructueuse, doit être basée sur la physiologie appliquée à l'homme malade, en d'autres termes, elle doit reposer sur la pathologie.

La thérapeutique elle-même, qui est la conclusion nécessaire du diagnostic, et que l'on a trop négligée jusqu'ici dans l'enseignement clinique, ne peut être faite sérieusement que si elle a pour point de départ la physiologie pathologique. Pour appliquer les médicaments, il faut connaître leurs propriétés physiologiques et leur action sur l'homme sain et l'homme malade. Il faut aussi connaître les indications dérivant des notions pathogéniques que nous avons de la maladie.

Le programme de M. Sée sera donc le suivant: Les mardis, jendis et samedis seront spécialement consacrés à l'examen des malades par les élèves. Les autres jours, le professeur discutera à l'amphithéâtre, dans une première partie de la leçon, les éléments du diagnostic des malades nouveaux; dans le reste de la leçon, il étudiera plus particulièrement et d'après les principes indiqués plus haut, les *maladies de l'estomac*. Cette étude aura lieu les lundis et vendredis. Les mercredis, la seconde partie de la leçon sera consacrée à l'étude thérapeutique de quelques médicaments et tout d'abord des *alcalins*, dans leurs applications à la clinique.

L'inventeur du Forceps à double courbure.

Tel est le titre d'un travail lu au mois d'avril dernier devant la Société obstétricale de Dublin par un accoucheur dont la science profonde, les travaux remarquables et le caractère équitable sont connus et appréciés du monde entier, M. Mc Clintock. Les opinions qu'il a émises, celles qui ont été formulées dans le cours de la discussion par des hommes également considérables, G. Kidd, L. Atthill, More Madden et Byrne ne sauraient être acceptées sans conteste (1) : et comme il s'agit d'une question de priorité scientifique grave et souvent discutée déjà, on comprendra que nous prenions la défense d'un des plus illustres représentants de l'Obstétrique française.

Le forceps primitif, on le sait, était droit. A qui doit-on l'invention de la seconde courbure qu'il possède aujourd'hui, courbure sur les bords qui se rapprochant de celle présentée par la face antérieure du sacrum permet d'aller l'appliquer sur une tête retenue au-dessus du détroit supérieur? Est-ce à Levret? Est-ce à Smellie? Presque tous les auteurs, et la plupart des auteurs anglais eux-mêmes, s'accordaient à reconnaître que Levret avait véritablement, le premier, imaginé le nouveau forceps, quelques années avant la publication du livre de Smellie. Un troisième, Benjamin Pugh, viendrait aujourd'hui, et à juste titre suivant la Société obstétricale de Dublin, disputer à Levret et à Smellie le mérite de l'invention. La chose en valant la peine au point de vue historique, nous allons préciser les faits et entrer dans les détails que comporte cette question.

Il y a dans le récent travail de M. Mc Clintock deux parties : dans la première, il discute la priorité entre Smellie et Levret ; dans la seconde, il croit pouvoir affirmer que Benjamin Pugh les avait précédés tous les deux d'un certain nombre d'années.

I. « En ce qui concerne la date, dit M. Mc Clintock, il ne nous semble pas qu'une grande différence existe entre Levret et Smellie, et il est fort possible que chacun ait, de son côté, imaginé la même modification. » Textes en main, témoignages et dates à l'appui, il existe au contraire une différence de plusieurs années, de quatre années au moins, entre les publications de Levret et celles de Smellie. Nous allons le prouver.

» La première édition du grand *Traité des accouchements* de Smellie, dit M. Mc Clintock parut à la fin de l'année 1751. La date marquée sur la première page est 1752, mais le livre fut certainement publié en 1751, car j'en ai lu un compte-rendu dans *The British Register* du mois d'octobre 1751 : il est probable que l'auteur, ainsi qu'on le fait habituellement, a daté son ouvrage non de l'année qui se terminait, mais de celle qui allait lui succéder. » C'est dans une observation datant de 1752 qu'on trouve, par la suite, une allusion à la nouvelle courbure du forceps. « Ne pouvant parvenir à saisir solidement à l'aide du for-
» ceps droit et court une tête restée la dernière et retenue
» au-dessus du détroit supérieur, et cela en raison de la
» courbure du sacrum, je fus conduit, dit Smellie, à ima-
» giner un instrument dont les cuillers fussent plus larges
» et courbées sur un bord. » Dans une autre observation datant de 1753, Smellie dit encore : « Je résolus de me
» servir d'un forceps courbé sur ses bords de façon à
» s'adapter à la forme du sacrum. Cet instrument avait
» été imaginé quelques années auparavant *par moi-même*
» *et par d'autres médecins* afin de pouvoir aller saisir
» plus haut dans le bassin et d'une façon plus solide, la
» tête lorsqu'elle se présente. » Tels sont les titres de Smellie rappelés par M. Mc Clintock lui-même. Exposons maintenant ceux de Levret.

C'est au commencement de l'année 1747 que Levret publia son célèbre volume intitulé : *Observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux*. Ce livre était écrit depuis l'année 1746 ainsi que le prouvent l'approbation et le privilége du roi (29 novembre

(1) Voyez *The Obstetrical journal*. — August. 1876, p. 330.

et 23 décembre 1746), annexés à l'ouvrage. Levret y expose les modifications qu'il a apportées au forceps : l'une d'entre elles, la troisième, a pour but de prévenir les déchirures de la fourchette.

« Pour remédier à cet inconvénient, dit-il (p. 97), j'ai fait faire un forceps *courbe* qui ne diffère point d'ailleurs des dimensions du premier : j'en ai pris l'idée sur les tenettes courbes qui sont d'usage dans l'opération de la lithotomie. »

Et à la fin de son livre, il met en note :

« Des personnes fort habiles ont bien voulu me prêter une opinion que je n'ai point eue à l'égard du FORCEPS COURBE.... (1) »

Ce qui a pu faire supposer que la nouvelle courbure du forceps ne remontait pas à cette époque, c'est une critique adressée à Levret par un anonyme, critique parue dans le *Journal des Sçavans* du mois d'août 1749. Cet anonyme s'exprime ainsi : « Les préliminaires de la paix ne furent pas plutôt signés, et les passages devenus libres, que je fus en Angleterre à dessein d'y acquérir des lumières, dont l'amour de mon état me dicte toujours la nécessité, et cela en y fréquentant les personnes les plus en réputation dans la ville de Londres. Dans le nombre des sçavans que j'eus l'honneur de voir en cette ville, furent le docteur Layard, le laborieux Unter, et l'ingénieux Faucaud, tous trois en correspondance littéraire avec M. Levret ; ce furent ces messieurs qui me parlèrent de la découverte de ce chirurgien, et l'un d'eux m'ayant prêté son livre, je le lus avec beaucoup de plaisir.... » Et plus loin il ajoute : « Mais une chose qui fera infiniment d'honneur à M. Levret, en supposant qu'elle réussisse, c'est la nouvelle courbure qu'il a donnée à cet instrument. Mais pourquoi M. Levret nous a-t-il privé de la figure de cet instrument ? Est-ce qu'il ne serait encore existant qu'en idée ? »

Levret a répondu de deux façons. D'abord il publia en septembre 1749, la note suivante : « *Extrait des registres de l'Académie royale de chirurgie de Paris du* 2 *janvier* 1747. M. Levret a présenté à l'Académie un nouveau forceps *courbe*, imaginé pour dégager la tête de l'enfant enclavée au passage, et arrêtée par les os pubis. Ce forceps est entaillé de même que le forceps droit, à sa jonction ; il a les dimensions toutes semblables, et est évidé dans toute l'étendue des ouvertures qui sont à chacune de ses branches.

« Le présent extrait a été délivré à l'auteur pour en faire l'usage qu'il jugera convenable, par nous soussigné secrétaire de l'Académie royale de chirurgie pour les correspondances. — A Versailles, le premier août 1749. — *Signé* : HERVIN. »

Plus tard, dans la préface d'un nouveau volume (Suite des observations sur, etc., etc.), Levret dit : « Si je n'ai dans mon ouvrage, donné la figure de ce forceps qu'en description, c'est que, lorsque je le présentai *en original* à l'Académie royale de chirurgie, la planche était gravée, et le livre imprimé pour la plus grande partie, et que je n'imaginais pas que cette légère omission pût jamais m'attirer un reproche aussi sensible. (p. XXII.)

Ce second volume, qui contenait la description détaillée du forceps, des planches qui le représentaient et des observations dans lesquelles l'auteur en avait fait usage, parut au commencement de l'année 1751. Le privilége du roy lui avait été accordé dès le 23 septembre 1750.

(1) Ces mots sont imprimés en lettres capitales dans le texte même de Levret, p. 159.

Ainsi donc ces livres de Levret avaient tous deux paru avant le commencement de la publication de l'ouvrage de Smellie et son forceps était connu depuis 1747 à Paris, depuis 1749, au plus tard, à Londres. Et on ne peut supposer pour Levret, comme l'a fait M. Byrne, que les Français n'étaient alors nullement au courant de la littérature anglaise (extremely unacquainted), puisque, le critique anonyme lui-même nous l'apprend, Levret était en correspondance littéraire avec MM. Layard, Unter et Faucaud, de Londres. Il avait même envoyé à la Société royale de Londres, un manuscrit « Sur un crochet méchanique pour l'extraction du corps de l'enfant hors de la matrice quand la tête a été arrachée par quelque accident. »

Nous ajouterons que si Smellie avait eu alors imaginé, et le premier, la nouvelle courbure, ses confrères anglais en eussent certainement eu connaissance, et ils n'auraient pas manqué, ainsi que l'anonyme qui ne ménageait pas à Levret ses critiques, d'en prévenir l'accoucheur français. Du reste Smellie lui-même ne réclamait pas pour lui la priorité de l'invention. En résumé, il reste démontré ;

1° Que Levret a présenté son nouveau forceps courbe le 2 janvier 1747 ;

2° Que son instrument était connu à Londres dès 1749 ;

3° Que ce n'est qu'après 1751 que Smellie a parlé du forceps à double courbure ;

4° Enfin, que Smellie lui-même ne prétendait pas être l'unique inventeur de cet instrument.

Donc, les textes, les dates, les rapports de Levret avec les accoucheurs anglais, les critiques même de l'anonyme, tout prouve nettement que c'est à Levret et non à Smellie qu'est due la nouvelle courbure du forceps.

II. Il n'en serait rien cependant, et, suivant M. Mc Clintock, l'honneur tout entier devrait en être rapporté à Benjamin Pugh. « Il est, dit-il, un autre écrivain anglais, contemporain de Smellie, dont le Traité d'accouchements est très-peu connu ou très-peu cité ; mais d'après l'étude que j'ai faite de son livre, je le regarde comme un des praticiens les plus sagaces de son époque, quoi qu'il fut châtié et concis dans son style. Cet écrivain est Benjamin Pugh. C'était un chirurgien de province qui exerçait à Chelmsford, dans le comté d'Essex. Son Traité d'accouchements a été publié en 1754. Pugh dit dans sa préface :

« J'insisterai autant que cela me sera possible, sur la description et le mode d'emploi des instruments tant d'accouchement que de chirurgie, que j'ai moi-même inventés. J'en ai constaté pendant de nombreuses années les excellents effets : grâce à eux, je n'ai pas eu, depuis quatorze ans, à perforer une seule tête de fœtus, et je ne doute pas que les médecins ne soient sensibles aux avantages qu'ils offrent. Le forceps courbe que j'ai inventé il y a déjà quatorze ans (c'est-à-dire en 1740, fait remarquer M. Mc Clintock), a été exécuté par un ouvrier de M. Archer, coutelier, habitant à Chelmsford. La différence qui existe entre cet instrument et le forceps droit et court est de tous points considérable. »

« Pugh était, sans aucun doute, un ardent défenseur du forceps à double courbure. Il possédait un forceps long et un forceps court, et tous deux avaient la seconde courbure ou courbure pelvienne. L'un mesurait 27 centimètres, l'autre 38 centimètres de longueur. Dans trois passages de son livre il fait cette remarque qu'il se sert du forceps courbe depuis quatorze ans. »

La communication de M. Mc Clintock est, au point de vue historique, excessivement intéressante. Elle montre que, en 1754, à Chelmsford, un accoucheur instruit et

habile possédait un forceps long et un forceps court, tous deux offrant une courbure pelvienne. Cela suffit-il pour démontrer que Pugh en avait été véritablement l'inventeur dès 1740? Nous ne le croyons pas. Qui ne voit à quels résultats et à quels conflits on arriverait si la doctrine de M. Mc Clintock était une fois admise. Il suffirait d'une phrase, d'une assertion *tardive* d'un auteur peu connu, même par ses contemporains et ses compatriotes, pour que, un siècle plus tard, toute priorité bien établie pût être remise en question. Ces questions de priorité sont en général résolues : soit par la publication d'un livre qui fait date, soit par une présentation ou une communication faite par l'auteur devant une société savante L'une et l'autre font défaut à Benjamin Pugh. Il n'a même pas pour lui le témoignage de ses contemporains.

On a demandé à Levret de montrer que son forceps existait véritablement, et dès 1749, il l'a prouvé par des témoignages indiscutables. Peut-on démontrer d'une façon aussi nette que, dès 1740, B. Pugh avait imaginé la double courbure du forceps et s'en servait ? Telle est la question. Nous ne mettons certainement pas en doute l'exactitude des souvenirs de Pugh, mais il ne lui manque qu'une chose, c'est que son livre ait été publié en 1740.

Donc, jusqu'à plus ample informé et malgré l'estime que nous avons pour M. Mc Clintock, G. Kidd, etc., nous ne pouvons accepter leur opinion et nous croyons qu'ils devront abandonner complétement la priorité de l'invention à l'accoucheur français ; elle est indiscutable Ce qu'ils peuvent faire, c'est de mettre en comparaison et en balance Smellie et Pugh comme vulgarisateurs de l'instrument de Levret en Angleterre, et sur ce point encore Smellie, assurément, aurait la priorité.

A cette question : Quel est l'inventeur du forceps à double courbure ? nous croyons donc qu'on doit répondre sans hésiter : C'est LEVRET.

P. BUDIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 novembre 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. BALL donne à la Société la relation d'un fait clinique, sans exemple dans la littérature scientifique. Il s'agit d'une femme syphilitique, âgée de 41 ans, qui en février 1875 fut frappée d'hémiplégie de la sensibilité et de la motilité du côté droit. M. Ball vit la malade en février 1876, à cette époque l'hémiplégie avait diminué : mais il y avait strabisme et paralysie du moteur oculaire externe a gauche avec contraction de la pupille à gauche, mydriase à droite. Tous ces symptômes justifient le diagnostic : tumeur cérébrale syphilitique. Sous l'influence d'un traitement spécifique, les phenomènes diminuaient d'intensité, quand le 20 mars on constata un gonflement douloureux avec rougeur et chaleur de la moitie inférieure de la face à droite, sans engorgement ganglionnaire et avec accélération du pouls. Le lendemain tous ces phénomènes disparurent sans desquamation. Le 10 avril les mêmes symptômes se reproduisirent pour disparaitre aussi rapidement. Cet érythème douloureux doit être rapproché du strabisme et des phénomènes pupillaires et peut être attribuée au grand sympathique. C'est la reproduction clinique de la fameuse expérience de M. Cl. Bernard sur l'oreille du lapin.

M. HAYEM expose sa méthode d'examen du sang et, en particulier, son procédé pour déterminer la puissance colorante des globules rouges. Il a dû renoncer à mesurer par transparence la coloration des mélanges sanguins; car dans ces conditions, la teinte du liquide paraît toujours moins forte qu'elle ne l'est en réalité. Voici comment il procède en utilisant le mélange qui a servi a la numération des globules. Il verse ce liquide dans une petite cuvette collée sur une lame de verre et il en compare la couleur à celle des rondelles a teintes dégradées, constituant une échelle allant de 1 a 15. Le numéro 1 représente la teinte fournie par la dilution du sang renfermant 6 millions de globules normaux par millimètre cube : en prenant successivement du sang de moins en moins riche en globules, on a les numéros 2, 3, etc., jusqu'a 15. D'après cette méthode nº 1 correspond à 6 millions de globules et à une richesse de sang en hémogloline R = 1. Nº 2 correspond à 5 millions et demi de globules et à une richesse de sang en hémogline = 0.916, etc. Mais au-delà du nº 7, il est difficile d'apprecier la coloration : on peut alors prendre le double, le triple de sang pour faire le mélange et, de la coloration obtenue, on déduit aisément la richesse colorante de ce sang plus pauvre.

Dans tout examen de sang M. Hayem détermine : 1° le nombre de globules rouges N ; 2° la richesse en hémoglobine R ; 3° la qualité individuelle des globules (G). Par la méthode graphique, en faisant plusieurs examens du même sang à des jours différents, il arrive a établir trois courbes correspondant à N, R et G. Voici quelques-uns des résultats auxquels est arrivé M. Hayem.

A l'état *physiologique*, au dessus de 4 millions de globules G varie peu; au-dessous de ce chiffre au contraire la valeur individuelle des globules s'éloigne de la normale. Celle-ci paraît être la même dans les deux sexes ; chez les nouveaux nés G s'élève a 1, 05 et on constate que les globules ont des dimensions moyennes supérieures a celles du sang de l'adulte. Dans les *anémies*, G est extrêmement variable : M. Hayem ne l'a jamais vu descendre au-dessous de 0, 30. Dans toutes les anémies, en dehors du traitement, G est inférieure à 1. Mais, dans les anémies profondes, il peut atteindre et dépasser la normale. Dans ces cas, le nombre des globules diminue de plus en plus et ceux-ci présentent des dimensions considérables. C'est ainsi que dans un cas d'anémie essentielle traité par les ferrugineux, le sang ne renferma que 404.000 globules par millimètre cube et leur valeur s'éleva à 1, 34, chiffre le plus élevé que M. Hayem ait encore trouvé.

M. Hayem ajoute qu'il a aussi employé le colorimètre pour déterminer la teinte du sang ; bien que ses essais aient donné des résultats peu satisfaisants, il pense qu'on pourra un jour se servir avec avantage de cet instrument.

M. GUBLER, à propos de l'augmentation de volume des globules dans le cours des cachexies profondes, rappelle qu'il a déjà signalé ce fait dans la maladie bronzée. Dans cette affection les globules sont peu nombreux et très-volumineux.

M. HAYEM. C'est la règle dans toutes les anémies extrêmes.

M. BOUCHARD recommande l'emploi de l'iodure double de mercure et de potassium pour l'analyse qualitative et quantitative des alcaloïdes dans l'urine. En présence de ces substances, ce réactif donne un précipité qui se dissout par la chaleur, reparaît par le refroidissement, se dissout enfin dans l'alcool. Dans une précédente communication, M. Bouchard a déjà signalé diverses sources d'erreurs, tenant à une mauvaise préparation du réactif, à la présence d'urates de mucine dans les urines, et enfin à leur grand alcalinité : il a aussi indiqué comment on peut les éviter. Il faut en outre séparer par la filtration le précipité qui se forme dans les urines albumineuses. On peut se servir de ce réactif pour le dosage des alcaloïdes, dont les iodures doubles sont peu solubles, la strychnine et la quinine par exemple. On peut ainsi doser jusqu'à 6 dix-millièmes de sulfate de quinine. Dans un verre cylindrique ayant 5 centimètres de diamètre et 8 centimètres de hauteur on verse 100 cc. d'eau distillée et 2 cc. du réactif. Dans cette solution on verse goutte à goutte l'urine à examiner et on s'arrête dès qu'en un point on peut percevoir une opalescence du liquide. Cette méthode, d'une grande sensibilité, est commode et assez expéditive à chaque dosage durant de 10 à 15 minutes. Pour les autres alcaloïdes on peut se servir de la même méthode, après avoir déterminé la quantité de cette substance qui donne une teinte sensible.

M. DASTRE communique les conclusions et recherches qu'il avait autrefois entreprises sur les principes immédiats

communs aux végétaux et aux animaux dont M. Berthelot a entretenu la Société dans sa dernière séance. La lécitine et la cérébrine, graisses oléophosphorées, se trouvent dans le cerveau, les nerfs, l'œuf, le sang, l'ovaire : dans le règne végétal on en constate la présence dans les graines, surtout au moment de la germination.

M. Gellé dépose sur le bureau deux notes au sujet de faits cliniques intéressants qu'il a récemment observés. La première est la relation d'une hémorrhagie vulvaire chez une petite fille de 5 jours. La seconde est une observation d'hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie complète de la sensibilité et du mouvement. Cinq jours après l'attaque, l'œil et l'oreille avaient déjà recouvré complètement leurs fonctions, tandis que l'hémianesthésie persistait dans le reste du corps.

M. Badal signale l'influence des anomalies de la réfraction sur les maladies des voies lacrymales. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 novembre 1876. — Présidence de M. Chatin.

M. Devergie, à propos des observations échangées dans la dernière séance entre MM. J. Guérin et Depaul, fait valoir les services que peut rendre le microscope dans l'examen intime du lait de la nourrice.

M. J. Guérin insiste sur la valeur de l'allaitement artificiel et de l'appropriation du lait des animaux aux facultés digestives des nouveau-nés.

M. Blot est d'avis que le microscope ne peut révéler rien autre chose, dans la pratique journalière, que la présence possible d'éléments étrangers au lait. Quant aux idées émises par M. J. Guérin, il ne les partage pas et fait ressortir l'influence de la campagne dans l'énumération des succès rapportés à l'allaitement artificiel.

M. L. Le Fort entretient l'académie d'une nouvelle méthode de traitement des rétrécissements de l'urèthre : dilatation immédiate progressive. Il emploie cette méthode depuis sept ans avec des résultats des plus favorables. Elle consiste à placer dans l'urèthre pendant vingt-quatre heures une bougie dont la présence dans le rétrécissement a pour conséquence d'enflammer légèrement les tissus, de les ramollir et de les rendre plus extensibles. Cette bougie porte un ajutage métallique auquel on visse un premier cathéter conique dont la partie la plus large a trois millimètres de diamètre ; le cathéter, poussant devant lui la bougie qui le guide et l'empêche de faire fausse route, est engagé doucement dans le rétrécissement dont il commence la dilatation. On le retire et il entraîne avec lui la bougie qui s'était repliée dans l'urèthre, mais on ne laisse sortir hors du méat que le talon de la bougie. Le cathéter n° 1 est dévissé et remplacé par le cathéter n° 2 dont le cône, plus marqué, a vers sa base cinq millimètres. On l'engage de la même façon dans le rétrécissement et on le remplace par un troisième dont le diamètre va jusqu'à sept millimètres. On peut ainsi, dans une seule séance, dilater complétement des rétrécissements serrés, même ceux dont les parois indurées offrent une certaine résistance à la dilatation. L'opération ajoute M. Le Fort, est des plus faciles puisque grâce à la bougie conductrice toute fausse route est impossible : la douleur est si faible qu'on ne saurait songer à l'anesthésie : l'écoulement de sang absolument exceptionnel se borne même alors à quelques gouttes apparaissant au méat ; enfin, depuis sept ans qu'il emploie cette méthode, M. Le Fort n'a jamais vu survenir d'accidents ; et les phénomènes morbides se sont bornés dans les cas les plus graves, à un accès de fièvre urèthrale dont le sulfate de quinine a fait facilement justice. M. Léon Le Fort résume sa communication dans les conclusions suivantes :

« Il n'est pas d'opération, pas de méthode thérapeutique » capable d'amener immédiatement la guérison définitive des » retrécissements de l'urèthre. Dans l'immense majorité des » cas, la récidive survient si le malade cesse trop tôt de re- » courir fréquemment au cathéterisme. Le cathéterisme étant » le complément obligé de toutes les méthodes, la dilatation » simple resterait la méthode la plus sûre et la meilleure, si » elle n'avait l'inconvénient d'être peu efficace dans les rétré- » cissements très-étroits et indurés, si son emploi dans ces » cas, alors que le rétrécissement n'est pas encore dilaté, » n'exposait à l'apparition d'accidents caractérisés par le nom » de fièvre urèthrale, et si enfin, même dans les cas simples, » la dilatation lente n'exigeait pas un traitement d'assez » longue durée. »

Le procédé, que M. Le Fort soumet au jugement de l'Académie, a pour but de supprimer les lenteurs du traitement ordinaire par la dilatation simple et de rendre inutile dans la grande majorité des cas, sinon dans tous, l'opération de l'uréthrotomie interne ou de la divulsion. Lorsqu'une bougie a séjourné vingt-quatre heures dans un rétrécissement, elle a amené, dans les tissus avec lesquels elle est en contact, une modification qui se traduit par une extensibilité plus grande. Si le rétrécissement est assez peu serré pour qu'on puisse y engager une bougie de trois millimètres et s'il y a peu de résistance, on peut faire séance tenante la dilatation au moyen de bougies, dites en gomme, qu'on introduit successivement, numéro par numéro, jusqu'à ce que le diamètre de sept millimètres au moins ait été obtenu. Si le rétrécissement est serré et en même temps résistant on peut, au moyen de cathéters métalliques coniques, munis d'une bougie conductrice, obtenir en une seule et exceptionnellement en deux séances, la dilatation du rétrécissement. C'est ce procédé que M. Le Fort désigne sous le nom de Dilatation immédiate progressive. Comme toutes les autres méthodes elle ne met à l'abri de la récidive que si le malade continue à faire usage du cathétérisme par les bougies ordinaires, jusqu'à ce que la tendance à la rétractilité des parties jadis rétrécies ait complétement cessé. —La séance est levée à 5 heures (1). A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances de juin 1876. — Présidence de M. Charcot.

Thrombus de l'artère cardiaque gauche. — Rupture du cœur; par M. A. Doléris, interne provisoire.

P..., 75 ans, est admis dans le service de M. Bouchard, à Bicêtre, le 27 mai 1876. — Ce malade est arrivé dans un état de subdelirium qui ne permettait pas d'obtenir de lui des renseignements précis; il se plaignait seulement d'une douleur vague dans la région épigastrique, s'irradiant à la base du thorax et vers les hypochondres; cette douleur s'exaspérait par moment; à cette exaspération s'ajoutaient des accès dyspnéiques. — Au moment de son arrivée, les phénomènes douloureux étaient mal accusés; le malade, peut-être en raison de son état de subdélire se plaignait peu, et de plus le contact ou la pression ne provoquaient aucune sensation bien vive; la face était colorée ; le pouls petit et fréquent; la radiale portait des marques d'adhérome; à la main la température paraissait normale et rien ne donnait à penser qu'il y eut de la fièvre sinon très-modérée ; la langue était humide et saburrale.

A l'*auscultation* de la poitrine on ne constatait que des signes de catarrhe bronchique chronique ; au cœur, on constatait que les bruits existaient quoique lointains, mal frappés par moments et d'une irrégularité remarquable : à des séries de battements précipités succédait une suite de battements très-lents; quelques intermittences et des faux pas assez fréquents. En un mot on trouvait des symptômes accusant un cœur vieux dont les orifices devaient être altérés, dont l'exercice était, en plus, troublé par une dégénération du tissu. La *percussion* dénotait une matité augmentée à la région cardiaque et faisait supposer une hypertrophie qui concordait bien en apparence, avec les lésions présumées d'une part, et avec le trouble chronique de l'appareil respiratoire d'autre part. — Pas de phénomènes accusés du côté du système digestif, à moins que l'on n'eût voulu rapporter, à l'estomac la douleur qui occupait la région correspondante ; pas de renvois, pas de vomissements. Perte absolue de l'appétit. Fonction urinaire normale.

Les renseignements rétrospectifs puisés à différentes

(1) Dans le compte-rendu de la dernière séance, au lieu de Bétot, il faut lire *Bitot*.

sources nous ont permis d'établir quelques antécédents de nature à compléter l'histoire de la maladie : Le début remontait à une huitaine de jours environ, et avait été marqué par l'invasion de la douleur seulement ; l'interne de garde appelé près du malade ne constata rien de particulier du côté du cœur, sinon quelques irrégularités et un peu d'hypertrophie. Dans la même journée les douleurs s'étaient calmées, mais vers le soir survint une syncope. A partir de ce moment, l'appétit diminua sensiblement ; la douleur apparaissait de temps à autre sous forme d'oppression très pénible dans la région orbiculaire, mais le malade n'en resta pas moins dans sa salle durant les huit jours qui suivirent le début. Il fut pris la veille de son entrée, d'un commencement de délire. L'interne de garde ne constata rien de particulièrement grave du côté du cœur et du poumon; il existait toujours un état de malaise et d'endolorissement général mal défini. La température était franchement fébrile. (38°6). Le malade entra à l'infirmerie où nous le retrouvions à la visite du soir dans l'état déjà mentionné.

Durant toute la nuit du 27 au 28, douleur violente, délire intense. Au matin un peu de calme, mais il y a encore une agitation marquée pendant la journée du 28. — Apyrexie. — Pendant la nuit du 38 au 29, la douleur et les crises dyspnéiques reparaissent avec l'exaspération du délire; le malade dit des paroles incohérentes, il change à chaque instant de position, il veut se lever.

29 *mai*. Il se plaint un peu moins que pendant la nuit, et son agitation se modère notablement : il parle cependant et remue pendant toute la journée... Vers huit heures du soir il expire tout à coup. — On n'avait constaté aucune modification dans l'état local depuis la date de l'entrée.

Autopsie : *Estomac* très-aminci au niveau du grand cul-de-sac : Coloration rouge vineuse intense, arborisations et ramollissement de la muqueuse. — *Poumons* sains, un peu diminués de volume; ils semblent avoir subi une certaine compression. Quelques dilatations bronchiques, infiltration et inflammation chronique de la muqueuse des bronches. *Reins* : volume à peu près normal, quelques zônes rares et disséminées de dégénérescence graisseuse; il y a des pyramides dont le volume est diminué et la coloration pale. *Encéphale* : lésions multiples disséminées dans les centres moteurs, la cause corticale, etc ....

Le *péricarde* contient un énorme caillot sanguin qui remplit entièrement sa cavité... La face externe du caillot est homogène, lisse et n'adhère qu'en quelques points au feuillet péricardique pariétal. En ces points il existe à la surface de la séreuse un exsudat, peu épais, jaunâtre, assez adhérent, composé de fibrine et de quelques noyaux; au pourtour et au-dessous de l'exsudat, le péricarde est nettement arborisé : il existe encore quelques vascularisations en différents points de la séreuse pariétale. Du côté du cœur, le caillot est doublé d'une fausse membrane épaisse, non adhérente à la paroi cardiaque, et uniquement constituée par de la fibrine précipitée. Le péricarde viscéral est enflammé par places : exsudat mince et arborisations vasculaires. Il est doublé d'une couche de tissu graisseux, assez considérable.

Il existe au niveau de la pointe du cœur sur le bord gauche une *solution de continuité*, linéaire, déchiquetée de 2 cent 1/2 à 3, oblique de haut en bas et de gauche à droite. La solution de continuité apparente à l'extérieur est complète, et occupe toute l'épaisseur de la paroi cardiaque, d'ailleurs fort mince en cet endroit, ce que démontre la facile introduction d'un stylet dans le ventricule gauche. Tout autour de la rupture, le tissu du cœur est noirâtre ramolli, et forme comme une auréole d'infiltration sanguine, les fibres musculaires y sont enflammées, ce que l'on constate par l'état granuleux et vitreux qu'ont subi la plupart des éléments. Examinée du côté du ventricule la rupture n'apparaît à l'intérieur de la cavité, qu'après qu'on a enlevé une sorte de caillot concrété et très-adhérent à la paroi, formant comme un bouchon dans l'extrémité conique du ventricule gauche. Autour du caillot intérieur, le tissu cardiaque est ramolli au point qu'on détache en les arrachant les travées de troisième ordre qui font saillie sur la paroi et qui adhèrent intimement au bouchon fibrineux.

Par la dissection de l'*artère coronaire antérieure* on arrive, au point correspondant, à la limite de la zône d'infiltration, sur un rameau artériel de deux millimètres d'épaisseur, oblitéré sur une longueur de 7 à 8 millimètres par un thrombus dur, de couleur blanc jaunâtre qui bouche complétement la lumière du vaisseau. — Le thrombus paraît être composé uniquement de fibrine concrète.

Réflexions : C'est dans l'existence de ce caillot, et dans le fait de l'oblitération d'une branche artérielle assez considérable, que nous trouvons l'explication du ramollissement cardiaque et de la rupture de l'organe consécutive. — Comment, et à quel moment, s'est produite la rupture? L'organisation d'une partie du caillot intra-péricardique, et les traces d'inflammation de la séreuse, semblent dire que la rupture n'a pas été complète tout d'abord et qu'elle a débuté par la face externe du cœur, tandis que la face interne; soutenue du côté du ventricule par le caillot intérieur, provoqué par la myocardite environnante, a été rompue par un effort ultime qui a dû marquer le moment de la mort. La syncope du début correspondait-elle à la formation du thrombus? Cela est probable. — En tout cas les symptômes du côté du cœur constatés pendant la vie ne donnaient point l'idée d'un épanchement péricardique assez considérable pour être diagnostiqué. Et s'il a existé des signes généraux d'une phlegmasie ils étaient probablement dus à la péricardite développée sur la fin de la maladie, correspondant à l'apparition de la fièvre et du délire.

Kyste du vestibule de la vulve. — Ablation. — Guérison ;
par M. le Dr P. Fournaise.

B... âgée de 40 ans, multipare, bien constituée, a eu son dernier enfant, il y a 8 ans. Ses accouchements, bien que laborieux n'ont pas nécessité l'emploi de la force. Pas de maladies antérieures. Hémorrhoïdes moyennement développées. Peu après son dernier accouchement, cette dame s'aperçut de l'existence d'une tumeur de la grosseur d'une lentille, située un peu à gauche et au-dessous du point où les petites lèvres se réunissent pour former une sorte de capuchon au clitoris. Pensant que cette tumeur pouvait disparaître d'elle-même, la dame B... hésita toujours à s'en faire délivrer. Comme la tumeur augmentait de volume d'une manière croissante et apportait par son poids et les douleurs dont elle était le siège une gène manifeste à l'accomplissement des rapports sexuels: la malade consulta son médecin qui se borna à faire une ponction exploratrice et remit l'opération à une époque ultérieure.

Le 27 janvier, la dame B... se présenta a notre consultation La simple inspection de la région nous fit reconnaître un kyste de la grosseur d'un œuf de dindon pendant au-devant de la vulve. La forme était parfaitement ovoïde; la grande circonférence avait 0m,155, la petite un peu moins de 0m,13 c.

Le pédicule, d'une longueur moyenne de 0m,06 c., avait un diamètre de 0m,01 c. au niveau de la racine ; il atteignait environ 0m,025 à son insertion sur la poche kystique. La petite lèvre gauche, doublée de volume et adhérente au pédicule dans la presque totalité de sa face interne, ne présentait dans toute sa longueur qu'une crête libre de 0m,003 à 0m,004 de largeur. La paroi du kyste était manifestement enflammée surtout au niveau de sa grande courbure, comme l'indiquaient d'ailleurs une rougeur vive et une hyperesthésie des plus marquées. Le simple toucher arrachait des cris à la malade.

Nous priâmes notre confrère le dr Troisier de visiter cette dame et de nous assister dans l'opération. La malade fut anesthésiée avec le chloroforme. Nous fîmes alors sur le kyste, immédiatement au-dessous du bord libre de la petite lèvre, deux incisions ovalaires, circonscrivant une calotte sphérique, puis, après avoir à l'aide des doigts et d'une sonde cannelée énucléé le pédicule, nous appliquâmes en un point très-rapproché de son insertion une ligature avec un gros fil ciré. La section fut faite avec des ciseaux. Il ne s'écoula pendant l'opération qu'une faible quantité de sang. On bourra la plaie avec des fragments d'amadou et des bourdonnets de charpie imbibée d'eau alcoolisée.

Le cinquième jour eut lieu la chute de la ligature. La suppuration était peu abondante. Quelques bourgeons charnus un peu trop exubérant sont réprimés avec le nitrate d'argent.

Le huitième jour la malade se lève pendant une heure et prend un bain de siège. Vers le quinzième jour, la guérison était définitive et la dame B... reprenait ses occupations habituelles.

Examen histologique. — Le kyste immédiatement ouvert laissa échapper une certaine quantité de matière filante, albuminoïde, mélangée à du pus verdâtre, bien lié et d'une odeur très-fétide. Les enveloppes furent conservées dans l'alcool. Nous avons fait avec le concours de M. Troisier, l'examen microscopique de la paroi de ce kyste. La partie que nous avons étudiée après durcissement dans une solution de gomme arabique et d'alcool, et coloration par le picro-carminate, a été prise au niveau de la région cutanée ou externe de la tumeur. Elle est recouverte par l'épiderme, dont la couche cornée, ne présente rien à noter. La couche de Malpighi a près d'un millimètre d'épaisseur; les cellules épithéliales qui la constituent sont granuleuses; quelques-unes de celles qui avoisinent la couche cornée ont leurs noyaux vésiculeux. Au-dessous de l'épiderme, le derme, le tissu cellulaire sous-cutané et la paroi kystique d'une épaisseur de 5 à 6 millimètres, se confondent en un seul tissu dont la structure est celle d'un tissu conjonctif jeune, dans lequel on trouve une certaine quantité de fibres élastiques et un grand nombre de vaisseaux sanguins, surtout au voisinage de la face interne du kyste. Celle-ci est tapissée par une couche unique de cellules cylindro-coniques, à laquelle adhèrent çà et là des amas de globules de pus. On trouve aussi une assez grande quantité de ces éléments infiltrés dans la paroi du kyste.

Réflexions. — Les organes génitaux externes de la femme sont comme on le sait, pourvus de glandes variées qui peuvent être le siège de nombreuses altérations ou productions pathologiques. Il n'est pas rare surtout d'y rencontrer des kystes, qui se développent de préférence dans les follicules et les glandes des grandes et des petites lèvres ou dans le tissu dartoïque de celle-ci.

La région vestibulaire bien qu'abondamment pourvue de glandes, ne paraît guère être le lieu d'élection des kystes; du moins, la lecture des traités spéciaux de *Velpeau, Huguier, Ch. West, Courty, Alph. Guérin.* etc., et nos informations personnelles ne nous ont appris aucun fait de ce genre.

Il est à noter toutefois, d'après M. *Alph. Guérin*, que les kystes de la vulve se développent toujours dans les glandes D'après la structure et le contenu du kyste que nous avons observé, nous avons lieu de penser qu'une des glandes du vestibule en a été le point de départ.

Manuel opératoire. — Divers procédés opératoires peuvent, comme on le sait, être mis en usage pour des cas de cette nature. On a proposé: 1° l'incision simple de la poche kystique avec suppuration consécutive obtenue à l'aide de la charpie introduite dans la plaie; ce procédé peut être suffisant pour des kystes de petit volume, mais il a l'inconvénient de nécessiter un long repos au lit et d'amener parfois des phlegmons de la vulve.

2° La simple ponction avec le trocart, suivie d'une injection irritante de vin ou de teinture d'Iode; mais ce moyen ne peut être suivi de résultat que dans le cas de kyste à contenu séreux.

3° La section du pédicule à l'aide de l'écraseur. Nous avions songé à utiliser ce procédé, mais désireux de conserver intacte la petite lèvre et d'enlever la plus grande partie du pédicule, nous avons dû choisir le procédé combiné de l'incision bilatérale et de l'excision qui nous a donné un bon résultat.

Fracture ancienne de l'extrémité inférieure du radius pénétrant dans l'articulation du poignet; par le Dr Ch. H. Petit, ancien interne des hôpitaux.

La pièce a été recueillie à l'amphithéâtre sur un cadavre de femme adulte, destiné à la médecine opératoire: c'est l'extrémité inférieure d'un radius droit, qui offre les traces d'une fracture ancienne ayant intéressé la surface articulaire. Malgré l'absence de tous renseignements, cette pièce m'a paru intéressante, non par la rareté de la lésion, mais à cause du peu d'occasion qu'on a de l'observer anatomiquement, et aussi en raison de quelques particularités sur lesquelles j'insisterai plus loin.

Une déformation très-manifeste en dos de fourchette attirait tout d'abord l'attention sur le poignet droit et faisait aussitôt penser à une fracture de l'extrémité inférieure du radius. L'os, mis à nu, on constatait en effet les particularités suivantes, qui indiquaient que l'os avait été anciennement le siége d'une solution de continuité pénétrant dans l'articulation du poignet.

A la face antérieure du radius, on remarque une convexité assez marquée dans le sens longitudinal, au lieu de la surface légèrement concave qui existe normalement en ce point; deux saillies transversales peu considérables, distantes l'une de l'autre de 6 a 8 millimètres, et se perdant insensiblement vers les bords de l'os, se voient au niveau de cette convexité; la plus inférieure de ces saillies est située à 1 centimètre environ au-dessus du rebord articulaire. Du côté de la face dorsale, à part une très-faible incurvation à concavité postérieure dans le sens de la longueur de l'os, on ne remarque pas de vestiges appréciables de fracture. En dehors, la base de l'apophyse styloïde fait peut-être, au-dessus du niveau du bord correspondant du radius, une saillie un peu plus accentuée qu'à l'état normal; mais cette apophyse elle-même ne paraît pas remontée par rapport au bord interne de la facette articulaire inférieure de l'os. Cette surface articulaire regarde en bas et un peu en arrière, au lieu de regarder, comme normalement, en bas et un peu en avant, de telle sorte que son bord postérieur n'est plus situé au-dessous du niveau de l'antérieur mais est au contraire plus élevé que celui-ci; la pointe de l'apophyse styloïde, entraînée par ce déplacement, est sensiblement déviée en arrière de sa place habituelle. Le cartilage articulaire présente deux fissures assez semblables à celles que l'on pourrait déterminer en l'entamant avec la pointe d'un stylet, si ce n'est que leurs bords sont macérés; ces fissures partent de l'extrémité dorsale de la crête antéro-postérieure qui partage en deux la facette carpienne du radius. L'une suit cette crête, sur laquelle elle se perd insensiblement après un trajet de quelques millimètres. La seconde, plus marquée que la précédente, se porte sur le bord interne de la surface cartilagineuse, qu'elle rencontre à peu près vers sa partie moyenne, et au niveau duquel elle cesse d'être appréciable; un repli de la synoviale est engagé et solidement maintenu entre les deux lèvres dans l'étendue de 4 à 5 millimètres du côté dorsal de l'os.

Diverses coupes (une transversale et deux longitudinales) montrent une sorte de condensation du tissu spongieux de l'extrémité inférieure du radius; on n'aperçoit nulle part de traces des deux traits de fracture; seulement il existe à la partie dorsale (sur les coupes longitudinales) un épaississement du tissu compacte qui permettrait de penser que la fracture a eu lieu par pénétration à la partie postérieure du radius.

Réflexions.—L'intérêt principal de cette pièce réside dans ce fait, qu'elle est un bel exemple du peu de tendance a la réparation que présentent les solutions de continuité des cartilages: en effet, dans cette fracture, qui date peut-être de fort loin, les lésions cartilagineuses sont restées très-manifestes, tandis que, du côté de l'os, la cicatrisation s'est faite sans laisser de traces. Il est un autre point qui me paraît également mériter de fixer l'attention, c'est cet enclavement d'un repli de la synoviale entre les deux fragments; il est permis de supposer qu'un semblable accident, impossible d'ailleurs à reconnaître pendant la vie, serait susceptible de déterminer à lui seul une gêne plus ou moins persistante des mouvements, indépendamment des autres causes qui peuvent amener le même résultat à la suite d'une fracture articulaire; malheureusement, l'absence complète de renseignements cliniques nous oblige a nous borner à une hypothèse à cet égard.

Encéphalite suppurée primitive à foyers multiples et circonscrits; par M. Maurice Raynaud, médecin des hôpitaux.

L'histoire de l'encéphalite spontanée, et en particulier celle des abcès du cerveau, d'origine non traumatique, est encore assez obscure à l'heure qu'il est, pour qu'il ne faille négliger aucune occasion de l'étudier. L'observation suivante en est un bel exemple.

Serre, âgé de 24 ans, maçon, se présente le mardi 15 mai à la

consultation de l'hôpital Lariboisière. — Il apporte une lettre de son médecin, qui le considère atteint de tubercules cérébraux et demande son admission d'urgence. Il est pâle, titubant comme un homme ivre et ne pourrait certainement se tenir debout s'il n'était soutenu par la personne qui l'amène à l'hôpital.

Interrogé le lendemain a la visite, le malade qui au premier abord paraît plongé dans le coma est incapable de parler contre toute attente répond parfaitement aux questions qui lui sont adressées. Il tousse, dit-il, depuis quatre mois et a craché le sang à plusieurs reprises, mais il n'est véritablement malade que depuis une huitaine de jours. — Il a depuis huit jours une migraine très-violente, portant principalement sur la région des yeux, ainsi que des vomissements fréquents. Il dit n'avoir pas eu de convulsions, il n'y a pas non plus de constipation. Ses ongles sont hippocratiques.

Voici les signes fournis par l'examen actuel du malade. Son visage représente un masque immobile, la bouche est entr'ouverte, les paupières à moitié closes ; en somme, il paraît plongé dans un demi coma.

Si, par des excitations, on oblige le malade à sortir un instant de sa stupeur et à ouvrir les yeux, on voit que la paupière supérieure droite se relève incomplètement, l'œil droit est aussi un peu dévié en dehors. Lorsqu'on présente au malade un doigt à suivre, les deux yeux le suivent par un mouvement simultané du côté droit, tandis que du côté gauche ils ne dépassent pas la ligne médiane. Les deux pupilles sont très-dilatées, mais ne paraissent pas inégales : alternatives de contractions et de dilatation de ces pupilles. — On voit donc qu'il s'agit dans le cas présent d'une paralysie conjuguée des yeux. (Paralysie de la 3e paire droite et paralysie légère de la 6e paire gauche.)

Faiblesse sans paralysie, des membres inférieurs. Rien du côté des membres supérieurs; le malade serre également bien avec ses deux mains. Pas d'altération de la santé : ni anesthésie, ni hyperesthésie. Pas de trismus, pas de raideur du cou. — Ventre déprimé et excavé en bateau.

On provoque très-facilement l'*apparition de raies méningitiques*. Le malade a uriné aujourd'hui sous lui, mais c'est la première fois que la chose lui arrive. Rien de bien net à l'auscultation des poumons. Quelques râles fins au sommet droit en arrière. P. 50. T. 36°,4.

Le malade reste toute la journée dans un demi coma, la parole devient plus difficile à midi et impossible à 4 heures du soir. Il expire la nuit suivante vers 2 heures du matin sans avoir présenté de convulsions.

D'après les renseignements donnés sur le malade, il aurait eu de la paralysie de la jambe droite et de l'affaiblissement du membre supérieur droit avant son entrée à l'hôpital. Cette hémiplégie, si elle a réellement existé, n'a pas été du moins appréciable pour nous.

Autopsie. Pas de tubercules au sommet ni ailleurs. — Poumon droit très-congestionné; le poumon gauche l'est beaucoup moins. Il existe a la base du poumon gauche de petites dilatations ampullaires des bronches de la grosseur de très-petites noisettes. — *Cœur* sain. *Reins* très-congestionnés et très-durs. Pas de traces de contusions du cuir chevelu.

Méninges. La dure-mère est très-congestionnée, la pie-mère l'est beaucoup moins.

Cerveau. Pas d'exsudats à la base du cerveau, pas de granulations tuberculeuses. Rien à signaler au niveau de l'origine apparente de la 3e paire droite, ni de la 6e paire gauche. Rien au niveau des pédoncules cérébraux et de la protubérance. Les vaisseaux de la base du cerveau sont sains.

Hémisphère droit. Les circonvolutions de la partie antérieure de la convexité de l'hémisphère droit sont comme aplaties. Au niveau de la 3e circonvolution frontale du côté droit, on trouve un abcès très-superficiel, de la grosseur d'une petite noix. Cet abcès arrive jusque sous la pie-mère qui présente un épaisissement blanchâtre dans une largeur de un centimètre sur 2 centimètres de long. Le pus qu'il contient est violacé, crémeux et filant. En pénétrant plus profondément dans la substance du cerveau on découvre un 2e foyer, situé au-dessous du précédent, de même grosseur et n'ayant avec ce dernier aucune communication. Ce second abcès n'intéresse ni les circonvolutions ni le corps strié.

Il existe au niveau du prolongement postérieur du ventricule latéral droit du cerveau, un 3e foyer, de la grosseur d'une très-grosse noix et pénétrant dans ce ventricule. Au voisinage de ce foyer la substance cérébrale est ramollie et ce ramollissement s'étend jusqu'à la corne d'Ammon.

Hémisphère gauche. Foyer diffus de 5 à 6 centimètres occupant toute la corne postérieure de l'hémisphère gauche et pénétrant dans le prolongement postérieur du ventricule latéral de ce côté. Peu de pus, véritable inflammation de la substance cérébrale au voisinage.

Enfin il existe un 5e foyer très-circonscrit, de la grosseur d'une aveline, situé dans la circonvolution paracentrale, à l'union de la face interne avec la face convexe de l'hémisphère gauche. Autour de chacun de ces foyers purulents, la substance cérébrale a dans un espace de plusieurs centimètres un aspect jaune-serin. Pointillé hémorrhagique autour de ces foyers. Remarquable intégrité de la substance cérébrale partout ailleurs.

En résumé, sur les 5 foyers décrits plus haut, trois sont nettement circonscrits, deux sont plus ou moins diffus. Le pus qui s'en écoule est violacé, filant et comme crémeux. Examiné au microscope, il a présenté des globules de pus des corps granuleux et des cristaux d'hématoïdine.

Réflexions. Le diagnostic porté pendant la vie a été celui de méningite tuberculeuse. Il était difficile qu'il en fût autrement indépendamment des phénomènes cérébraux que l'on est habitué a considérer comme caractéristiques de cette maladie, céphalalgie intense, vomissements, lenteur du pouls, paralysie oculaire, coma. Cet individu disait tousser depuis quatre mois, avoir craché du sang. Si à ces commémoratifs on joint la forme hippocratique de ses ongles, on conviendra que tout se réunissait pour faire croire que nous avions affaire à un tuberculeux.

D'après les renseignements recueillis sur son compte il ne peut pas être question d'un traumatisme, dont les téguments ne portaient d'ailleurs aucune trace.

On ne peut pas non plus penser à l'infection purulente. Il n'existait sur le corps aucune plaie pouvant en avoir été le point de départ. Le malade n'avait pas de fièvre. Ni les poumons ni le foie ne présentaient de traces d'abcès métastatiques.

Nous sommes donc amenés, par exclusion, à conclure à une encéphalite primitive.

Nous ne trouvons aucune raison anatomique qui puisse nous expliquer la distribution des foyers. Ils semblent jetés comme au hasard dans la substance cérébrale. Les particularités cliniques suivantes méritent d'être notées.

1° Quoique la 3e circonvolution frontale *droite* fût en grande partie détruite, il n'existait pas d'aphasie ; sous ce rapport, ce fait rentre dans la règle.

2° Avec toutes les apparences du coma, le malade présentait une remarquable conservation de l'intelligence, et nous surprenait par la netteté de ses réponses. Cette circonstance n'a rien d'extraordinaire puisque la substance corticale n'était atteinte, en somme, que dans une très-minime partie de son étendue. On ne doit pas moins en tenir soigneusement note. Ce désaccord entre l'apparence et la réalité, ce *faux coma* coïncidant avec la conservation de l'intelligence devrait peut-être, dans un cas semblable, servir puissamment au diagnostic.

3° Des désordres très-étendus existaient du côté des lobules occipitaux des deux hémisphères. Une observation attentive ne nous a montré, pendant la vie, ni anesthésie, ni hyperesthésie. Ce fait paraît donc aller à l'encontre les théories qui attribuent aux parties postérieures du cerveau des fonctions en rapport avec la sensibilité (1).

M. Landouzy : M. Raynaud a parlé d'une chute de la paupière supérieure droite, sans strabisme et sans mydriase; peut-être trouverait-on dans l'un des abcès notés sur la con-

(1) La pièce a été présentée dans la séance du 19 mai.

[illegible]xité de l'[illegible]isphère [illegible] la raison du ptosis inexplicable. [illegible] intérêt [illegible] recherche est tout entier dans ce double fait, que M. Ray[illegible] s'est assuré de l'intégrité du moteur oculaire commun à la base, et que M. [illegible] récemment, fait l'autopsie d'un malade chez lequel il trouva, avec une chute de la paupière supérieure gauche, un petit foyer de méningo-encéphalite [illegible] situé sur la partie supérieure de la scissure parallèle droite. Cette observation [illegible] d'être publiée en entier avec un dessin.

Nota. L'examen [illegible] de la pièce n'a pas permis de reconnaître [illegible] qui puisse rendre compte de la chute de la paupière observée chez le malade de M. Raynaud. Il n'y a rien d'analogue à la lésion décrite récemment par M. [illegible]set.

Cirrhose atrophique avec ictère; par M. C. Magnant, interne des hôpitaux.

Le nommé L.... entrait le 3 mai 1876 à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Mesnet). Il présentait tous les signes d'une gène dans la circulation biliaire et dans la circulation veineuse. Ictère intense, ascite énorme, avec œdème des membres inférieurs et dilatation exagérée des veines sous-cutanées de l'abdomen.

Il racontait que deux mois auparavant, il était tombé accidentellement dans l'eau. A la suite de cet accident, qui lui avait causé une grande émotion en même temps qu'il lui avait fait éprouver un violent refroidissement, il était devenu subitement jaune. C'était du reste la deuxième fois que cela lui arrivait et, un an auparavant, il avait déjà été soigné dans le service pour une [illegible] compliquée d'ictère. Six semaines après, c'est-à-dire quinze jours avant son entrée à l'hôpital, apparaissent des troubles circulatoires, provoquant d'abord l'ascite, puis l'œdème des membres inférieurs.

[illegible] lors de l'entrée du malade, ces phénomènes étaient des plus marqués. Le ventre était énorme, dilaté tout à la fois par le liquide et par des gaz. A la diarrhée qui avait marqué le début des accidents, avait succédé de la constipation. [illegible] dans l'hypochondre, pas d'[illegible], pas de vomissements, pas d'hémorrhagies. [illegible] de purpura sur les jambes et [illegible]. L'ictère était des plus intenses. Peau, muqueuses, conjonctives, tout était jaune, et l'examen des urines [illegible] des quantités de biliverdine. [illegible] par la distension [illegible] de reconnaître [illegible], qui dépassait d'environ deux travers de doigt le rebord des dernières fausses côtes. La [illegible] n'était pas [illegible], mais la percussion un peu [illegible] provoquait quelques douleurs. — L'[illegible] reste des plus graves.

Les renseignements [illegible] peu nombreux. Le malade [illegible] eu des habitudes alcooliques, ce que favorisait du reste sa profession de [illegible] de vins. Mais il affirmait [illegible] époque à laquelle il [illegible].

Quoi qu'il en soit, en présence de l'ascite et de l'œdème des membres, [illegible] symptôme cardio-pulmonaire, on [illegible] et comme le foie dépassait les fausses côtes, on pensait à cette hypertrophie, qui marque, au dire de certains auteurs, le début de la cirrhose atrophique. Quant à l'ictère, on le considérait comme une complication [illegible] ici à la chute dans l'eau.

[illegible] Le 6, épistaxis [illegible]. Apparition d'une [illegible] et de la [illegible]

[illegible]

[illegible]

(1) [illegible] la méningo-encéphalite fronto-pariétales, par L. [illegible]

plus en plus profonde. La respiration est presque impossible. Les épistaxis se répètent à chaque instant. Apparition d'un peu d'albumine dans les urines. Pendant tout ce temps, l'ictère loin de s'atténuer, s'accentue chaque jour davantage, et donne aux téguments une teinte bronzée. La salive est teinte en jaune. Le malade a du subdélirium, et finit par succomber, présentant tout à la fois les symptômes d'une cirrhose atrophique arrivé à sa dernière période et d'un ictère grave.

Autopsie. — *Foie.* Petit, ovoïde et lobulé, en même temps que granuleux. Véritable cirrhose atrophique. Teinte uniformément d'un gris jaune. Pas d'obstacles extérieurs, pouvant gêner l'excrétion biliaire. Malheureusement, à ce point de vue un peu d'insuffisance dans l'examen. Vésicule biliaire distendue par la bile. Poids, 1190. Tissu hépatique présentant une consistance notablement augmentée. — *Rate.* Triplée de volume, de couleur grise, et présentant absolument sur une coupe l'aspect du tissu hépatique. Consistance assez grande. P. 580. Rien du côté des autres organes, sauf un peu de congestion des reins. Rien du côté du cœur. Pas d'obstacles non plus à la circulation veineuse, par compression des troncs de la veine porte ou de la veine cave inférieure. Coloration jaune de tous les tissus.

En résumé, le diagnostic avait été exact, sauf l'hypertrophie que l'autopsie n'avait pas confirmée. Du reste, loin de nous l'idée d'avoir voulu faire de tout ceci une cirrhose hypertrophique. La présence de l'ascte énorme, dont l'absence fait la caractéristique de cette dernière forme d'hépatite chronique, (MM. Hanot et Charcot) devait faire rejeter ce diagnostic.

C'était bien une cirrhose atrophique accompagnée d'ictère. L'autopsie et l'examen histologique, faits dans le laboratoire de M. Charcot, sont venus le confirmer absolument. M. Gombaud, qui a fait cet examen, a parfaitement constaté le siége des productions nouvelles autour des veines, sans autre altération qu'un peu de congestion des voies biliaires.

Nous pensons donc pouvoir conclure en disant que la cirrhose existait déjà probablement — mais à l'état latent — lorsque l'accident survenu au mois de mars est venu, en provoquant une congestion générale du foie, accélérer tout à la fois les accidents de la cirrhose, et provoquer une hypersécrétion biliaire dont le résultat a été l'ictère intense constaté jusqu'à la mort. Le cirrhose n'a pas ici provoqué l'ictère, mais une même cause les a produits l'un comme l'autre.

M. Charcot. — Il est difficile de dire quel a été, dans le cas présent, le point de départ de l'altération que nous offre ce foie. Il est profondément ictérique et la vésicule biliaire ne contenait pas trace de bile. Au contraire, elle était remplie d'epithélium cylindrique, et sa muqueuse était rouge, couverte de papilles très-saillantes. En outre il existait de la péritonite péri-cholécystique. Il est probable que le point de départ de l'ictère se trouvera, dans ce cas, dans les parties profondes et constituantes du tissu hépatique.

Atrophie des circonvolutions de l'avant-coin droit, chez un vieillard atteint d'atrophie de l'avant-bras et de la main du côté gauche; par M. Bazy, interne des hôpitaux.

Marmet Claude, 79 ans, entré le 5 mai 1876, à l'hôpital temporaire (service de M. Gillette), atteint de gangrène sénile du pied gauche. Mort le 7 juin.

Ce malade avait eu une fracture des deux os de l'avant-bras gauche, mal consolidée. Les deux fragments du cubitus s'étaient soudés; il n'en était pas de même du radius : le fragment inférieur se dirigeait du côté de l'espace interosseux et touchait presque au cubitus; le fragment supérieur avait sa direction normale, mais se perdait dans l'épaisseur des parties molles. La main était dans une flexion forcée et ne pouvait être étendue : elle était notablement plus petite que l'autre; les doigts étaient dans une extension modérée, mais à peu près complétement immobiles. L'avant-bras gauche était de [illegible] plus court que le droit.

Étant donnée une incapacité fonctionnelle si longtemps prolongée, une atrophie d'un segment de membre datant de si longtemps, on pouvait se demander si la perte de la fonction n'aurait pas amené la perte de l'organe qui y préside ou pour mieux dire, si on ne trouverait pas une

atrophie correspondante du côté des centres moteurs de l'avant-bras et de la main, ainsi que cela arrive pour les cerveaux appartenant à des sujets qui ont depuis longtemps perdu un de leurs membres par l'amputation. Or l'examen du cerveau nous a montré une intégrité complète des circonvolutions pariétale et frontale ascendantes dans toute leur étendue, mais l'avant-coin droit vu par sa face supérieure était notablement déprimé au-dessous des circonvolutions voisines et des circonvolutions de l'autre côté. De plus ces circonvolutions avaient une épaisseur beaucoup moindre que leurs homologues du côté opposé. Vu toujours par en haut, cet avant-coin était légèrement déprimé du côté de la face interne de l'hémisphère.

Vu par cette face interne, le cerveau ne présentait pas les mêmes particularités que celles qui sont signalées plus haut; les circonvolutions de ce côté ressemblaient à celles du côté opposé, leur arrangement néanmoins n'était pas le même. Du reste pas de changement de consistance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. NOTTA (de Lisieux) fait une communication relative aux dangers que présente parfois l'application des pessaires. Il cite trois observations intéressantes dans lesquelles ont été relatées: 1° une perforation de la paroi postérieure de la vessie, consécutive à l'application d'un pessaire de Schaud (?); 2° une péritonite; 3° une inflammation suppurative de la fosse iliaque gauche, résultant de l'application d'un pessaire de Gariel.

M. Notta communique ensuite à la Société un cas de résection du nerf médian suivie de guérison, pour un névrôme de la partie inférieure de l'avant bras. Après l'opération, les fonctions du nerf médian ont été abolies et elles ne se sont rétablies que peu à peu, au bout de cinq mois, en commençant par la périphérie. Dans le courant du quatrième mois, des phlyctènes nombreuses et des eschares avaient envahi la face palmaire du pouce, de l'index, du médius, et de l'annulaire.

M. VERNEUIL ne croit pas que le rétablissement de l'innervation puisse se faire par les deux bouts réunis d'un nerf sectionné; les expériences de Tripier le prouvent. Dans la résection du maxillaire inférieur, le retour de l'innervation dans la lèvre inférieure se fait de la périphérie au centre; de même, dans le cas observé par M. Notta, les doigts innervés par le médian sont peu à peu redevenus sensibles en commençant par l'annulaire. M. Verneuil pense que cette innervation s'est faite par les filets du nerf cubital.

M. TERRIER est d'avis que la suture, telle qu'on la pratique ordinairement est souvent dangereuse. Le point de suture laissé dans la plaie, peut s'enkyster ou amener les accidents graves de la névrite; il doit donc être enlevé dès que cela est possible. Comme M. Notta, il a observé, à la suite de résections nerveuses, des accidents sérieux, tels que phlyctènes et eschares, se reproduisant à plusieurs reprises.

M. PAULET pense que le retour de la motilité prouverait plus rationnellement que celui de la sensibilité, le rétablissement de l'innervation dans les organes dont le nerf aurait été sectionné.

M. LEDENTU ne croit pas que les accidents consécutifs à la suture des nerfs sectionnés soit tels qu'il faille bannir cette opération de la pratique. M. Ledentu conseille de passer les fils dans un tube de Galli, muni d'un tourniquet que l'on enlèvera au bout d'une dizaine de jours.

M. NOTTA persiste à croire que la sensibilité se rétablit le plus ordinairement par les branches collatérales, mais qu'elle peut se rétablir également à travers le tissu nerveux cicatriciel.

AVIS AUX ETUDIANTS. — *L'abonnement au* **Progrès médical** *est actuellement de* **dix francs** *par an pour MM. les Etudiants. Le* **Journal** *devant publier régulièrement des nos de 24 pages en 1877, le prix de l'abonnement sera porté à* **douze francs** *par an pour les* **nouveaux** *abonnés étudiants*, **à partir du 1er janvier prochain.**

CORRESPONDANCE

Les deux facultés de médecine de Lille. La question des cliniques.

Lille, le 8 novembre.

Mon cher ami,

La question des deux Facultés, question vitale pour la prospérité de la nouvelle Faculté de Lille, nécessite ainsi que nous l'avons dit dans notre précédente lettre, quelques développements que nous donnerons aussi brièvement que possible.

La ville de Lille, outre l'hôpital général (vieillesse) et des hospices spéciaux, compte deux hôpitaux: l'hôpital Saint-Sauveur, ancien Hôtel-Dieu, situé dans le quartier le plus populeux de la vieille ville, et l'hôpital Sainte-Eugénie, bâti sous l'empire, comme l'indique son nom, et situé dans la nouvelle ville. Ce dernier qui compte 400 lits, est un édifice monumental, l'un des hôpitaux de France les plus beaux et les mieux installés au point de vue hygiénique. Malheureurement, pour le meubler et y entretenir des malades, l'administration des hospices avait compté sans la guerre qui vint interrompre la vente des terrains à elle appartenant, vente qui devait assurer la somme nécessaire à cette installation.

Bref depuis cinq ans l'hôpital Sainte-Eugénie était terminé, et l'administration qui, chaque année, précisément à cause de cette non valeur, établissait son budget en déficit, n'avait pu encore y mettre un seul malade.

C'est alors que la faculté catholique intervint et offrit aux hospices une somme de 140.000 francs une fois donnée, moyennant quoi les hospices mettraient à la disposition de ladite faculté 200 lits, c'est-à-dire la moitié de l'hôpital Saint-Eugénie, ouvert, installé et entretenu immédiatement par l'administration. Ce marché, avantageux au premier chef pour l'université libre, mettant à la merci de cette institution privée un magnifique hôpital qui a coûté 5 millions, rien que pour la grosse construction, plus 200 malades, pour la somme dérisoire de 7.000 francs de loyer ou de rente annuelle, et cela sans autre profit pour l'administration des hospices que de lui fournir un petit appoint vite englouti pour l'ouverture qu'elle désirait.

Nous avons dit déjà que l'administration des hospices, issue du 24 mai, était presque unanimement dévouée aux intérêts cléricaux: aussi ce marché fut-il conclu d'enthousiasme, *sans discussion*, ainsi qu'il appert des procès-verbaux des séances. Cette détermination fut transmise à M. le préfet Le Guay qui l'approuva, cela va sans dire. Mais cela ne fit pas l'affaire du Conseil municipal qui, voyant dans cet acte un véritable bail, protesta à l'unanimité contre cette approbation préfectorale qui constituait un acte illégal au premier chef.

Il était clair, en effet, qu'un compromis de cette sorte est un bail pur et simple: l'administration cède pour une somme déterminée l'occupation par une institution privée d'une partie d'un édifice à elle appartenant. Or, tout bail signé par l'administration hospitalière, doit, pour être valable, être approuvé par la représentation municipale, sa tutrice légale; dans le cas présent, on avait passé outre à cette approbation, donc l'acte est nul et non avenu. Tel est l'esprit de la protestation du Conseil municipal de Lille. Cette protestation fut adressée à M. le Ministre de l'Intérieur.

L'administration des hospices répondit qu'il ne s'agissait pas là d'un bail, mais bien d'un règlement d'intérieur et qu'elle avait usé de son droit en référant sa délibération à l'autorité administrative seulement.

M. le Ministre de l'Instruction publique vint alors à Lille. Mis en rapport avec le doyen de la Faculté de médecine, le recteur et le préfet actuel, M. Lizot, il put se rendre compte de l'acte étrange conclu entre les hospices et l'université libre. Voici quelle est cette situation :

Il existe à Lille environ 550 lits à la disposition de malades pouvant servir à l'instruction des élèves. Mais il ressort de l'examen des registres d'entrée, que la moyenne des malades soignés dans les hôpitaux est d'environ 325; on sait, en effet, que le développement de l'assistance à domicile, le fonctionnement des sociétés de secours mutuels, tendent à diminuer, d'année en année, le nombre des malades reçus dans les hô-

pitaux. Or, le décret instituant la Faculté de Lille lui attribue deux cliniques médicales, et deux cliniques chirurgicales; on conviendra facilement qu'il faut un minimum de cinquante malades pour alimenter une clinique, soit deux cents pour quatre cliniques. Ce décret institue, de plus, une clinique de maladies d'enfants, une clinique de maladies de la peau et syphilis, une clinique ophthalmologique; chacune d'elles ne nécessite-t-elle pas au moins trente malades? Pour trois cliniques cela fait 90 malades, qui, ajoutés aux 200 déjà comptés, donnent *un total strictement nécessaire de* 290 *à* 300 *malades*. Que reste-t-il en malades disponibles : 25! Et que devient ce total nécessaire si 200 malades sont donnés à la Faculté libre?... C'est là un argument brutal, un argument de chiffres, et ces chiffres proclament l'impossibilité pour la Faculté de l'Etat de vivre et de se développer si le contrat que nous avons signalé est maintenu.

Nous avons le regret de dire que M. Waddington ne parut pas avoir saisi cette impossibilité. Il fit évidemment confusion entre le nombre de lits et le nombre de malades, et pensa que l'on pouvait, sans danger, laisser subsister ce contrat.

Seulement, il décida que l'hôpital Sainte-Eugénie, mieux installé, serait attribué à l'Etat et que Saint-Sauveur serait livré à la Faculté libre; la ville serait partagée en deux sections, les malades du vieux Lille iraient à Saint-Sauveur, les malades de la nouvelle ville iraient à Sainte-Eugénie.

L'Université libre s'empressa d'accepter cette transaction, et elle agissait avec sagesse, car elle savait bien que le vieil hôpital, plus central, serait toujours suffisamment fourni de malades; elle voyait, de plus, dans cette convention nouvelle, l'approbation indirecte du contrat antérieur, approbation dont elle avait lieu de douter et pour cause. Mais la Faculté de l'Etat protesta; elle réclama énergiquement *les malades nécessaires* qui allaient lui manquer infailliblement.

Le Conseil municipal joignit ses réclamations à celles de la Faculté. La Ville, dit-il, dans une délibération unanime, s'impose des sacrifices énormes pour la prospérité de sa Faculté; elle ne saurait, sans protester, voir l'administration supérieure enlever à cet établissement d'enseignement médical la condition indispensable à son développement, en partageant les cliniques entre lui et une entreprise absolument privée; il s'agit là de l'argent des contribuables et ceci engage l'administration à tous les degrés. Tel est le sens de cette nouvelle délibération.

Cet appel fut entendu. M. Dumesnil se rendit à Lille, et, après avoir visité les hôpitaux, s'être rendu un compte exact du nombre de malades disponibles pour l'enseignement, il partit convaincu de l'impossibilité du bon fonctionnement de la Faculté nouvelle, si 200 malades lui étaient soustraits pour être livrés à la Faculté libre. Dès lors, le devoir de l'Etat était tout tracé; il devait défendre son institution; c'est ce qu'il a fait : un arrêté de M. de Marcère vient de casser purement et simplement la délibération des hospices attribuant 200 malades à la Faculté catholique moyennant 140,000 fr. une fois donnés. Cet arrêté s'appuie sur l'analogie évidente qui existe entre ce contrat et un bail ordinaire, conséquemment sur la nécessité de soumettre cet acte à l'approbation du Conseil municipal de Lille. Les journaux religieux ont immédiatement annoncé que l'Institut catholique de Lille va demander au Conseil d'Etat l'annulation de l'arrêté ministériel. Nous avons la confiance que la justice administrative se prononcera dans le sens de la légalité vraie et de l'intérêt de l'Etat....

HYGIÈNE.

Rôle du vin dans la nutrition; par le Dr C. des Barres.

> Le vin peut être à bon droit considéré comme la plus saine et la plus hygiénique des boissons.
>
> PASTEUR.

Parmi les vérités les plus indiscutables, mises en relief par la science moderne, figure au premier rang cet axiome :

Si l'art médical a besoin des ressources de la bienfaisante nature pour la conservation de ce bien suprême, la santé, la nature de son côté, doit pouvoir s'étayer sur les inspirations de l'art et sur les conquêtes de l'industrie humaine. » De là surgit la nécessité absolue de l'union intime et indissoluble de l'un et de l'autre.

De nos jours, la médecine fait heureusement cause commune avec la nature par ses deux facteurs essentiels, la thérapeutique et l'hygiène. L'air dans toutes ses modalités de pureté, de dilatation, de compressibilité; — les eaux dans les degrés variés et les nuances multiples de leur composition chimique et de leur thermalité; — les agents impondérables (lumière, calorique, électricité) dans leurs manifestations latentes et insensibles, ou suractives et menaçantes : voilà l'ensemble des éléments cosmiques qui sont devenus, aux mains de nos grands praticiens, les agents primordiaux de la médecine curative.

Quant à la prophylaxie ou médecine préventive, qui tend de plus en plus, et avec raison, à se subtituer à la première, nous la voyons s'éloigner d'heure en heure des officines et des laboratoires, pour appeler à son aide les produits naturels, à savoir : les eaux minérales (alcalines, chlorurées, ferrugineuses); le lait dans toutes ses variétés et transformations; les sucs végétaux, empruntés aux plantes le plus anciennement connues et renommées; les huiles animales des plus simples aux plus raffinées;

Les vins, ces analeptiques diffusibles par excellence. « Fils de la nature et de l'homme, le vin, s'écrie dans son poétique langage le célèbre hygiéniste populaire Mantegazza, réunit et concentre en lui toutes les forces de la terre et du cerveau humain. Il fait partie intégrante de l'histoire de l'humanité, et sa féconde influence parcourt toute l'échelle qui va de l'hymne à l'orgie; de l'enthousiasme généreux à la prostration; des chants qui réveillent un peuple au *delirium tremens* qui décime toute une génération! »

Sans invoquer ici les témoignagnes d'Hippocrate, au nom de la tradition ancienne; de Liebig, au nom de la chimie moderne; nous pourrons affirmer au nom de l'observation universelle, que le bon vin a le privilège de donner à l'homme une gaîté sobre et salutaire, en raffermissant le travail musculaire, et en donnant de l'énergie aux fonctions digestives.

Ainsi que l'a toujours et si bien démontré, dans ses écrits, l'éminent professeur d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, M. Bouchardat, les vins constituent à la fois un aliment et un médicament; leur importance dans l'acte de la nutrition provient de l'heureuse association des principes constitutifs (alcool, sels alcalins, tannin, matières colorantes, éther œnanthique).

Les déductions de la physiologie n'ont pas tardé à se trouver en pleine concordance avec l'observation clinique, celle-ci nous a appris que l'usage d'un vin généreux pris à doses progressives, mais toujours modérées, rend de grands services dans les cas d'anémie, d'appauvrissement général de l'économie avec alanguissement des fonctions digestives.

C'est sur l'avis d'un éminent chimiste, Soubeiran, que le Conseil des hôpitaux adopta l'usage de ce vin. Magendie, Rostan, Chomel, Velpeau, Monneret, Trousseau, Grisolle le prescrivirent dans leur clinique.

Est-il besoin d'ajouter, que les générations de praticiens qui se sont succédé depuis cette époque dans les hôpitaux de Paris, savent parfaitement que le vin de Saint-Raphaël, extrêmement agréable au goût, toujours identique dans sa composition, s'emploie dans tous les cas de nutrition déficiente et d'atonie à la dose d'un verre à Bordeaux à la fin des repas.

BIBLIOGRAPHIE

De la contagion à l'hôpital des enfants; par M. Léon Maunoir ancien interne des hôpitaux.

Dans un récent article, un des collaborateurs du *Progrès médical* demandait que la direction des hôpitaux fut confiée à des médecins. Il aurait pu, s'il eut été alors publié, puiser des arguments en faveur de sa thèse dans le travail de M. Maunoir. Tous les médecins reconnaissent que la contagion existe pour certaines maladies; de nombreux travaux chaque année le prouvent, mais les administrateurs n'y prennent pas garde.

En quelques mois au début de cette année, M. Maunoir a pu observer dans le seul service de M. Archambault, auquel il était attaché 8 cas de diphthérie contractés dans les salles. Tous les enfants ont succombé. La rougeole elle-même y a été très-grave : sur 12 enfants qui l'avaient contractée dans son service huit sont morts.

Cédant aux instances du corps médical, on a fini par isoler les varioleux : quand donc isolera-t-on les malades atteints de diphthérie et de rougeole? Il est impossible, dit l'auteur de la thèse que nous citons, de passer un temps même très-court de l'hôpital de la rue de Sèvres sans se sentir indigné, et en même temps quelque peu complice de toutes les morts dues à des maladies évitables. On se sent quelque remords à ne pas détourner les parents de faire admettre leurs enfants dans des salles empoisonnées par une collection si complète de miasmes contagieux, et il est hors de doute que dans certaines familles, heureusement en petit nombre, la situation est connue et que le séjour de l'hôpital est considéré comme un moyen honnête, sinon infaillible, de se débarrasser d'une façon définitive de ses enfants. » Ce passage nous remettait en mémoire le texte d'un article écrit en 1869 à propos de l'hospice des enfants assistés par un homme considérable, M. Jacquemier (article *Allaitement*, in *Dict. encyclopédique des sciences médicales*) : « et jetant un regard attristé dans ce gouffre de misère creusé par l'abandon, le médecin répétera sans cesse aux administrations hospitalières qui ont charge de tuteurs, qu'elles ne peuvent pas prétendre à la reconnaissance publique tant qu'elles n'auront pas banni de leurs maisons l'allaitement artificiel. » M. Maunoir a eu le courage de signaler la plaie une fois de plus, l'administration daignera-t-elle en tenir compte?

Guide médical pratique de l'officier ; par MM. A. Chassagne, Emery-Desbrousse, médecin-major. Paris, Delagrave.

Ce livre qui, par son titre, semblerait devoir être réservé aux officiers, a cependant la place marquée dans la Bibliothèque de tous les médecins qui s'occuperont des maladies, et de l'hygiène du soldat.

Les auteurs ont recherché quelles étaient les notions médicales nécessaires aux officiers de chaque grade : Aux chefs de corps, ils enseignent l'hygiène militaire en général, les grandes épidémies. — l'Hygiène des champs de bataille : à tous les secours à fournir aux blessés, les endémies de l'Algérie, etc. Enfin ils s'occupent des questions de recrutement et de révision.

Ce cadre, pour les médecins auxquels nous nous adressons dans ce journal, n'est qu'un prétexte à résumer en un volume de 300 pages la substance même de l'hygiène. A l'encontre d'une convention bien connue, que tous les livres d'hygiène doivent briller par les développements et les qualités du style souvent aux dépens de la clarté du fait, MM. Chassagne et Desbrousse ont évité toute amplification; ils n'ont recherché au contraire que les chiffres et les résultats physiques. Il y a dans leur livre tel chapitre sur la quantité de viande fournie au soldat, sur son rendement en azote, tel autre sur le vêtement, l'habitation du soldat, qui tiendrait lieu de toutes les dissertations les plus hostiles ou les plus fleuries : et tout le volume est rédigé dans ce sens.

A ce titre, nous recommandons ce guide médical patronné depuis un an par la Réunion des officiers. — Nous ajouterons que les auteurs ont relevé avec soin tous les perfectionnements acceptés dans les armées étrangères pour le bien être du soldat. C'est donc non-seulement la science clinique, mais l'enseignement du progrès, sous sa forme la plus concise qui est offert aux lecteurs, et parmi ceux-là MM. Emery-Desbrousse et Chassagne compteront assurément plus de médecins que d'officiers. F. P.

Erratum. — *Numéro des Étudiants :* Dans les renseignements relatifs aux cliniques de la Faculté de Nancy, il s'est glissé une erreur qu'il importe de rectifier. A la page 759, colonne 1 au lieu de : « Vu le petit nombre des lits à l'hôpital Saint-Léon *qui ne sont pas même occupés par des malades*, » il faut lire : « Vu que le petit nombre des lits à l'hôpital Saint-Jean *et non pas le petit nombre de malades*, etc.

VARIA

Ecole de pharmacie.

L'*École de Pharmacie* a tenu sa séance de rentrée le 6 novembre. Après une allocution de M. Chatin, directeur et l'éloge de M. Buignet par M. Le Roux, il a été procédé à la distribution des prix. Nous publions l'allocution prononcée par M. Chatin et la liste des Lauréats.

Messieurs,

Cette réunion, instituée pour décerner aux vainqueurs de nos concours annuels la légitime récompense de leurs travaux et de leurs efforts, ne devrait être qu'un jour de fête ; pourquoi faut-il que des circonstances douloureuses viennent la transformer en une triste assemblée dans laquelle, avant d'applaudir les lauréats d'aujourd'hui, nous devons saluer pieusement la mémoire de maîtres éminents dont les noms retentireut jadis aussi dans cette même solennité et sous les mêmes voûtes de notre vieille enceinte universitaire.

Au mois de mai dernier, la mort ravissait à l'Ecole M. Buignet, le professeur dont la parole élégante et claire vous appelait sans cesse plus nombreux autour de cette chaire de physique qu'il occupait avec tant d'éclat, comme aussi son expérience et son dévouement vous attiraient, constamment assidus, dans ce laboratoire où l'enseignement didactique était complété par une série de manipulations dont le souvenir sera conservé par le beau livre que notre cher collègue achevait sur son lit de douleur, et que l'Ecole, par un juste hommage, a résolu d'attribuer chaque année au premier Lauréat du concours de physique.

Il y a quelques jours, c'était un de nos plus savants confrères, un des agrégés libres de notre Ecole qui se trouvait frappé. Comme M. Buignet, M. Gobley s'était consacré presque également aux exigences de la carrière professionnelle poursuivie dans ses développements les plus élevés et au culte de la Science pure que ses nombreuses et belles recherches ont enrichie de précieux résultats.

Durant leur existence si bien remplie, nos regrettés collègues n'ont cessé de se dévouer au service et à la prospérité de cette école où il avaient remporté leurs premiers succès et devant laquelle ils avaient débuté par ces chères et déjà trop lointaines années de l'agrégation ; ils ne l'ont pas davantage oubliée lorsqu'a sonné l'heure dernière et deux beaux prix, dus à la plus touchante et à la plus généreuse sollicitude perpétueraient, s'il en était besoin, leur bien aimé souvenir parmi nous.

Pendant cette même année, notre école a subi encore une autre perte, non moins considérable, mais heureusement causée par des circonstances toutes différentes. L'une des gloires de la science française, l'illustre auteur de cette méthode synthétique par laquelle s'est transformée si complétement et si brillamment la chimie moderne, M. Berthelot a été appelé aux fonctions d'inspecteur général de l'enseignement supérieur. Accompagné dans cette nouvelle et haute situation par nos unanimes et sympathiques regrets, notre éminent collègue reste du moins parmi nous comme professeur honoraire et son puissant concours nous demeure assuré dans l'œuvre de rénovation que nous poursuivrons jusqu'au jour du complet relèvement.

Le mérite et le dévouement de nos agrégés, dont les charges vont toujours croissant, nous ont permis de remplir rapidement les vides qui s'était produits dans le corps des professeurs et ce doit nous être une grande consolation en présence des coups répétés qui ont assailli notre Ecole. A M. Buignet succède M. Le Roux, que ses belles et originales recherches ont porté depuis longtemps au seuil de l'Académie des sciences, qu'il ne saurait manquer de franchir. M. Jungfleisch, que vous connaissez tous par ses nombreux et importants travaux, remplace son maître, M. Berthelot, dont l'enseignement se trouve ainsi continué, sans interruption dans notre chaire de chimie, par le plus autorisé de ses élèves.

Je dois, en terminant, Messieurs, vous rassurer sur une question qui, pour toucher à nos besoins matériels, ne présente pas moins une extrême importance ; vous devinez qu'il s'agit de la reconstruction de notre Ecole. Prenant leurs désirs pour la réalité, quelques esprits chagrins vont répétant que les projets dont je vous entretenais l'an dernier sont complétement abandonnés et que nous sommes condamnés à périr ensevelis sous les ruines de notre antique demeure. Rien n'est plus faux ; dans peu de jours on reprendra, de la manière la plus active, les travaux qui n'ont été suspendus que pour permettre de transporter près de nous au Luxembourg, la faculté des sciences. C'est devant cette faculté que nous avons tous subi les épreuves de notre doctorat ; beaucoup de nos élèves suivent chaque année, ses cours simultanément avec nos propres leçons ; je crois donc inutile d'insister sur les avantages que vous trouverez à cette nouvelle installation où notre autonomie sera d'ailleurs maintenue dans toute son intégrité.

L'avenir, voilà par nos récents malheurs, n'est pas aussi sombre que certains bruits tendraient à la faire supposer. L'université nationale, soyez en sûrs, n'est pas en péril ; elle ne sera jamais abandonnée et nous devons même saluer avec confiance la période dans laquelle nous entrons. Vous y trouverez de puissantes ressources qui vous permettront de poursuivre sûrement vos études, à la fois théoriques et pratiques, dans la voie glorieuse où s'est engagée la science dont chaque pas est marqué par une victoire nouvelle. Je m'arrête, Messieurs, ne voulant pas retarder plus longtemps la

manifestation du légitime hommage que réclame la mémoire de M. Buignet et la distribution des récompenses méritées par vos laborieux et constants efforts, efforts qui n'ont jamais été plus soutenus et dont je vous félicite au nom de l'Ecole entière pour laquelle ils constituent, ne l'oubliez pas, la plus précieuse des promesses et le plus puissant des encouragements.

Lauréats. — *Prix de l'Ecole.* — 1re année. 1er prix, M. Pihier ; 2e prix, M. Faure; Mention honorable, M. Boirel. — 2e année. 1er prix, M. Degraeve ; 2e prix, M. Lecœur ; Mention honorable, M. Bourquelot. — 3e année. 1er prix, M. Blarez ; 2e prix, M. Léger; Mention honorable, M. Lejeune.

Prix Desportes. — M. Luyssen; Mention honorable, M. Delmas.

Prix de travaux pratiques. — 1re année. Médaille d'or : MM. Brossard ; Guilleminault ; Lasnier.

1re annnée. Médaille d'argent : MM. Talobre ; Weil ; Langlois.

Médaille de bronze : MM. Masse; Hanotel ; Boury. — Mention honorable : MM. Saint-Hilaire ; Fourel ; Pihier; Lefébure.

2e année. Médaille d'or : MM. Quinard ; Gautrelet — Médaille d'argent: MM. Bourquelot; Degraeve. — Médaille de bronze : MM. Labouré; Lepetit. — Mention honorable : MM. Gaillard; Lecœur; Schmidt.

2e année. Botanique. Médaille d'or : MM. Delmas; Gautier. — Médaille d'argent : MM. Ruyssen; Bovet. — Médaille de bronze : MM. Vandeville; Weil. — Mention honorable : MM. Guilleminot ; Périnelle ; Jacob.

3e année. Physique. Médaille d'or : MM. Blarez; Michau ; Gastoud. — Mention honorable : MM. Colignon; Lejeune.

Jurisprudence pharmaceutique.

Alcool camphré : droits auxquels il est soumis. — La loi du 24 juillet 1843 a affranchi des droits ordinaires établis sur les alcools, les esprits dénaturés de manière à ne pouvoir être consommés comme boisson. L'alcool camphré doit-il être compris dans cette exception? Telle était la question posée au tribunal civil de la Seine, dans son audience du 6 mai, par l'opposition d'un sieur R.... à une contrainte délivrée contre lui.

Le tribunal a jugé que l'opposition était mal fondée et qne l'alcool camphré était soumis aux droits. Attendu, dit son jugement, qu'à supposer que le camphre ait quelques-uns des caractères d'une huile essentielle, il diffère des huiles que l'ordonnance de 1844 a eues en vue, en ce qu'il se présente sous une forme concrète, et que l'évaluation du rapport, dans la proportion d'au moins deux dixièmes, d'un volume solide mélangé avec un volume liquide, n'est pas une opération dont le service de la régie puisse se rendre compte, dans les termes de l'article 3 de ladite ordonnance ; qu'au surplus la loi n'a voulu affranchir des droits ordinaires que des esprits dont la dénaturation est telle, qu'ils ne peuvent pas servir ultérieurement de boisson et qu'il n'est pas possible de les revivifier dans des conditions qui permettent de les offrir ensuite à la consommation. Or, il est constant pour le tribunal, d'une part, que le camphre ajouté, soit à l'alcool, soit à l'eau-de-vie, ne les dénature pas de manière que les liqueurs camphrées ainsi obtenues ne puissent plus régénérer de l'alcool pouvant être consommé comme boisson, et, d'autre part, que les frais de la régénération, eu égard à la différence des droits qui dépasse 110 fr. par hectolitre, laisseraient encore un bénéfice important à celui qui pratiquerait cette opération.

Universités allemandes.

L'almanach des Universités allemandes, pour l'année 1877, qui vient de paraître, contient quelques chiffres relatifs à la fréquentation de ces Universités en 1876, ou plutôt pendant le second semestre, dit semestre d'été, de l'année scolaire 1875-1876 :

L'Université comptant le plus d'étudiants immatriculés ou inscrits, était celle de Leipzick, qui en avait 2,730. L'Université de Berlin n'en comptait que 1,977. Il est vrai qu'à cette dernière le nombre des auditeurs admis aux cours était plus considérable; ce qui portait à 3,666 le chiffre total de tous les participants à l'enseignement supérieur. A Leipzick, le nombre total était de 2,803. A l'Université de Berlin le personnel enseignant se composait de 193 professeurs; à celle de Leipzick de 155. L'Université de Munich occupait le troisième rang avec 1,158 auditeurs et 114 professeurs. Venaient ensuite : Gœttingue 1,059 auditeurs et 119 professeurs; Tubingue, 1,025 auditeurs et 86 professeurs; Würzbourg, 990 auditeurs et 66 professeurs; Halle, 902 auditeurs et 96 professeurs; et, en dernière ligne Rottock, 141 auditeurs et 36 professeurs.

Si l'on s'en tient aux Facultés isolées, en commençant par la théologie, la Faculté de théologie évangélique la plus suivie a été celle de l'Université de Leipzick, 338 auditeurs; de Tubingue, 260 etc.; pour finir par celle d'Heidelberg, où l'on n'a compté que 9 auditeurs. — La Faculté de théologie catholique la plus fréquentée a été celle de Munster, 184; la moins fréquentée celle de Fribourg, 41. — Pour le droit, c'est l'Université de Leipzick, 1,002; vient ensuite celle de Berlin, 684; Breslau, 377 etc.; et en dernier lieu celle de Kiel, 14. Pour la médecine, c'est Wurtzbourg qui tient la tête, 527: puis ce sont Leipzick, 378; Munich, 347; Berlin, 260; au dernier rang Rostock, 29. Pour la philosophie, Leipzick figure au premier rang, 1,012; Berlin vient en deuxième, 896; Gœttingue en troisième, 479; en dernier Fribourg, 47.

Le même volume donne le chiffre de quelques autres Universités pendant la même période. Université de Vienne, 3,581 auditeurs et 247 professeurs; Dorpat, 844 et 65; Grætz, 804 et 88; Inspruck, 570 et 67; Zurich, 365 et 78; Berne, 351 et 74; et enfin Bâle, 239 et 64.

Bons effets du Koumiss dans la diarrhée chronique.

Dans les cas rebelles, un correspondant du *British medical journal*, a trouvé que le vieux Koumiss ou n° 3, de la consistance du petit lait, était un excellent remède. Chez un malade âgé de plus de 80 ans, il n'arrêta pas seulement la diarrhée complètement, mais il rétablit les forces qui étaient peu à peu tombées à un degré dangereux ; le tremblement nerveux des pieds et des mains disparut dans les 12 heures qui suivirent la première dose, et la digestion, le sommeil et la nutrition s'améliorèrent progressivement. Pendant le traitement au vieux Koumiss, il faut exclure le lait et les fruits du régime du patient; et si celui-ci est sec et nerveux, une abstinence complète de thé et de café activera la cure. M. Walter Haworth, écrivant sur le même sujet, conseille d'employer un quart de grain de nitrate d'argent avec addition d'extrait de laitue, nuit et jour ; après le repas, un peu d'acide nitrique dans une décoction d'écorce de chêne ; enfin un lavement d'eau froide par jour. (*Bulletin de thérapeutique*, octobre.)

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpétrière. — M. Charcot commencera son cours sur *les maladies du système nerveux*, le dimanche 12 novembre à neuf heures et demie.

Hopital Saint-Louis. — *Maladies de la peau.* — M. le dr Lailler reprendra ses leçons cliniques le vendredi 17 novembre, à 8 h. 3/4 et les continuera tous les vendredis à la même heure. — Salle Saint-Foy et pavillon Saint-Mathieu.

Hôpital Saint-Louis. — *Clinique chirurgicale.* — M. le Dr Duplay, agrégé de la Faculté, commencera ses conférences le jeudi 16 novembre à 9 heures et les continuera les jeudis suivants à la même heure. — Visite des malades à 8 h. 1/2.

Hopital Lariboisière. — M. le docteur Maurice Raynaud, professeur agrégé, commencera ses leçons cliniques, le vendredi 10 novembre et les continuera les vendredis suivants à 1 h. 1/2.

Hôpital des enfants malades. — *Maladies chirurgicales de l'enfance, orthopédie.* — M. le Dr de Saint-Germain, chargé du traitement orthopédique des hôpitaux, commencera ses leçons cliniques, le jeudi 16 novembre à 9 h. 1/2 et les continuera les jeudis suivants à la même heure. Tous les jours à 8 h. 1/2 visite au lit des malades et consultations. La consultation du samedi sera spécialement consacrée à l'examen des malades atteints de difformités et à l'application des appareils orthopédiques.

— M. le docteur Archambault a commencé ses leçons cliniques sur les maladies des eufants, le 10 novembre, à 9 h. 1/2, et les continuera les veudredis suivants.

— M. le dr Bouchut reprendra ses cours le *mardi* 14 novembre et les continuera les *mardis* suivants.

— M. le dr Jules Simon reprendra ses conférences sur les maladies des enfants le *mercredi* 15 novembre et les continuera tous les mercredis suivants.

Hôpital de la Pitié. — M. le dr Gallard reprendra ses leçons le *mardi* 21 novembre, dans l'amphithéâtre n° 3. — Le *mardi* et le *samedi*, leçon à l'amphithéâtre. Le *jeudi*, examen au spéculum. Tous les matins, visite a 9 h., et interrogations des malades par les élèves. — Les questions d'hygiène et de médecine légale seront traitées toutes les fois que l'occasion s'en trouvera.

Hôpital Sainte-Eugénie. — M. le dr Cadet de Gassicourt reprendra ses leçons cliniques, le *lundi* 13 novembre, à 9 h. 1/2, et les continuera les *jeudi* et *lundi* suivants.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchement. — MM. Budin et Pinard commenceront le mercredi 15 novembre à 4 h. 1/2, un cours d'accouchement. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en 4 parties : 1re partie, Anatomie, Physiologie, Grossesse. 2e Eutocie. — 3e Dystocie. — 4 Exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Hygiène et maladies des nourrissons. — M. le dr Brochard, rédacteur en chef de la *Jeune Mère*, commencera ce cours mercredi, 15 novembre, à 8 h. du soir, à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 3, et le continuera tous les mercredis, à la même heure.

Pathologie et chirurgie de l'appareil urinaire. — M. le Dr Mallez, commencera son cours le mardi 14 novembre à 7 h. 1/4 du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'école pratique, pour le contiuuer les jeudis et mardis suivants à la même heure.

Cours complet de pathologie interne, par les Drs Labadie-Lagrave et Gouguenheim. — M. Labadie-Lagrave, commencera son cours le lundi 14 novembre, à 7 h. du soir (amph. n° 1, école pratique), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure ; il traitera des maladies générales en commençant par le rhumatisme. — M. Gouguenheim, commen-

cera son cours le jeudi 16 novembre, à 5 heures du soir (amph. n° 1, école pratique), et le continuera les jeudis à la même heure, et les samedis à 7 h. du soir. Les premières leçons seront consacrées à l'étude des maladies du tube digestif.

Accouchements. — M. le Dr VERRIER, reprendra son cours le samedi 13 novembre 1876, à 4 heures à son amphithéâtre, 41, rue de l'Ecole-de-Médecine. Les leçons auront lieu tous les jours, le jeudi excepté; on s'inscrit chez le concierge de l'amphithéâtre.

Troisième examen de doctorat et 1er de fin d'année.— M. le Dr LELORAIN, licencié es-sciences naturelles, recommencera le 16 novembre, son cours préparatoire à ces examens. Durée du cours 6 semaines, 2 leçons par jour. Interrogations fréquentes. Droguier complet. — S'inscrire chez le Dr LELORAIN, 9, rue Bertin-Poiré, de 4 à 5 heures.

Pathologie interne. M. le dr DIEULAFOY commencera son cours le lundi 13 novembre, à 5 h., dans l'amphithéâtre n° 3 et le continuera les lundis et vendredis suivants.

Maladies des voies urinaires. M. le dr DUBUC commencera son cours le jeudi 16 novembre, à 5 h., dans l'amphithéâtre n° 2 et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivant.

Maladies des voies urinaires. M. le dr LAURENT-PRÉFONTAINE commencera son cours le *mardi* 14 novembre, à 3 h., dans l'amphithéâtre n° 1 et le continuera les *mardis et samedis* suivants.

Maladies mentales. — M. le Dr Jules FALRET, médecin de Bicêtre, commencera un cours public sur les maladies mentales, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris, le mardi 14 novembre, à 4 heures (amphithéâtre n° 1), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. Pendant la semaine finissant le 2 novembre, on a constaté 839 décès, savoir : variole, 3; — rougeole, 12; — scarlatine, 5; — fièvre typhoïde, 59; — érysipèle, 5; — bronchite aiguë, 24; — pneumonie, 33; — dysenterie, 2; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 8; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 12; — croup, 30; — affections puerpérales, 5; — autres affections aiguës, 217; — affections chroniques, 371, dont 161 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 35; — causes accidentelles, 18.

LONDRES. — Population : 3,489,428 habtants. — Décès du 21 au 28 novembre 1,257. — Variole, 15; rougeole, 8; scarlatine, 60; fièvre typhoïde, 9; érysipèle, »; bronchite 160; pneumonie, 81; dysentérie, 1; diarrhée, 18; *choléra nostras*, »; diphthérie, 8; croup, 8; coqueluche, 18.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Pathologie et thérapeutique générale.* M. CHAUFFARD commencera ses leçons le lundi 13 novembre, dans le grand amphithéâtre.

Pathologie médicale. M. OLLIVIER commencera son cours le mercredi 15 novembre.

Pathologie chirurgicale. M. DOLBEAU commencera son cours le samedi 11 novembre.

Opérations et appareils. M. Léon LE FORT commencera ses leçons de médecine opératoire le samedi 11 novembre.

Clinique médicale. M. LASÈGUE, à la Pitié, commencera ses cliniques le *samedi 11 novembre.* Visite tous les jours, à 8 h. 1/2. Le *lundi*, consultation; le *mardi*, conférence clinique; le *mercredi*, chimie pathologique; le *jeudi*, leçons; le *vendredi*, technique clinique; le *samedi*, leçon; le *dimanche*, conférence d'histologie pathologique.

M. POTAIN, à Necker, commencera ses cliniques le *mercredi 14 novembre*. Le *mardi* et le *vendredi*, leçons cliniques de 10 à 11 h. Le *jeudi*, consultation de 9 à 11 h. Conférences de séméologie le *lundi* de 10 à 11 h. Chimie pathologique et manipulations le *mercredi*. Anatomie pathologique le *samedi*.

Clinique chirurgicale. MM. GOSSELIN, VERNEUIL et BROCA ont commencé leurs leçons cliniques le lundi 6 novembre.

— Par arrêté, en date du 6 novembre, les deux chaires de pathologie interne à la Faculté de Médecine ee Paris, sont déclarées vacantes.

Cours cliniques complémentaires. — *Maladies des enfants.* M. BLACHEZ, à l'hôpital des Enfants, commencera ses leçons le samedi 11 novembre et les continuera les samedis suivants. Le *jeudi*, à 9 h., leçon de diagnostic.

Ophthalmologie. M. PANAS, à l'hôpital Lariboisière, a commencé ses leçons le *jeudi* 9 novembre. Le *lundi*, examen des malades et conférence clinique. Le *jeudi*, opérations et exercices ophthalmoscopiques.

Maladies des voies urinaires. M. GUYON, à l'hôpital Necker, reprendra ses leçons le mercredi 15 novembre. Le mercredi, leçon théorique et opérations. Le samedi, leçon clinique et opérations.

Ecole pratique. — M. MARC SÉE ouvrira son cours d'anatomie appliquée le *mardi* 14 novembre, et le continuera les *mardi, jeudi* et *samedi* suivants dans l'amphithéâtre n° 3.

Cours dans les pavillons. — Tous les jours de 3 h. à 4 h. — Pavillon n° 1, M. BERGER, splanchnologie, lundi et jeudi.
Pavillon n° 2, M. HUMBERT, névrologie, mardi et vendredi.
Pavillon n° 3, M. RECLUS, myologie et angiologie, mercredi et samedi.
Pavillon n° 4, M. CAMPENON, ostéologie et arthrologie, lundi et jeudi.

CONCOURS. — *Externat.* Questions : jeudi 2 novembre, *artère fémorale*; samedi 4 novembre, *muscle grand oblique de l'addomen*; mardi 7 novembre, *paroi osseuse des fosses nasales.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Par arrêté en date du 26 octobre 1876, la chaire naturelle à l'école supérieure de pharmacie de Nancy est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE reprendra ses séances le lundi 13 novembre, à 3 h., au Palais de Justice (salle d'audience de la 6e chambre du tribunal civil). Les séances sont publiques pour les médecins et pour les étudiants en médecine.

Ordre du jour : I. Tentative de meurtre par un individu dont l'état mental est partiellement troublé. — Communication de M. PÉNARD. — II. De l'avortement dans les trois premiers mois de la grossesse. — Examen médico-légal de l'œuf ahortif. — Rapport par M. CHARPENTIER.

Nota. — Avant la séance, à partir de 2 h. 1/2, M. LONGUET montrera aux membres de la Société que cette question peut intéresser, des préparations microscopiques relatives à la détermination médico-légale des taches de sperme.—Les microscopes seront disposés dans la salle du conseil.

SECOURS MÉDICAUX DE NUIT. Depuis l'organisation des secours médicaux de nuit à Paris, qui a commencé le 1er janvier, 2,768 personnes ont demandé des secours.

ECOLE NAVALE. — Le vice-amiral, sénateur, ministre de la marine et des colonies, vu la décision ministérielle du 14 février 1873, et l'arrêté du 13 juillet 1874, vu l'instruction du 24 octobre 1876 pour l'admission à l'école navale;

Arrête : Les articles 1er et 4 de l'arrêté ministériel du 30 juillet 1874 sont modifiés ainsi qu'il suit : Article premier. — La visite médicale à laquelle doivent être soumis les candidats pour l'admission à l'école navale, avant de se présenter aux examens oraux, sera subie devant une commission composée de : un capitaine de vaisseau, président, un capitaine de frégate, un médecin principal de la marine, à qui il appartiendra de prononcer « définitivement » sur la question de savoir si un candidat est ou non, dans les conditions de bonne constitution physique voulues pour être admis à l'école. Art. 2. — Nul ne sera admis à subir les épreuves orales du concours, s'il ne peut lire couramment, à une distance de deux mètres, dans la proportion de 18 sur 24, les lettres capitales n° 12 de l'échelle typographique de Snellen, éclairées par une bougie placée à 0 m. 50 cent. de ces lettres et distinguer des signes équivalents. *Signé :* FOURICHON.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, place de l'École-de-Médecine.

RECUEIL DE QUESTIONS posées aux examens de médecine, de pharmacie et d'accouchements. Ph. fr. Acc. 3f.

ARCHIVES DE TOCOLOGIE, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J.-H. Depaul ; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Le numéro de *novembre* vient de paraître. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A.LE BLOND. Le numéro de *novembre* vient de paraître. Un an : Paris 18 fr. ; Départements, 20 fr.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE.

JAMAIN (A.) et TERRIER (F.). Manuel de pathologie et de clinique chirurgicale. 3e édition, tome I. Paris 1876. Un fort volume grand in-18 de 807 pages. Prix 8 fr.

CORNIL (V.) et RANVIER (L.). Manuel d'histologie pathologique, troisième et dernière partie, Paris 1876. Un fort volume grand in-18, de 620 pages avec 133 figures intercalées dans le texte : 7 fr. L'ouvrage complet en deux volumes : 16 fr.

Librairie Alexandre COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

EMPEREUR (C.). Essai sur la nutition dans l'hystérie. Paris 1876. in-8 de 161 pages : 3 fr. 50.

LAGET (A.). Etude sur les exostoses de croissance. Paris 1876. in-8 : 2 fr.

LE GARREC (P.) Etude sur l'emploi des bougies de Beniqué dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre de la blennorrhagie chronique et de la contracture douloureuse du col de la vessie. Paris 1876, in-8 : 2 fr.

SILVESTRINI (G.). Conferenze cliniche tenute nella universita di Padova. Padova 1876. tipograf. di P. Prosperini. in-8 de 173 pages.

Du même. Sulla paralisi atrofica progressiva, 1° conferenza clinica.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

4e ANNÉE. — N° 47 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 18 NOVEMBRE 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Du tabès dorsal spasmodique ;

Leçon recueillie par BOURNEVILLE (1).

Messieurs,

Le tabès spasmodique une fois constitué peut-il rétrograder spontanément ou encore sa marche peut-elle être enrayée par l'action des moyens thérapeutiques ? Je l'ignore. Relativement au dernier point, les tentatives que j'ai faites, même dans des cas où le mal n'avait pas atteint son plus haut degré de développement, se sont montrées jusqu'ici peu efficaces. L'hydrothérapie méthodique longtemps prolongée, qui, dans certaines formes de l'ataxie, amène parfois de si heureux résultats, l'application repétée de pointes de feu le long de la colonne vertébrale, celle des courants continus n'ont abouti, quant à présent, en ce qui concerne ma pratique, qu'à produire un amendement temporaire. L'emploi des bromures de potassium, de sodium ou d'ammonium, administrés ensemble ou isolément, a pour effet à peu près certain de diminuer ou de faire cesser, même complétement, la trépidation et la contracture. Mais les doses ont toujours dû être portées très-loin pour obtenir ce résultat qui, d'ailleurs, ne s'est jamais maintenu plus de quelques jours après la cessation de l'emploi du médicament. M. le Dr Erb a été plus heureux : il a vu survenir une fois la guérison dans un cas à la vérité où le mal était de date récente et, dans d'autres cas, par la galvanothérapie, il dit avoir obtenu des amendements sérieux et durables.

Il y a donc lieu d'espérer encore que le pronostic de la maladie s'atténuera lorsqu'elle aura été mieux étudiée et qu'on aura appris, surtout, à la reconnaître dans les premières phases de son évolution.

Séparer cliniquement le tabès spasmodique de l'ataxie locomotrice, j'espère l'avoir suffisamment établi par les développements qui précèdent, est généralement chose aisée. Les difficultés du diagnostic ne sont pas de ce côté; où elles gisent, en réalité, c'est quand il s'agit des autres formes de la myélite chronique. Je voudrais essayer de vous montrer maintenant, par quelques exemples, comment la solution du problème peut cependant le plus souvent être réalisée. En premier lieu, je vous ferai remarquer qu'il n'est pas un seul des symptômes du tabès spasmodique qui lui appartienne réellement en propre. La contracture permanente, précédée de parésie aussi bien que la trépidation, peuvent en effet — comme en témoigne, par exemple, l'histoire de l'hystérie, — se produire sans qu'il existe aucune trace d'une lésion spinale, appréciable du moins par nos moyens d'investigation. Ces mêmes phénomènes, d'un autre côté, sont, vous le savez par nos précédentes études, l'accompagnement pour ainsi dire obligatoire de toutes les inflammations scléreuses de la moelle épinière, quelle qu'en soit l'origine, à la condition seulement qu'elles intéresseront le système des faisceaux latéraux dans une certaine étendue ; soit qu'il s'agisse de la forme *insulaire* ou, au contraire, de la forme *fasciculée* de la sclérose spinale. C'est pourquoi vous les voyez figurer dans la symptomatologie des affections très-diverses où les faisceaux en question sont en cause : contractures hémiplégiques durables consécutives à une lésion cérébrale *en foyer*, paralysie générale progressive, myélite partielle transverse primitive ou déterminée par compression, sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques disséminées, etc. Dans le diagnostic du tabès spasmodique ce seront donc bien moins les symptômes en eux-mêmes qu'il faudra considérer, que leur mode de répartition et d'évolution ; leur isolement surtout, d'où résulte la monotonie du tableau clinique si particulière à la maladie, devra être envisagé aussi comme un élément de premier ordre : car on peut dire qu'à moins de complication fortuite, toute affection spinale dans laquelle des troubles de la sensibilité ou de l'intelligence, des désordres fonctionnels de la vessie ou du rectum, des paralysies des muscles moteurs oculaires, des lésions musculaires trophiques, etc., se montrent associés à la contracture, n'est pas le tabès dorsal spasmodique. Cela étant posé, je laisserai de côté certains états morbides, comme les contractures hystériques (1) par exemple, celles des hémiplégiques, dont la distinction, dans l'espèce, n'offre pas de difficulté sérieuse, pour ne m'arrêter qu'aux affections qui pourraient égarer quelquefois un œil même exercé.

J'ai fait placer devant vous une femme nommée Seb..., âgée d'une quarantaine d'années, confinée au lit depuis 2 ans, incapable qu'elle est devenue de marcher et même de se tenir debout : vous pouvez remarquer que ses membres inférieurs, auxquels il lui est impossible d'imprimer volontairement le moindre mouvement, ne sont pas flasques et inertes, comme cela a lieu dans certaines formes de paraplégie ; ils sont au contraire rigides dans l'extension et dans l'adduction; on éprouve autant de résistance lorsqu'on veut les fléchir, qu'on en éprouverait à les étendre s'ils avaient été, au préalable, placés dans la flexion. La trépidation s'y produit à volonté lorsque l'on redresse la pointe du pied et souvent elle survient spontanément, sous forme d'épilepsie spinale. J'ai connu cette malade pendant plusieurs années pouvant encore faire péniblement quelques pas dans la salle, s'appuyant sur les barreaux des lits ou poussant devant elle une chaise dont elle saisissait vigoureusement le dossier et qu'elle faisait glisser sur le parquet ; à chaque pas le tronc se renversait fortement en arrière, inclinant, en même temps successivement, sur un côté, puis sur l'autre. En somme, la démarche était alors à peu près celle que j'essayais de caractériser tout à l'heure dans la description du tabès spasmodique. Si l'examen n'était pas

(1) Voir les nos 45 et 46.

(1) Sur le diagnostic de la contracture hystérique voir : Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux.* T. I, p. 347 et suivantes. — Bourneville et Voulet : *De la contracture hystérique*, etc.

poussé plus loin, vous pourriez croire qu'il s'agit ici d'un exemple de cette dernière affection. Pour vous détromper, il suffira d'insister sur quelques détails que révèle une observation moins superficielle.

Un jour, il y a 8 ans de cela, après s'être beaucoup fatiguée elle resta, le corps étant en sueur, quelque temps placée dans un courant d'air très-frais. Peu après, elle éprouva une sensation qu'elle compare à celle qu'aurait pu déterminer un courant d'eau glacée qu'on aurait fait couler le long de son dos. A cette sensation a succédé bientôt une douleur assez vive, accompagnée d'un sentiment de constriction et occupant à la fois le dos et les reins. Cette douleur, qui se répand sous forme de ceinture de chaque côté de la base du thorax, persiste encore aujourd'hui. En même temps sont survenus dans les membres inférieurs des picotements, des fourmillements. Il lui semble qu'ils sont parcourus tantôt par un courant d'eau très-chaude, tantôt par un courant d'eau très-froide, qu'ils sont enveloppés par moments dans des liens très-fortement serrés; ces phénomènes n'ont pas cessé d'exister depuis.

Quelques jours après l'apparition de ces troubles de la sensibilité est survenue la parésie, à laquelle se sont surajoutés bientôt la rigidité d'abord temporaire, puis permanente, la trépidation, les accès d'épilepsie spinale.

Actuellement vous pouvez constater, comme nous l'avons fait maintes fois depuis cinq ans que la malade est admise dans l'hospice, l'existence d'une obnubilation très-prononcée de la sensibilité dans ses divers modes, sur toute l'étendue des membres inférieurs et de l'abdomen. Quand on pince la peau sur un point quelconque des jambes ou des cuisses, ou lorsqu'on chatouille la plante des pieds, il se produit en outre des secousses musculaires déterminées par action réflexe, les divers phénomènes de *dysesthésie* sur lesquels j'ai appelé votre attention à propos des paraplégies consécutives à la compression lente de la moelle épinière (1). J'ajouterai, pour compléter le tableau, que, dès l'origine, le besoin de la miction était devenu impérieux et voulait être promptement satisfait; que, depuis plusieurs années, il est survenu de la parésie vésicale, nécessitant de temps à autre l'emploi du cathéter; qu'enfin les urines sont habituellement fétides, troubles et laissent constamment déposer un sédiment muco-purulent plus ou moins abondant.

Les divers symptômes qui viennent d'être passés en revue, leur mode de succession et d'enchaînement, tout, en un mot, concourt, vous l'avez compris, à établir que la lésion spinale dont notre malade est atteinte n'est autre que la *myélite transverse dorsale chronique* avec dégénération scléreuse descendante consécutive des faisceaux latéraux. Il me paraît inutile d'insister pour faire ressortir que les troubles sensitifs variés, énumérés plus haut, que la parésie vésicale et l'émission d'urines muco-purulentes, doivent être comptés surtout parmi les symptômes propres à accentuer la démarcation entre cette forme de myélite et le tabès spasmodique.

Dans les cas où la myélite partielle se rattacherait à la compression lente de la moelle épinière, elle se caractériserait en outre, en l'absence même des déformations vertébrales, par l'existence de ces *pseudo-névralgies* dont je me suis appliqué dans le temps à faire ressortir l'importance clinique, et dont l'intérêt, dans la catégorie que nous envisageons, serait d'autant plus grand, que ces douleurs se manifestent déjà à titre de prodrômes, avant même que les symptômes parétiques se soient dessinés (1).

Si, au lieu de comprendre la moelle dans toute son épaisseur en travers, la lésion quelle qu'elle soit restait limitée à une moitié latérale du cordon nerveux, la symptomatologie s'accuserait suivant le type *hémiparaplégie spinale avec anesthésie croisée* (2), et le diagnostic serait rendu par là plus facile encore à déterminer.

La *sclérose latérale amyotrophique* a de commun, avec le tabès spasmodique, la parésie suivie de rigidité des membres, l'absence de troubles de la sensibilité, de désordres de la vessie et du rectum; mais elle s'en sépare profondément, pour ainsi dire dès le commencement, par l'atrophie que subissent les masses musculaires sur les membres affectés, par l'évolution plus rapide de la maladie considérée dans l'ensemble, par l'apparition pour ainsi dire régulière, au dernier terme, des symptômes bulbaires. D'ailleurs, dans cette affection, ce sont, dans la règle, les membres supérieurs qui, les premiers, sont envahis, contrairement à ce qui a lieu dans le tabès spasmodique (3).

Il me reste, en dernier lieu, à signaler les rapports de ressemblance clinique qui, dans certains cas, peuvent exister entre le tabès dorsal spasmodique et la *sclérose en plaques des centres nerveux*. C'est là, ainsi que je vous l'ai fait pressentir, qu'il faut s'attendre à rencontrer plus d'une fois, la pierre d'achoppement au diagnostic. Lorsque la sclérose multiloculaire se présente avec tout l'appareil si original des symptômes spinaux, bulbaires et cérébraux qui la caractérisent dans son type de complet développement, il n'est certes pas difficile, en général, d'établir son identité; mais quand il s'agit des formes imparfaites, frustes, comme on les appelle encore, c'est autre chose. Il n'est pas en effet, si je puis ainsi parler, une seule des pièces de l'appareil symptomatique en question, qui ne puisse, parfois, faire défaut. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, le tableau clinique de la sclérose en plaques se trouve dans certains cas réduit, à peu de choses près, à la seule contracture des membres inférieurs, avec ou sans rigidité concomitante des membres supérieurs (4). Même en pareil cas, la coexistence actuelle ou passée de quelqu'un des symptômes dits céphaliques, tels que nystagmus, diplopie, embarras particulier de la parole, vertiges, troubles spéciaux de l'intelligence, cette coexistence, dis-je, fournirait un document d'une portée en quelque sorte décisive. Mais, en dehors de cette combinaison, je ne vois plus sur quelles bases solides le diagnostic pourrait être établi ; il ne resterait plus guère que la ressource des présomptions. Peut-être une observation plus attentive et plus minutieuse permettra-t-elle de relever quelque jour, soit dans la sympto-

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*. T. II, p. 116.

(1) *Loc. cit.*, p. 98.
(2) *Loc. cit.*, p. 118.
(3) *Loc. cit.*, p. 240.
(4) Plusieurs cas de ce genre se trouvent réunis dans le mémoire présenté par M. Vulpian, à la Société des hôpitaux (*Union médicale*, 1865). M. Charcot en a recueilli quelques autres depuis lors. — Voyez à ce propos ses *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 2e édit. T. I, p. 264.

matologie elle-même, soit dans les circonstances étiologiques encore si peu étudiées, quelques traits nouveaux qui, jusqu'ici, auraient échappé, et qui permettraient désormais, en toute occasion, de tracer entre les deux maladies une démarcation tranchée. L'avenir apprendra si nos espérances à cet égard ne sont pas illusoires (1).

PATHOLOGIE EXTERNE

De l'épithélioma térébrant du maxillaire supérieur,

Par le Dr **RECLUS**, interne des hôpitaux.

Parmi les nombreuses variétés de tumeurs épithéliales qui ont le maxillaire pour siége, il en est une que les auteurs ne paraissent pas avoir décrite encore. Elle est caractérisée par une cavité profonde, creusée dans l'épaisseur de l'os et tapissée de bourgeons que l'examen histologique nous montre formés de globes épithéliaux. Un pareil silence ne s'explique guère, car cet épithélioma ne semble pas rare et bien que son attention ne soit attirée sur ce point que depuis un an à peine M. Verneuil, à qui nous devons l'idée de ce travail, en a déjà rencontré deux cas.

Dans les deux observations le mode de début est le même : des douleurs surviennent qui sont prises par le malade et par le médecin pour des névralgies dentaires. D'abord assez espacés les accès se multiplient bientôt ; puis les dents se carient et s'ébranlent; elles tombent ou on les arrache mais l'alvéole ne se cicatrise pas ; son périoste végète, devient fongueux et forme une cavité dont la surface est toujours baignée de liquide sanieux et de pus.

Lorsqu'on écarte les bourgeons avec un stylet, du sang ou du pus s'écoule aussitôt et l'instrument pénètre dans une cavité qui mesurait, dans nos deux cas, plus de quatre centimètres de profondeur ; le stylet s'y meut à son aise; nulle part il ne sent l'os à nu et les parois sont recouvertes d'une membrane tomenteuse et semblable aux fongosités qui font saillie autour de l'alvéole. L'ulcération bourgeonnante du rebord alvéolaire n'est donc, en définitive, qu'un orifice fistuleux ; la lésion principale est plus profonde et s'étend fort loin dans le maxillaire.

Aussi ce que le chirurgien peut voir de la tumeur ne saurait, tout d'abord, lui en révéler la gravité ; les fongosités, dans nos deux cas nettement circonscrites à l'espace qu'occupaient autrefois les trois grosses molaires gauches, éveillaient bien plutôt l'idée d'une périostite chronique avec nécrose partielle et séquestres. Cependant leur persistance et la rapidité de la reproduction, leur tendance aux hémorrhagies et l'abondante sécrétion de matière ichoreuse inspirèrent bientôt des craintes que vint confirmer l'examen des débris entraînés par le pus ou enlevés d'un coup de ciseaux sur les lèvres de la fistule. On pût en effet y constater l'existence des globes épidermiques caractéristiques des épithéliomas.

La douleur était violente dans une de nos observations ; elle revenait par accès nocturnes pour la plupart et avec une intensité telle que la malade réclama par trois fois une nouvelle opération ; dans le second cas pas de souffrances ; d'anciennes névralgies avaient même disparu et le malade n'accusait guère qu'une sensation pénible provoquée à certains moments par la rétention du pus. L'écoulement du pus est au contraire un symptôme constant; par l'orifice alvéolaire suinte d'une manière incessante un liquide dont l'aspect d'ailleurs change fréquemment. Parfois — et surtout au début ou après une exploration — c'est du sang presque pur et assez abondant pour constituer une sérieuse hémorrhagie ; puis il s'altère, devient brunâtre et fétide ; il se strie de pus et charrie les détritus des fongosités pariétales sphacélées. Ces diverses substances se mêlent à la salive ; en fort peu de temps la bouche se remplirait si le malade ne crachait sans cesse et cette expuition constante le fatigue souvent au point d'empêcher le sommeil.

La gravité de ces épithéliomes nous semble exceptionnelle ; leur marche est, en effet, très-rapide et la tumeur pousse ses prolongements dans toutes les directions. En moins de deux mois et demi, trois opérations furent pratiquées sur le premier de nos malades ; les récidives étaient presqu'immédiates. Nous n'avons observé le second que quelques jours et les ganglions de la région carotidienne se sont engorgés sous nos yeux. Nous n'avons pu assister au développement de la tumeur et la voir, comme dans le premier cas, franchir les limites de sa cavité primitive, soulever les téguments de la joue et se propager vers l'orbite et la base du crâne.

Tel est l'aspect que présente notre épithélioma cavitaire ; nous en avons résumé les traits principaux d'après deux observations dont l'une seulement nous est personnelle. Nous l'avons recueillie dans le service de M. le professeur Verneuil, notre maître actuel. La seconde également recueillie dans le service de M. Verneuil, mais l'année précédente, a déjà été publiée dans la thèse de M. Jacquelin : elle est fort longue, aussi l'avons nous abrégée surtout dans ses détails opératoires. Voici d'ailleurs ces deux observations.

OBSERVATION I. — *Epithélioma cavitaire du maxillaire supérieur. — Date incertaine du début. — Extractions de chicots anciens ; écoulement immédiat d'une grande quantité de sang et persistance d'une ouverture par où suinte le pus d'une manière incessante. — Existence d'une vaste cavité tapissée de bourgeons épithéliaux. — Engorgement des ganglions carotidiens.* (Observation personnelle).

Chevillot, maréchal des logis en retraite, âgé de 69 ans. Il habite les Vosges qu'il a momentanément quittées dans les premiers jours du mois de juin 1876, pour venir consulter un chirurgien de Paris. — Il s'adresse à M. Verneuil.

C'est un homme de vigoureuse apparence : Une variole bénigne à 10 ans, de rares douleurs rhumatismales et une bronchite qui lui a laissé un léger degré d'emphysème constituent en entier le bilan de ses maladies antérieures. Sa mère est morte en couches à 42 ans; à 58, son père était emporté par une pustule maligne; sa sœur vit encore; elle est maintenant âgée de 71 ans; elle fut atteinte, il y a neuf ans, d'un cancroïde de la racine du nez dont elle a été opérée; il n'y a pas eu de récidive.

Le malade vient consulter M. Verneuil pour une ulcération du rebord alvéolaire gauche, au niveau des trois grosses molaires. Cette ulcération détermine une abondante suppuration; aussi l'expuition doit-elle être continue, ce qui trouble le sommeil et, souvent le rend impossible. Vers l'âge de 14 ans, notre malade ressentit quelques accès de névralgie dentaire qui, depuis se sont reproduits souvent; les dents se sont cariées peu à peu; cependant celles du maxillaire inférieur sont encore fort belles. A la mâchoire supérieure, les altérations ont débuté, il y a dix ans, par les petites molaires droites; puis les grosses molaires gauches, celles que l'ulcération remplace maintenant, se sont prises à leur tour ; leur couronne a disparu morceau par morceau et sur le pourtour de leurs débris s'était formé un bourrelet fongueux d'où s'écoulait dans la succion, pendant les efforts de toux et la mastication, une certaine

(1) L'une des malades présentées dans cette leçon, comme offrant un exemple de *tabes dorsal spasmodique*, a succombé depuis. L'autopsie n'a pas confirmé le diagnostic qui, d'ailleurs, avait été posé avec quelques réserves. Elle a fait reconnaître l'existence de plaques scléreuses disséminées, limitées à l'étage inférieur des pédoncules cérébraux, aux pyramides antérieures dans le bulbe rachidien, et occupant, dans la moelle épinière, sur certains points les faisceaux postérieurs (région cervicale), sur d'autres les faisceaux latéraux (région dorsale inférieure). Les hémisphères cérébraux étaient dans toutes leurs parties absolument exempts d'altérations. Les détails de cette observation (la 4e dans la thèse de M. Bétous) seront publiés *in extenso* dans une autre occasion. Nous pourrons relever alors, dans l'histoire de la malade, l'existence de douleurs cervicales et dorso-lombaires, de vertiges, une aggravation de la parésie des membres dans l'obscurité, et diverses autres circonstances encore, qui eussent dû, si l'on y eût prêté plus d'attention, mettre sur la voie du diagnostic. Pour le moment, je veux me borner à faire ressortir les difficultés que peut rencontrer le clinicien lorsqu'il se trouve en présence de certaines formes de la *sclérose en plaques fruste*.

quantité de sang; d'ailleurs le malade souffrait fort peu; à peine éprouvait-il une sensation lente et sourde, mais pas d'élancements ou de vives irradiations; au demeurant plutôt une gène qu'une douleur aiguë.

C'est alors que vers la fin de mars 1876, et sur le conseil de son médecin, qui ne voyait pas guérir les fongosités gingivales, il se fit enlever les racines des trois grosses molaires perdues au milieu des bourgeons; l'extraction fut très-douloureuse et s'accompagna d'une véritable hémorrhagie, qui cessa bientôt, mais pour reparaître, et pendant plusieurs jours l'écoulement fut presque continu. Peu à peu il se modifia et devint franchement purulent. La bouche était le siége d'une saveur insupportable et l'haleine fétide au point de gêner le malade et ceux qui l'entouraient.

Lorsque, trois mois après, il se présenta à notre observation, nous constatons que les lésions sont limitées au maxillaire supérieur; encore cet os n'est-il envahi, du moins en apparence, que dans l'espace restreint qui, sur le rebord de l'alvéole gauche, s'étend en arrière de la deuxième petite molaire. Cette dernière est saine et nullement ébranlée. Quant aux grosses molaires, nous savons que c'est à la suite de l'extraction de leurs racines que sont survenus les hémorrhagies, l'écoulement de matières purulentes et l'ensemble des symptômes actuels. Le rebord de l'alvéole est détruit en ce point: aussi l'ulcération fongueuse qu'il nous reste à décrire, semble-t-elle à peu près sur le même plan que la voûte palatine. Cette ulcération occupe strictement la place des trois grosses molaires gauches. Elle est allongée suivant la direction de l'arcade dentaire et son diamètre antéro-postérieur mesure 45 millimètres tandis que le transversal n'en a que 10 à 12 environ.

Elle est excavée à son centre, mais au premier abord on n'y soupçonne pas d'orifice; pour trouver l'ouverture il faut, avec un instrument mousse écarter les deux lèvres de l'ulcération dont l'une, l'externe, est à peine saillante et ne forme qu'un mince bourrelet déchiqueté dans le sillon gongivi-labial, tandis que l'interne est plus épaisse, mamelonnée et recouverte de bourgeons irréguliers. On reconnaît par cette simple exploration que l'ulcération n'est en définitive que l'orifice fistuleux d'une cavité fort spacieuse et creusée dans l'épaisseur du maxillaire supérieur. Cette cavité s'étend plus profondément en arrière où la sonde s'enfonce à plus de quatre centimètres qu'en avant où elle n'atteint pas trois centimètres et demi. La sonde joue plus facilement dans le sens antéro-postérieur que latéralement où le bec se butte contre les parois fort rapprochées l'une de l'autre; du reste, dans ces diverses explorations le stylet ne donne nulle part la sensation d'une surface osseuse dénudée, mais bien celle d'une membrane irrégulière, fongueuse et mamelonnée comme l'orifice alvéolaire.

Le maxillaire supérieur aux dépens duquel est creusée cette cavité ne nous semble pas déformé; à l'extérieur du moins nous ne trouvons aucune saillie anormale; à ce niveau la pression sur les téguments ne réveille pas de douleur et le malade n'accuse guère qu'un malaise assez intense, une souffrance sourde qui disparait le matin lorsque le pus accumulé pendant la nuit s'évacue par l'ouverture gingivale. Nous ne constatons rien de spécial du côté des fosses nasales; les cornets ne paraissent pas déviés et le malade nous affirme que jamais il n'a mouché de pus ou de sang; jamais les liquides de la cavité ne se sont fait jour au niveau des méats. En revanche, l'écoulement par la bouche est à peu près continu; tantôt le pus est franchement jaune, tantôt il est brunâtre et coloré par du sang altéré, le plus souvent il est mélangé de liquide salivaire et chargé de débris fétides que M. le docteur Nepveu a examiné au microscope; M. Nepveu y a nettement reconnu l'existence des globes épithéliaux caractéristiques.

M. Verneuil songeait à une opération radicale et pour débarrasser le malade il voulait lui proposer l'ablation du maxillaire supérieur, mais l'existence d'une masse ganglionnaire en avant des vaisseaux carotidiens lui a fait bien vite abandonner ce projet: un traitement purement palliatif a donc été prescrit et notre malheureux malade a regagné les Vosges, son pays. (*A suivre.*)

MALADIES DES YEUX

ÉCOLE PRATIQUE. — COURS DE M. LE Dr E. LANDOLT.

Du diagnostic des maladies des yeux.

VIe LEÇON. — De la Réfraction (*Suite*) (1).

Leçon recueillie par A. CHARPENTIER.

Myopie.

Si au lieu d'avancer nous reculons l'écran sur lequel nous avons reçu l'image de la flamme (*fig. 74*), nous obtenons de nouveau une image de diffusion ($b'a'$). Celle-ci est formée par la divergence des rayons après leur réunion au foyer, et cet état correspond à la *myopie*. Nous définissons donc la myopie de la façon suivante: *la myopie est l'état de l'œil*

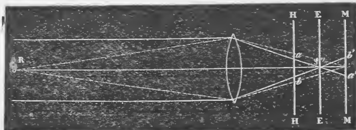


Fig. 74. Les lettres *a* et *b* sur la ligne HH devraient se trouver à l'entrecroisement des lignes *pleines* avec la ligne HH et non sur les lignes ponctuées. On pourrait indiquer cela par un petit trait très-fin qui réunirait les lettres *a* et *b* avec les points auxquels elles correspondent.

dans lequel la rétine se trouve située en arrière du foyer du système dioptrique; et on peut dire d'une façon générale que le système dioptrique de l'œil myope est trop fort relativement à sa longueur.

Pour adapter l'œil myope à l'infini, c'est-à-dire pour le rendre emmétrope, on doit *diminuer* sa force réfringente. Cela s'obtient à l'aide de lentilles *concaves*, et le numéro de la lentille concave qui permet à l'œil de voir à l'infini représente le *degré de myopie*, parce qu'il indique de combien de dioptries l'état de réfraction de l'œil myope est plus fort que celui de l'emmétrope.

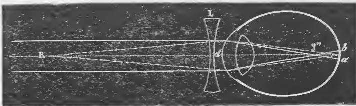


Fig. 75.

En nous rendant compte de l'action de la lentille concave correctrice, nous trouverons encore la même coïncidence de son foyer avec le punctum remotum de l'œil myope, comme nous l'avons expliqué pour l'œil hypermétrope.

L'œil *myope*, à l'état de repos, est adapté à son punctum remotum situé à une certaine distance devant lui, en d'autres termes, il a besoin pour voir nettement de rayons lumineux *divergeant* de ce punctum remotum. Or, l'action d'une lentille concave consiste à rendre les rayons parallèles divergents, comme s'ils provenaient d'un foyer situé derrière elle. Lorsqu'une lentille concave adapte l'œil myope à la vision au loin, elle doit nécessairement donner aux rayons parallèles une divergence telle qu'ils paraissent provenir du punctum remotum de cet œil. Il en résulte que le foyer de la lentille correctrice et le punctum remotum R de l'œil myope coïncident. Si l'œil a besoin d'une lentille concave 6 placée très-près de la cornée (L. *fig. 75*,) son punctum remotum R est situé à 16 centimètres devant lui parce que la distance focale de cette lentille est égale à 16 centimètres.

---

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16 18, 20, 26, 27 et 44.

Si nous plaçons la lentille correctrice à 2 centimètres de la cornée (LC = 2 centimètres) la distance focale LR doit avoir deux centimètres de moins, c'est-à-dire 14 centimètres et la lentille n'aura pas 6 mais 8 dioptries ($\frac{100}{14} = 7$ D).

Nous voyons donc qu'il n'est pas indifférent de savoir où l'on place le verre correcteur, plus on l'éloigne de l'œil myope plus il doit être fort et inversement. Ceux d'entre vous qui portent des lunettes concaves ont sans doute fait souvent cette observation que plus ils les rapprochent de leurs yeux, plus leur action est forte.

Puisqu'il suffit de mesurer la distance entre le punctum remotum et l'œil pour connaître le degré de la myopie, on peut déterminer la myopie même sans intervention de lentilles. Il suffit de faire lire à l'individu des caractères fins à la plus grande distance possible. De cette façon on trouve le punctum remotum, et la distance qui sépare celui-ci de l'œil est la distance focale de la lentille qui donne le degré de la myopie.

Supposons un myope qui lit sans effort d'accommodation à une distance de 9 centimètres, sa myopie sera égale à 11 D, parce que 9 centimètres représentent la distance focale de 11 D. ($\frac{100}{9} = 11$).

Dans la détermination de la myopie on doit encore tenir compte de l'accommodation; si celle-ci n'est pas absolument nulle, elle fait paraître la myopie plus forte qu'elle ne l'est en réalité, en augmentant la force réfringente de l'œil. C'est pourquoi on aura toujours soin de chercher le verre *concave la plus faible* qui procure aux myopes la meilleure acuité visuelle au loin. Dans la détermination directe, on prendra comme distance focale la distance *la plus grande* à laquelle de petits caractères sont lus.

Causes de la myopie. — Ainsi que l'hypermétropie, la myopie peut avoir différentes causes :

1° L'œil est *trop long* pour un système dioptrique pareil à celui de l'œil emmétrope : *myopie axile.* M^a.

2° Le système dioptrique est *trop fort,* tandis que l'œil a la longueur de l'œil emmétrope, *myopie de courbure.* M^c.

I. Myopie axile. M^a.

La myopie par excès de longueur du globe oculaire est de beaucoup la plus fréquente. Qu'on se rappelle les yeux saillants de certains myopes de degrés un peu élevés. Dans le cas où la longueur de l'œil ne frappe pas au premier abord, faites diriger l'œil fortement en dedans, et vous verrez que la partie équatoriale en est étrangement allongée, comme aplatie, et qu'il est impossible de voir les parties postérieures du globe oculaire.

Comme nous l'avons dit dans notre seconde leçon, l'hypertrophie du globe oculaire (si nous pouvons l'appeler ainsi) peut atteindre un degré tel que l'œil est même gêné dans ses mouvements. L'allongement se prononce surtout dans l'axe optique par la formation du *staphylome postérieur,* ectasie de la région de la macula qui devient si souvent funeste aux yeux myopes.

II. Myopie de courbure. M^c.

La myopie par excès de courbure est plus rare que la myopie axile, la cornée du myope ne différant guère de celle de l'emmétrope, elle offre plutôt un rayon plus court. On connaît cependant des exemples de cette forme de myopie : la *cornée conique* et le *staphylôme cornéen.*

On observe souvent une myopie apparente due à un excès de courbure du cristallin par suite d'une crampe de l'accommodation. Dans ce cas, on verra la myopie disparaître sous l'influence de l'atropine. On peut par contre considérer comme exemple d'une véritable M^c les cas de luxation partielle du cristallin, lorsque celui-ci est resté dans le champ pupillaire. Le cristallin n'étant plus soumis à la traction de la zône de Zinn, suit son élasticité naturelle qui lui communique une forme plus bombée et produit ainsi un degré de myopie assez notable.

Quelquefois on a constaté dans le cours du développement d'une cataracte, une myopie qui n'avait pas existé auparavant. Elle est due, sans doute, dans ce cas, à une augmentation de l'indice de réfraction du cristallin.

Nous avons vu, Messieurs, que la grande majorité des cas d'amétropie repose sur des différences de *longueur* de l'*axe* de l'œil, l'appareil dioptrique restant le même que celui de l'œil *emmétrope.*

Il en résulte que l'expression « *Anomalies de réfraction* » par laquelle on désigne les amétropies n'est généralement pas exacte. En effet, ce n'est pas la réfraction, c'est la longueur de l'œil qui est anormale dans ces cas. Si l'on désigne les amétropies axiles par le nom d'anomalies de réfraction, il faut donc toujours ajouter mentalement, *par rapport à leur longueur.* (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Hospice de la Salpêtrière. — Conférences cliniques de M. Charcot.

Obéissant à l'excellente habitude qu'il suit régulièrement depuis dix ans, M. Charcot a repris, à la Salpêtrière, son cours de clinique sur les *maladies du système nerveux,* le dimanche 12 novembre. L'affluence des auditeurs, parmi lesquels nous avons remarqué un grand nombre d'internes, d'anciens internes et de médecins des hôpitaux, venus pour entendre notre éminent maître, lui a certainement fourni un témoignage flatteur de la haute importance que l'on attache à son enseignement.

M. Charcot a indiqué pour ses nouveaux auditeurs le but et le caractère de ses conférences cliniques. Il a rappelé qu'il ne s'agissait pas là de leçons dogmatiques et que, par conséquent, les questions théoriques ne seraient invoquées qu'autant qu'elles éclaireraient sur-le-champ les questions cliniques. Comparant ensuite avec beaucoup de justesse ses conférences aux *leçons de choses* si répandues dans différents pays, aux Etats-Unis par exemple, et qu'il se félicite de voir s'introniser en France, M. Charcot a déclaré qu'il exposerait surtout des épisodes des affections nerveuses, qu'il ferait voir des types de maladies arrivées à leur complet développement et susceptibles d'aider à mieux reconnaître les formes incomplètes, ou, en d'autres termes, les *formes frustes.*

Toutefois, aucun plan préconçu ne réglera absolument ces leçons, car une large part est laissée aux hasards de la clinique. Un de ces hasards s'est offert dès cette première leçon. M. Charcot s'est empressé d'en profiter. Une des malades *hystéro-épileptiques* de son service ayant été prise de *contracture,* M. Charcot a décrit, à proprement parler sur le vivant, cet épisode si intéressant de l'histoire de l'hystérie. Une autre femme atteinte de contracture symptomatique de *tabes dorsal spasmodique,* placée à côté de la précédente, a permis à M. Charcot de mettre en relief les caractères particuliers de la *contracture hystérique.*

Ceci fait, M. Charcot a commencé la description des *tremblements.* Le *tremblement sénile* et la *chorée sénile,* dont il a montré de très-remarquables spécimens, ont complété très-fructueusement cette première leçon. La méthode adoptée par M. Charcot, ses descriptions précises dont chacun peut vérifier immédiatement l'exactitude, impressionnent toujours très-vivement ceux qui ne sont pas encore familiarisés avec cet enseignement de la Salpêtrière, qui attire quotidiennement tant de médecins étrangers et fait un véritable honneur à notre pays.

Inauguration de l'Ecole d'anthropologie.

Mercredi, à quatre heures du soir, a eu lieu, à l'Ecole pratique, l'ouverture des cours de la nouvelle école d'anthropologie. On sait dans quelles conditions et sous quels favorables auspices cet enseignement s'annonce. Il a été inauguré par M. Broca, à qui revenait bien justement l'honneur de porter le premier la parole, et de recevoir les témoignages sympathiques qui l'ont accueilli à son entrée. Dans une leçon pleine d'intérêt, après avoir défini l'anthropologie, l'histoire naturelle de l'homme, il a fait entrevoir le vaste de champ que cette science embrasse, et les relations intimes qui la rattachent à la médecine, à la zoologie, à la géographie, etc.

Dans un précédent numéro, nous avons donné le programme des différents cours qui vont prochainement s'ouvrir, et auxquels la nombreuse assistance, qui se pressait mercredi à la séance d'ouverture, permet de prédire à l'avance un légitime succès.

Dans notre prochain numéro, nous donnerons *in extenso* la première leçon de M. Broca. Mais, en [attendant, nous ne saurions trop engager nos lecteurs à se rendre compte par eux-mêmes de l'enseignement nouveau.

L'enseignement clinique à l'hôpital des Enfants.

De même que dans la plupart des autres hôpitaux, les cours cliniques viennent de reprendre à l'hôpital des Enfants. Il existe peu d'hôpitaux en France où l'enseignement soit aussi développé. Sur six médecins, cinq font des leçons à l'amphitéâtre et la consultation de plusieurs d'entre eux est encore l'occasion de développements toujours très-intéressants sur les maladies du jeune âge.

Il règne en ce moment à l'hôpital des Enfants une épidémie de fièvre typhoïde des plus meurtrières. Il était à prévoir qu'elle serait le sujet de plusieurs leçons cliniques. Et, en effet, c'est par son histoire que MM. Archambault et Bouchut ont ouvert leur cours.

M. Archambault se propose d'étudier les caractères de la fièvre typhoïde chez les enfants. Il a d'abord fait remarquer combien étaient nombreux les cas qui se présentent actuellement, puisque, sur 60 lits dont se compose son service, 26 sont occupés par des typhiques. Dès que cette étude de la dothiénenterie sera terminée, M. Archambault commencera l'histoire de l'allaitement, du sevrage et de l'alimentation des enfants qui fait, en ce moment même, l'objet d'une longue discussion à l'Académie de médecine.

M. Bouchut, dans sa leçon de mardi, s'est occupé à un autre point de vue de la fièvre typhoïde et il a surtout insisté sur le traitement. Il a rappelé à son auditoire que, dans le début de l'affection, il administre le tartre stibié pour débarrasser l'intestin; puis il passe aux purgatifs salins. M. Bouchut s'est ensuite occupé des immersions dans l'eau froide. Comme la plupart des médecins de l'hôpital des Enfants, il proscrit le bain froid prolongé, mais il recommande les lotions fraîches et aromatiques.

Le samedi 11 novembre, M. Blachez reprenait le cours complémentaire de la Faculté. Ses leçons porteront principalement sur les maladies du cœur dans ce qu'elles peuvent offrir de spécial à l'enfance. Il s'occupera ensuite de la coxalgie, du mal de Pott et de la carie du rocher, toutes affections qui, si elles sont facilement reconnues, n'en sont pas moins des plus difficiles à bien traiter. Dans sa leçon d'ouverture M. Blachez a présenté un malade atteint de cyanose. Il s'agit là d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire, peut-être d'une communication des deux cœurs.

M. Jules Simon dans ses leçons du mercredi reprendra l'histoire de la thérapeutique infantile. Dans les traités classiques de thérapeutique, il n'y a rien de spécial à l'enfance : on se contente le plus souvent de formules empiriques pour induire de la dose utile à l'adulte à la dose nécessaire à l'enfant. On arrive ainsi à un résultat complétement faux. Déjà M. Simon a démontré qne l'on procède souvent avec trop de timidité et que l'on prescrit des doses inactives. Il étudiera cette année les médicaments les uns après les autres, et pour chacun il donnera les indications et les doses. Le sujet de la première leçon était le traitement de la diarrhée chez les enfants.

M. de Saint-Germain reprend ses cliniques le 16 novembre. Il étudiera le bec de lièvre et les diverses opérations que l'on a proposées contre cette affection. Les cliniques sont chaque fois terminées par un certain nombre d'opérations.

On le voit, la médecine infantile peut être entièrement apprise à l'hôpital des Enfants. Théories médicales, exercices cliniques, thérapeutiques, opérations, tout y est enseigné sur les malades mêmes. Il serait à désirer qu'il en fût de même partout.

Hôpital Necker. Inauguration du cours de M. le professeur Potain

M. le professeur Potain a inauguré mardi dernier ses leçons de clinique médicale à l'hôpital Necker. Après avoir rapidement rappelé comment l'enseignement pratique de la médecine a pris naissance du jour où, dans l'antiquité on a recueilli l'histoire des malades et cherché dans l'observation ce que les théories étaient incapables de faire connaître, il a montré l'utilité qu'il y a à compléter l'une par l'autre la clinique et la pathologie proprement dite. La clinique peut être définie comme un art dans cet ensemble des connaissances humaines dont la pathologie est la science; s'il ne peut y avoir de médecine pratique sans l'une, ce serait un danger et une erreur de contester le caractère scientifique de l'autre. S'en rapporter à l'expérimentation seule et y chercher le fondement de la médecine scientifique, c'est se tenir aussi loin de la vérité que s'en tenir à l'observation seule, à l'art sans la science, sous prétexte que la certitude manque et doit manquer toujours à la médecine. Dans l'enseignement de la clinique, il faut avant tout se former à l'observation rigoureuse, il faut tendre fortement son esprit, et l'on acquiert alors des qualités qui ne sont pas seulement le partage d'un petit nombre d'artistes, mais auxquelles tous peuvent prétendre. Evoquant à ce sujet le souvenir douloureux d'un ami mort, M. Potain rappela en termes émus comment Axenfeld avait acquis au plus haut degré les mérites d'un clinicien éminent après avoir pu douter de les posséder jamais.

Les élèves seront donc formés à l'observation des malades et au diagnostic, c'est l'œuvre de tous les jours. Deux fois dans la semaine, les mardis et vendredis, M. Potain étudiera dans une leçon à l'amphithéâtre, quelqu'un des ma-

lades les plus instructifs qui seront en traitement dans les salles.

Comme complément d'études, le professeur désire que les élèves soient formés par une série d'exercices pratiques et de conférences aux méthodes d'examen des malades, aux recherches chimiques et anatomo-pathologiques.

Tous les lundis, le chef de clinique réunira les élèves qui se seront fait inscrire pour étudier avec eux la séméiologie objective; le mercredi, l'aide de clinique, préposé au laboratoire de chimie traitera des procédés d'analyse applicables aux produits morbides; le samedi enfin, l'aide de clinique, pour les travaux anatomiques, fera une conférence pratique sur la manière de procéder aux autopsies et de faire l'examen histologique des pièces recueillies à l'amphithéâtre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 novembre 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. GUBLER communique à la Société le résultat de ses recherches sur la glycosurie dans l'état puerpéral. Dans les cas où l'allaitement est suspendu, la glycosurie peut apparaître mais seulement dans certaines conditions faciles à déterminer. Tantôt, en effet, la suspension de l'allaitement est due à une maladie ou à la mort du nourrisson; tantôt ce sont des maladies de la mère qui les causent. En cas de maladie de l'enfant, la glycosurie est la règle. Elle se produit aussi si la maladie qui empêche d'allaiter est bénigne; au contraire, en cas d'affection grave, fièvre typhoïde par exemple, il n'y a jamais de sucre dans les urines. C'est ainsi que M. Gubler la trouva chez une femme qui avait cessé d'allaiter à cause d'une légère inflammation buccale, sans perturbation profonde de l'économie. Aussi peut-on dire d'une manière générale que la glycosurie apparaît lorsque la consommation cesse, tandis que la production continue avec une certaine abondance. Que l'intervention de l'art amène une spoliation, une dérivation du côté de l'intestin par exemple au moyen de purgatifs, et quelque légère que soit l'affection la glycosurie ne se produit pas. La quantité de sucre contenue dans les urines n'est jamais très-considérable: mais elle est peut-être décelée par tous les réactifs usuels. Il est à remarquer que le réactif de Luton (solution de bichromate de potasse additionné d'acide sulfurique) donne un précipité plus abondant que la potasse. Il est possible qu'en dehors de la glycose, il existe dans ces urines une autre matière ternaire dont la présence soit révélée par cet agent chimique. Si l'on ne trouve jamais d'albuminurie, cela s'explique aisément par la composition du lait de femme riche en lactose, pauvre en caséum et en beurre.

En résumé, la glycosurie apparaît lorsque l'allaitement est suspendu, alors seulement que les conditions de la santé générale ne sont pas profondément modifiées: elle est ordinairement légère, peut n'apparaître qu'au bout de 24 ou 36 heures, durer une huitaine de jours. Chez les femmes grosses, il y a quelquefois du sucre dans les urines; mais surtout chez les primipares, à la fin de la grossesse.

M. LUYS présente à la Société un exemple de suppléance cérébrale. Une femme tombe frappée d'hémiplégie droite avec aphasie qui persiste pendant huit mois; au bout de ce temps elle recouvre presque subitement la parole: huit ans après elle succombe aux suites d'une affection pulmonaire. L'hémisphère gauche présente une altération très-étendue de la 3e circonvolution frontale: l'hémisphère droit au contraire est très-hypertrophié, pèse 115 grammes de plus que son homologue: l'hypertrophie porte surtout sur le lobe pariétal où l'on trouve deux circonvolutions anormales qui n'existent pas sur les cerveaux ordinaires: la 3e frontale est aussi très-hypertrophiée. Il est à remarquer que l'hémisphère droit présente une certaine analogie avec celui du mouton.

M. BERT Quelle que soit l'anomalie présentée par ce cerveau, il conserve le type primate. Quant à la suppléance fonctionnelle, elle consiste en ce que la 3e circonvolution frontale droite a présidé seule ici à la fonction de langage articulé, tandis qu'à l'état normal son rôle s'efface devant celui de son homologue du côté gauche.

M. LABORDE se demande s'il y a réellement hypertrophie de l'hémisphère droit, ou si, au contraire, ce n'est pas le lobe gauche qui est atrophié.

M. HAMY affirme, qu'à l'examen du cerveau, il est facile de constater une hypertrophie très-nette du lobe pariétal.

M. RANVIER demande à M. Luys s'il a fait l'examen microscopique des circonvolutions hypertrophiées. Pour lui, il a pu constater dans les cerveaux normaux que d'une manière générale les éléments nerveux s'hypertrophient avec l'âge, tandis que le tissu connectif et les vaisseaux restent stationnaires. Il serait intéressant de savoir si la suractivité fonctionnelle amène une augmentation de volume des éléments nerveux. Du reste, il est peu partisan du procédé de conservation employé par M. Luys (acide azotique) qui a l'inconvénient de ratatiner le cerveau. Le procédé de Frédéric, essayé sur le cerveau de lapin, donnerait peut-être aussi de bons résultats pour l'homme. — M. LUYS se sert depuis quelque temps avec succès du liquide conservateur de M. Gannal.

M. HARDY présente au nom de M. Bochefontaine et au sien une note sur la composition de la racine de Thapsia. Elle renferme un alcaloïde dont les propriétés convulsivantes se rapprochent de celle de la strychnine.

M. DURET met sous les yeux de la Société, au nom de M. Fayelle, une série d'épreuves photographiques et préparations microscopiques obtenues par un procédé nouveau.

MM. JOLYET et REGNARD exposent les premiers résultats de vastes recherches entreprises sur la respiration dans les diverses espèces animales. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 novembre. — Présidence de M. CHATIN.

M. BLOT, à propos du procès-verbal de la dernière séance, s'élève contre les conclusions de la communication de M. Devergie. Ce dernier, on s'en souvient, avait établi qu'en thèse générale, il y a avantage à choisir une nourrice dont l'âge du lait se rapproche de l'âge de l'enfant. M. Blot est d'avis que l'importance donnée, en pareille circonstance, à l'âge du lait, est exagérée.

M. FUA lit un mémoire sur les qualités hygiéniques et thérapeutiques du maïs. — La séance est levée à cinq heures.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances de juin 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Fractures de deux côtes consolidées. — Réunion des deux cals par une fausse articulation; par M. AVEZOU, interne des hôpitaux.

Cette pièce a été trouvée à Clamart sur un sujet paraissant âgé de 65 à 70 ans. La cinquième et la sixième côtes du côté gauche présentent à leur partie moyenne des traces d'une fracture déjà ancienne. La consolidation paraît normale: sur la face externe de la sixième côte, il y a une légère dépression au niveau de la fracture. Entre les deux côtes fracturées s'avancent deux jetées osseuses qui sont unies par une articulation mobile, paraissant une arthrodie et pourvue d'une sorte de ligament capsulaire (1).

Anomalies du cerveau; par M. FÉRÉ, interne provisoire.

Voici un certain nombre de cerveaux durcis par la macération dans l'acide nitrique dilué et la dessication. Ces pièces me permettront d'appeler l'attention de la Société sur quelques dispositions peu décrites ou anomalies des sillons et des circonvolutions du cerveau.

(1) La pièce a été déposée au musée Dupuytren, et le dessin dans l'album de la Société.

Sur la face interne de l'hémisphère, et dans la moitié antérieure, il n'existe, chez la plupart des sujets, que deux circonvolutions parallèles: la circonvolution crétée qui borde le corps calleux, et la circonvolution frontale interne, qui est séparée de l'autre par la scissure calloso-marginale. D'ordinaire, cette scissure n'est pas interrompue, elle présente seulement dans la profondeur des plis peu saillants qui la traversent. Assez souvent cependant (1 fois sur 7 ou 8), ces plis s'élèvent au niveau des circonvolutions voisines et forment alors de véritable *plis de passage entre la circonvolution crétée et la frontale interne*. Le plus fréquemment, il existe un pli de passage unique situé au niveau de la partie moyenne du corps calleux, c'est-à-dire un peu en avant.

Ce pli d'union est vertical et court, ou oblique et allongé. Quand il est oblique, c'est presque toujours de haut en bas et d'arrière en avant, c'est-à-dire qu'il a son origine antérieure sur la circonvolution crétée. Quelquefois on le voit naître sur la circonvolution crétée en avant du bec du corps calleux, dans quelques cas même, son origine se confond sous ce bec avec celles de la circonvolution crétée et de la frontale interne; puis, il chemine d'avant en arrière entre ces deux circonvolutions, et va enfin s'anastomoser avec la frontale interne à peu de distance du lobule ovalaire. Dans ces cas, ce n'est plus un pli de passage que l'on voit, c'est une véritable *circonvolution frontale interne accessoire*, aussi longue et aussi haute que la frontale interne normale, mais généralement moins épaisse. Cette deuxième frontale interne peut à son tour être aminci à la première par un pli direct. Sur la série de 9 cerveaux que je présente, on peut voir représentés tous les degrés que je viens de décrire, depuis le pli de passage vertical et court jusqu'à la circonvolution frontale accessoire complète, constituée par l'allongement progressif du premier. Cette disposition n'est pas toujours symétrique, elle existe rarement au même degré des deux côtés.

Sur la face convexe, il n'est guère de circonvolution ou de sillon qui ne puisse présenter quelque anomalie : La *scissure de Sylvius* peut se prolonger en arrière et en haut jusqu'à la scissure interpariétale en restant profonde dans toute son étendue. Voici deux cerveaux qui présentent cette anomalie qui n'est symétrique que sur un seul. La *scissure parallèle* peut ainsi se continuer jusqu'à la scissure interpariétale en conservant sa profondeur. On voit bien cette disposition sur ces trois autres cerveaux ; elle est symétrique sur deux seulement. Dans ces cas, le pli courbe n'existe pas à proprement parler.

On rencontre encore une autre particularité beaucoup plus fréquente de la scissure parallèle : c'est son interruption par des plis de passage unissant les deux premières circonvolutions temporo-sphénoïdales. Ces plis, dont la forme est variable, se rencontrent le plus souvent dans la moitié antérieure de la scissure : on les voit parfaitement nets sur ces quatre cerveaux. Ordinairement, ils sont assez courts et inclinés de haut en bas et d'avant en arrière ; on les retrouve souvent sur les deux hémisphères, mais ils ont rarement la même forme. — Ces diverses anomalies se sont rencontrées sur des cerveaux de vieillards, dont l'état intellectuel n'avait rien présenté de particulier à noter.

Voici maintenant le *cerveau d'un idiot* de 4 ans, mort de tuberculose péritonéale et pulmonaire. Cet enfant n'avait que quelques mots à sa disposition et ne marchait pas encore, bien que ses membres fussent normalement conformés. Le crâne ne présentait pas de déformations (diamètres maxima : longitudinal, 125 millimètres ; transversal 102). Les fontanelles étaient fermées ; la structure médio-frontale ne laissait aucune trace. Pas d'hydrocéphalie. La pie-mère adhérente n'a pu se laisser détacher que quand la substance cérébrale a été un peu solidifiée par quelques jours de macération dans l'acide nitrique. Les deux hémisphères présentent un grand nombre d'anomalies.

Hémisphère droit (poids : 380 gr.) : Face interne : le *lobule paracentral* irrégulier est relié à la circonvolution crétée par un pli saillant. Le *lobule quadrilatère* extrêmement volumineux (41 millimètres de long) était à l'état frais plus considérable que celui d'un adulte qui lui était comparé. — Face convexe : le *sillon de Rolando*, très-irrégulier, est traversé par un pli de passage volumineux et aussi saillant que les circonvolutions voisines. Dans une communication antérieure (février 1876), j'ai déjà indiqué que ce pli de passage pouvait se rencontrer aussi chez des sujets sains d'esprit.

En avant, les circonvolutions frontales sont mal délimitées. En arrière, on voit trois sillons inégaux en longueur, le médian plus long semblant continuer la direction de la scissure sylvienne. Tous trois naissent sur le bord de la scissure interhémisphérique et se dirigent parallèlement au sillon de Rolando en séparant des circonvolutions très-simples, presque rectilignes, qui semblent se continuer avec les circonvolutions marginales. La *scissure parallèle* est presque rectiligne : son extrémité postérieure dépasse de 2 centimètres en arrière celle de la scissure sylvienne qui est courte. — De cette disposition particulière de sillons et de circonvolutions presque parallèles qui parcourent obliquement d'avant en arrière toute la convexité de l'hémisphère, il résulte qu'il n'existe *pas de scissure interpariétale*, *pas de pli courbe*, et qu'il est impossible de déterminer un lobule pariétal supérieur ou inférieur.

La *scissure perpendiculaire externe* très-longue et presque rectiligne, s'avance sur la convexité de l'hémisphère jusqu'au niveau de la partie moyenne de la scissure sylvienne. De cette disposition résulte l'*absence de plis de passage pariéto-occipitaux*. On remarquera en outre que la scissure perpendiculaire externe est portée très en avant : une cheville qui a été introduite à travers le crâne au niveau du lambda, a pénétré dans le cerveau à 9 millimètres en arrière de cette scissure au lieu de tomber sur elle comme dans les cas ordinaires. Cette position de la scissure perpendiculaire indique un développement exagéré du lobe occipital qui fait encore ressembler davantage ce cerveau à ceux des primates inférieurs.

Hémisphère gauche (poids : 375 gr.), face interne : le lobule paracentral est indistinct de la circonvolution frontale interne. Le lobule quadrilatère présente le même développement exagéré qu'à droite.

Face convexe : le sillon de Rolando est un peu irrégulier, mais il n'est traversé par aucun pli saillant. Il est situé plus en avant que celui de l'hémisphère droit, il n'est en effet qu'à 11 millimètres en arrière du point qui correspondait au bregma, l'autre s'en éloignait de 25 millimètres. En avant, on voit les circonvolutions frontales assez mal délimitées, la troisième est du double dans le sens longitudinal. En arrière du sillon de Rolando reconnaissable par ses rapports avec le lobule paracentral et les plis de la troisième circonvolution frontale, on voit deux autres sillons qui lui sont parallèles et qui naissent en haut au niveau de la partie antérieure du lobule quadrilatère. Le plus antérieur de ces deux sillons est divisé par un pli très-saillant.

La scissure de Sylvius et la scissure parallèle se continuent en arrière jusque sur le bord de la scissure interhémisphérique. Elles sont seulement interrompues dans le milieu de leur trajet par un pli peu saillant et que l'on ne voit qu'en écartant les circonvolutions qui limitent ces scissures. Il n'existe par conséquent pas non plus sur cet hémisphère de scissure interpariétale ni de pli courbe. La scissure perpendiculaire externe occupe la même situation que sur l'autre hémisphère. Elle est très-courte et se trouve entre les deux extrémités postérieures des scissures sylvienne et parallèle. Les extrémités de ces trois scissures sont contournées par un pli assez grèle qui constitue le seul pli de passage pariéto-occipital que l'on voit sur ces hémisphères.

Purpura hæmorrhagica, symptomatique d'une cirrhose; par M. Eug. Monod, interne des hôpitaux.

Homme de 47 ans, entré le 24 mars 1876, dans le service de M. Després à l'hôpital Cochin. — C'était un ancien soldat, qui a toujours joui d'une bonne santé ; cependant il a été atteint, en Afrique, par la fièvre intermittente.

On ne peut rien affirmer de positif sur l'existence d'habitudes alcooliques.

Ce malade faisait remonter le début de son mal à cinq ou six mois avant son entrée à l'hôpital. Il présentait les symptômes suivants : Affaissement considérable, qui est allé tou-

jours en augmentant; Amaigrissement progressif; Pâleur extrême, qui était arrivée dans les derniers temps à une teinte de cire uniforme, avec décoloration des muqueuses; Existence d'un bruit de souffle intense au cœur, dont le maximum était au premier temps et à la base, et qui se propageait dans les vaisseaux du cou. Signes d'anémie cérébrale, tels que bourdonnements d'oreilles vertiges dans la station assise, obnubilations subites et passagères de la vue.

On notait chez lui une perte complète de l'appétit, avec constipation qui, pendant les derniers jours, a fait place à de la diarrhée; un peu de toux, avec absence de signes physiques à l'auscultation; de l'ascite qui s'est développée pendant les deux derniers mois, avec œdème consécutif des bourses et des membres inférieurs; — enfin, des hémorrhagies multiples qui se sont fait jour par diverses voies et qui ont été le symptôme dominant de la maladie. Ce sont: d'abord des hémorrhagies *sous-cutanées* (la partie antérieure du tronc et les membres, les inférieurs surtout, étaient couverts de pétéchies); des *hémorrhagies intestinales*, peu abondantes, mais qui ont donné lieu, à plusieurs reprises, à des mélœna; — des *hémorrhagies gingivales*; une *hémorrhagie par l'oreille gauche*, qui ne s'est produite qu'une fois; des *épistaxis* continuelles et très-abondantes qui ont nécessité trois fois le tamponnement des fosses nasales.

Le malade succombe le 14 juin 1876 avec les signes de l'anémie la plus profonde.

AUTOPSIE. — *Cavité abdominale*. On trouve dans le péritoine onze litres d'un liquide jaune citron assez foncé, contenant en suspens des flocons albumineux.

Le *foie* a son volume normal; il est complétement décoloré; sa surface est lisse et uniforme; sa consistance est ferme ressemblant à celle du cuir bouilli. Il pèse 1,450 grammes. A la coupe on trouve une surface grenue blanchâtre, et très-pâle; en un mot tous les caractères macroscopiques sont ceux de la cirrhose à la première période. L'examen histologique sera fait dans le laboratoire de M. Charcot.

La *rate*, d'une couleur rouge pâle, est volumineuse; elle pèse 675 grammes. — Les *reins*, le gauche surtout, sont très-anémiques. Ils pèsent 170 grammes. L'examen des urines pendant la vie n'avait fait constater la présence ni d'albumine ni de sucre. La *muqueuse intestinale*, est extrêmement pâle dans toute son étendue; on ne trouve pas de tache ecchymotique à sa surface.

Cavité thoracique. Très-petite quantité de liquide dans les plèvres. Les poumons sont congestionnés. Quelques cuillerées de liquide dans le *péricarde*. Les *cavités du cœur* ne renferment pas de caillots. — L'*endocarde* présente une teinte rouge hortensia qui se prolonge sur toute l'etendue du système vasculaire. Cette couleur rouge ne s'efface pas sous un filet d'eau; elle est vraisemblablement due à l'imbibation sanguine. Le *muscle cardiaque* lui-même est flasque et décoloré.

Le *sang* est très-peu abondant; très-liquide, rose plutôt que rouge, offrant une couleur gelée de groseille.

L'examen microscopique pendant la vie n'avait pas fait constater une diminution des globules rouges. — Les *muscles* ont une consistance molle, se déchirant facilement. Au toucher, le tissu musculaire est comme poisseux. *Cerveau*. Les méninges et la substance cérébrale sont pâles, peu vasculaires.

M. CHARCOT. Les altérations de ce foie sont bien en effet celles de la cirrhose à sa première période. Il serait très-intéressant de rechercher si des lésions semblables ne se rencontreraient pas dans un grand nombre de cas de purpura.

M. HAYEM. Y a-t-il en chez ces malades des hémorrhagies viscérales? S'en est-il produit dans les séreuses? Les ganglions lymphatiques étaient-ils altérés?

M. DESPRÉS. Il n'y avait pas de ganglions apparents ou accessibles sous la peau. Il n'en existait pas dans le mésentère? Le sang du malade a été examiné au microscope; la numération des globules n'a pas été faite il est vrai, mais l'examen a montré que les globules blancs étaient plus pâles qu'à l'état normal et contenait quelques granulations fines.

Abcès miliaires du rein, sans lésion des voies urinaires;
par M. MAYOR, interne des hôpitaux.

Le 21 mars 1876, entre dans le service de M. BOUCHARD, à Bicêtre, un malade qui paraît dans un état de cachexie avancée. L'examen de la cavité thoracique n'indique aucune lésion des organes qui y sont contenus. L'exploration de l'appareil urinaire ne donne pas non plus de résultats: la miction est facile, régulière, les urines sont claires sans albumine ni sucre. La palpation de la région rénale ne donne lieu à aucune douleur comme les symptômes observés sont plutôt des troubles de l'appareil digestif (inappétence sans nausées ni vomissements) quoiqu'il n'y ait pas de selles ni de vomissements caractéristiques, quoique la palpation ne fasse découvrir aucune tumeur, on se rattache à l'idée de cancer de l'estomac. Le malade se plaignant de fièvre, on prend pendant plusieurs jours sa température rectale.

La plus haute température que l'on trouve est 37° 7, la plus basse 37° 1. Le 28 mai au soir elle est encore de 37° 5.

4 juin. On examine de nouveau les urines. Elles sont parfaitement limpides, plutôt décolorées, ne contiennent pas de sucre. Mais l'addition d'acide nitrique donne un très léger précipité d'albumine.

7 juin. Le malade se plaint de nouveau d'avoir de la fièvre. Cette fois la langue est sèche, fuligineuse; la peau est chaude. La température rectale est de 38° 2. Le soir, elle monte à 38° 8. Le lendemain matin, on trouve le malade dans un état de demi coma. Il n'y a pas de symptôme nouveau du côté des voies digestives ni du côté des voies urinaires. La température est toujours élevée; mort dans l'après-midi.

AUTOPSIE. — On vérifie d'abord le diagnostic: cancer de l'estomac. Mais en examinant les reins on les trouve comme farcis de petits abcès de la grosseur d'un grain de mil à celle d'une noisette, occupant presqu'exclusivement la substance corticale et assez superficiels pour que l'un d'eux, siégeant dans le rein droit, ait pu s'ouvrir dans le tissu cellulaire périnéphrétique. Cette ouverture a dû se faire peu de temps avant la mort, car la pénétration du pus dans le tissu cellulaire n'a provoqué de la part de celui-ci aucune réaction. Le *bassinet* ne contient pas de pus. Sa muqueuse est à peine injectée, les uretères sont sains. Ils ne contiennent aucun calcul, pas plus que le bassinet ni que la vessie. Celle-ci présente une muqueuse qui paraît absolument saine. La couche musculeuse n'est point hypertrophiée, comme elle le serait dans le cas où il y aurait eu un obstacle à l'émission de l'urine. La prostate n'est nullement hypertrophiée.

Dans la *vessie* se trouve une certaine quantité (cent cinquante centimètres cubes environ) d'une urine un peu concentrée, à peine trouble; par le repos, elle laisse déposer un sédiment blanchâtre de dix centimètres cubes.— L'examen microscopique de ce sédiment montre qu'il est formé: en grande partie de cellules épithéliales aplaties appartenant à l'épithélium de la vessie; en second lieu d'une assez grande quantité de globules de pus; en outre de cylindres rénaux de trois espèces: les uns hyalins, les autres granuleux, à granulations disparaissant par l'acide acétique, enfin la plus grande quantité colloïdes.

L'examen des autres organes n'a montré nulle part ailleurs que dans le rein l'existence de collections purulentes.

Le *rein* présentait donc tout à fait l'aspect du *rein chirurgical*: abcès miliaires siégeant surtout dans la substance corticale, apparaissant à la coupe au milieu de cette substance congestionnée. Et cependant on ne trouvait dans ce cas aucune des causes ordinaires de cette affection: pas d'obstacle à l'émission de l'urine, pas d'introduction d'instruments dans l'urèthre ni dans la vessie, pas de cystite, pas de pyélite.

M. CHARCOT. Ce sont là les lésions que présentent les reins désignés en Angleterre sous le nom de *reins chirurgicaux*, lésions qui se produisent à la suite d'opérations sur les voies urinaires. Rayer les avait signalés comme caractérisant l'affection qu'il décrit sous le nom de pyélo-néphrite; néanmoins il n'est pas nécessaire que la pyélite existe pour qu'on rencontre dans le parenchyme rénal ces petits abcès tout-à-fait caractéristiques.

M. HAYEM. J'ai eu occasion d'observer des altérations analogues à celles que l'on nous présente, chez un alcoolique mort d'un ulcère simple de l'estomac. Les urines de cet homme étaient muco-purulentes, et, bien que le malade n'eût jamais été sondé, elles contenaient une quantité considérable de

bactéries. Il n'y avait aucune altération apparente des uretères ni des bassinets, et cependant, les petits abcès rénaux contenaient de véritables colonies de bactéries.

M. CHARCOT. Klebs désigne cette lésion sous le nom de *rein parasitaire*. Pour cet auteur, les bactéries se rencontrent dans les *tubuli* droits ou contournés, et autour d'elles se développent les abcès, en dehors du tube qui les renferme. Les abcès miliaires semblables se rencontrent encore dans des cas de cancer de l'utérus et leur production s'explique de la façon suivante : rétention d'urine, apparition des bactéries, qui remontent vers le rein et s'arrêtent dans les tubuli, puis formation des abcès par le mécanisme que j'indiquais tout à l'heure.

M. JOFFROY. Dans un cas de fièvre typhoïde, je me rappelle avoir constaté des abcès semblables. Peut-être y avait-il eu rétention d'urine, mais je ne saurais l'affirmer.

M. CHARCOT. Dans certains faits, il existe bien une altération des voies urinaires (rétrécissement de l'urèthre, hypertrophie de la prostate), mais il est impossible de suivre le processus inflammatoire depuis le point altéré jusqu'aux lésions rénales. Dans ces cas on a proposé l'explication suivante, et sans invoquer avec Beckmann le rôle des voies mystérieuses de la circulation, on a dit qu'il suffisait d'admettre une dilatation des uretères telle que l'urine pût ne former qu'une seule colonne liquide depuis les calices jusqu'à l'urèthre, la décomposition de l'urine suffit peut-être à leur production. L'altération de cette urine et l'apparition de bactéries pourrait alors expliquer la production de ces abcès.

Quant à moi, dans un cas où un cancer utérus avait amené une rétention de l'urine semblable à celle que je viens de supposer, je n'ai pas pu rencontrer de bactéries.

Rétrécissement mitral. — Ramollissement embolique du bulbe; par M. le Dr HALLOPEAU, ancien interne des hôpitaux.

M. HALLOPEAU (1) montre à la Société le cœur et le bulbe d'une femme qui a succombé dans le service de M. MILLARD, aux progrès d'une affection cardiaque après avoir présenté les signes d'une hémiplégie alterne. — La paralysie occupait les membres du côté droit et le côté gauche de la face dans toute son étendue. On avait constaté en outre une paralysie du moteur oculaire externe du même côté : — on percevait dans la région de la pointe un souffle nettement diastolique. Le diagnostic porté avait été : *rétrécisssment mitral* ; *ramollissement embolique du bulbe intéressant le noyau facial abducteur gauche ou les cordons nerveux qui en émanent* ; on peut constater que l'autopsie a pleinement justifié ce diagnostic.

AUTOPSIE. — *L'orifice mitral* est rétréci par de nombreuses végétations implantées sur la face auriculaire de la valvule, non loin du bord libre ; les plaquettes sont sessiles et ressemblent à des condylômes, d'autre sont plus volumineuses et polypiformes ; l'une d'elles, qui mesure environ deux centimètres de long sur un de large forme une sorte d'opercule par lequel l'orifice est en partie bouché ; on n'y peut introduire que le petit doigt.

Sur le plancher du 4e *ventricule*, au niveau de l'éminence teres du côté gauche, dans la partie qui correspond au genou du facial on voit une ecchymose. Une coupe pratiquée perpendiculairement du plan du plancher montre dans le même point un *foyer de ramollissement* qui mesure environ 5 millimètres de diamètre et a dû détruire le noyau facial abducteur. L'extrémité supérieure de la vertébrale gauche renferme un caillot ancien. Ce caillot se continue en haut avec un coagulum également ancien qui oblitère incomplétement l'extrémité inférieure du tronc basilaire; il parait occuper surtout les parties gauche et antérieure de ce vaisseau; la cérébelleuse inférieure gauche qui naît pécisément en ce point est bouchée par un caillot qui, selon toute vraisemblance, s'est formée consécutivement à l'oblitération de la vertébrale ; il en est probablement de même pour les artères médianes que l'on voit se détacher au même niveau du tronc basilaire; l'examen microscopique permettra seul de s'en assurer.

M. JOFFROY. Y avait-il des troubles dans la motilité de la langue ?

(1) L'observation complète sera publiée ultérieurement.

M. HALLOPEAU. Il n'en existait pas de notables.

M. JOFFROY. D'après le siége de la lésion, je pensais qu'il devait en être ainsi : le ramollissement est, en effet, situé à la partie supérieure du bulbe, près de la protubérance. Cette localisation explique en même temps l'absence de paralysie notable dans les muscles de la langue, et l'existence de phénomènes paralytiques dans les muscles moteurs des yeux.

Je profite de cette présentation pour répondre à une critique que m'a faite M. Hallopeau dans sa thèse d'agrégation sur les paralysies bulbaires (1875).

J'ai publié en 1872, dans la *Gazette Médicale*, et dans les mémoires originaux de la Société de Biologie, un travail sur un *Cas de paralysie labio-glosso-laryngée à forme apoplectique d'origine bulbaire*. Ce travail se trouve complété par une *Note pour servir au diagnostic différentiel des paralysies labio-glosso-laryngées d'origine bulbaire ou d'origine cérébrale*. (Comptes rendus de la Société de Biologie, 1873, page 9). M. Hallopeau pense que dans le cas dont je parle, il y a une lésion « dans » les pédoncules cérébraux ou plutôt dans la protubérance ; » et que cette altération peut rendre compte des phénomènes » observés, et qu'il n'est pas démontré dès lors qu'il y ait eu » une lésion du bulbe. »

Pour répondre à la critique de M. Hallopeau, il suffit de se reporter à l'observation qu'il vient de présenter et l'on voit qu'une lésion de la partie supérieure du bulbe ne suffit pas à paralyser notablement la langue. Que faut-il donc pour cela ?

Il est nécessaire que les noyaux des nerfs hypoglosses, ou les filets nerveux qui en partent, soient atteints par la lésion, c'est-à-dire que le siége de la lésion soit dans le bulbe inférieur. C'est uniquement par cette localisation que l'on peut expliquer la *paralysie absolue* de la langue « collée sur le plancher de la bouche, complétement immobile et à laquelle le malade ne pouvait imprimer aucun mouvement. »

D'un autre côté, on trouve dans l'observation que vient de rapporter M. Hallopeau, des paralysies des muscles de l'œil, phénomène en rapport avec le siége de la lésion à la partie supérieure du bulbe, c'est-à-dire au niveau des noyaux des nerfs moteurs oculaires. Dans notre cas au contraire il n'y a pas eu de strabisme, parce que la lésion siégeait dans le bulbe inférieur. —Le seul trouble moteur qui ait existé temporairement, c'est la difficulté et parfois l'impossibilité du clignement volontaire des yeux, symptôme qu'il serait difficile de rapporter à une lésion bien localisée, chez ce malade qui avait évidemment des embolies nombreuses de l'encéphale.

Je continue donc à penser que, chez mon malade, il existait bien une lésion bulbaire, indiquée d'une manière formelle par la *paralysie absolue* de la langue, paralysie absolue que ne peuvent produire ni les lésions de la protubérance, ni celle des pédoncules cérébraux, ni celles du cerveau.

M. HALLOPEAU. Les conducteurs par lesquels les incitations motrices sont transmises aux noyaux bulbaires devant nécessairement traverser tous la protubérance, une lésion de cet organe pouvant rendre compte aussi bien qu'une lésion du bulbe des sypmtômes qui ont été observés par M. Joffroy, je ne pouvais dès lors considérer ce fait comme un cas authentique de foyer bulbaire et j'ai pu dire « qu'il n'est pas démontré » qu'il y ait eu une lésion bulbaire. »

M. JOFFROY. Le raisonnement de M. Hallopeau est fort juste, mais c'est là de la théorie. En clinique, on ne trouve pas mentionnée la paralysie absolue de la langue dans les lésions limitées à la protubérance, quoique ces faits soient fort nombreux et bien étudiés.

Asystolie. Entérite hémorrhagique; par M. PORAK, interne des hôpitaux.

Vadot, couturière, 56 ans, entrée à l'hôpital Beaujon (service de M. MOUTARD-MARTIN, le 23 mai 1876, présentait les symptômes de l'asystolie la plus marquée.

C'était une femme forte et grasse, peu cyanosée, mais pâle ; elle était assise sur son lit, sa respiration était précipitée et ses paroles sans cesse arrêtées par un essoufflement que provoquait le moindre effort. Sa peau était couverte d'une sueur froide, ses lèvres légèrement bleuâtres. Pas de pouls veineux,

pas d'ascite. A *l'auscultation* de la poitrine, on trouve dans les poumons des râles sibilants et muqueux très-abondants, au cœur des battements faibles et très-irréguliers; pas de bruit de souffle. Œdème généralisé et très-considérable; peu d'albumine dans l'urine. — Traitement. Macération de 30 centig. de feuilles de digitale dans 250 gr. d'eau à prendre tous les jours.

24 et 25 mai. Même traitement. *Statu quo.*

26 mai. Toujours même irrégularité et même petitesse du pouls. La dyspnée est très-intense. La malade est dans l'orthopnée. Douleurs abdominales très-vives, diarrhée; selles constituées par des débris épithéliaux mêlés à du sang. Vomissements verdâtres. — On supprime la digitale; lavements laudanisés.

27 mai. Les vomissements persistent, les selles ont été très-fréquentes, les débris épithéliaux sont mêlés à une plus grande quantité de sang; pas de ténesme. — Même traitement, potion de Todd. Le *soir* elle rend plusieurs selles contenant du sang pur, parfaitement reconnaissable, peu altéré par les sucs intestinaux. Dans la nuit, algidité, dyspnée très-marquée.

28 mai. Les extrémités sont très-froides, la face est cyanosée, les lèvres sont violettes, le pouls est imperceptible. — Mort à 10 heures.

AUTOPSIE le lendemain 29 mai. On constate une dilatation cylindrique de la crosse de l'*aorte*. Les parois de ce vaisseau sont athéromateuses et ont subi en certains points la transformation calcaire; elles sont irrégulières et présentent en certains points de petites dilatations ampullaires; le calibre de l'artère est augmenté; pas de caillots feuilletés. — Les *valvules* auriculo-ventriculaires et sygmoïdes sont épaissies; mais il n'y a ni rétrécissement ni insuffisance des orifices.— Le *cœur* est surtout dilaté; ses parois ne sont pas probablement augmentées d'épaisseur. — *Foie* hypertrophié, gras. — *Rate* hypertrophiée. — *Poumons* emphysémateux; bronchite. — Le *cerveau* n'a pas été examiné.

C'est surtout l'*intestin* qui est le siége de lésions marquées. Toutes les valvulves conniventes de l'intestin grêle sont œdématiées, elles forment des bourrelets sur la surface de l'intestin grêle étalé. Elles sont assez épaissies pour s'appliquer les unes aux autres. La muqueuse est tuméfiée dans toute l'étendue de l'intestin grêle et du cœcum, elle est saine dans les côlons. Son tissu est ramolli et peut être facilement enlevé en lambeaux. Toutes les tuniques intestinales sont rouges, infiltrées, friables; on les déchire avec la plus grande facilité. L'altération cadavérique est très-prononcée et l'on trouve sur toute la surface de la muqueuse des bulles de gaz résultant de cette altération. Au niveau du duodénum et de l'estomac on constatait une suffusion sanguine intra et sous-muqueuse qui donnait à toute cette portion de tube intestinal une coloration rouge foncé. Dans les dernières portions de l'intestin grêle, le sang au lieu de se présenter sous cet aspect était réuni en petits foyers de volume très-irrégulier soulevant la muqueuse. Ces foyers étaient saillants et pouvaient avoir de quelques millimètres à un centimètre et demi de large. Ils étaient ordinairement ovales.

RÉFLEXIONS. Comment expliquer ces accidents si rapidement mortels, ces lésions si peu communes? Soupçonner un empoisonnement prémédité, cela ne nous paraît pas probable. Cette femme n'était entrée à l'hôpital que parce que nous l'y avions vivement engagée. Rien ne pouvait dans son attitude, dans son langage, dans sa manière d'être justifier ce doute. Ne trouvant pas d'autre explication, nous sommes obligé d'incriminer la macération de digitale. Les feuilles de digitale contenaient-elles des quantités inaccoutumées de principe actif? Dans la préparation du médicament y a-t-il eu une erreur? Ou bien avions-nous affaire à l'un de ces cas si rares d'idiosyncrasie? Ce sont des questions que nous ne pouvons pas résoudre. Il arrive fréquemment dans le service qu'à la deuxième ou à la troisième prise de macération de digitale on constate de l'intolérance gastrique, mais jamais de pareils symptômes si promptement graves.

Vagin et utérus doubles; par M. PORAK, interne des hôpitaux.

OBSERVATION I. En faisant l'autopsie complète de cette femme (1), nous fûmes frappés d'altérations notables des organes génitaux. Les deux trompes étaient hydropiques. La trompe droite surtout très-volumineuse, à parois amincies, formait une masse recourbée, ayant au moins un centimètre et demi de diamètre; l'hydropisie de la trompe gauche, était moins considérable. L'ovaire droit était transformé en kystes volumineux comme une noix, l'ovaire gauche était sclérosé. La trompe droite au point où elle pénètre dans le tissu utérin présentait une augmentation anormale de volume, ce qui donnait au fond de l'utérus l'apparence bicorne et ce n'est que par un examen attentif que je découvris qu'il y avait en ce point une accumulation de petits kystes du volume d'un grain de chènevis.

Le *vagin* était séparé en deux compartiments par une paroi épaisse de plusieurs millimètres, absolument médiane. Aussi l'urèthre était-il logé dans la partie antérieure de cette paroi. En avant et en bas cette paroi commence en arrière du méat urinaire, en arrière au-dessus des caroncules myrtiformes. Elle vient s'insérer sur le col utérin qui présente dans chacune des cavités vaginales deux museaux de tanche perméables. Dans toute son étendue cette paroi a la même épaisseur: nulle part elle n'est plus forte. Les deux cavités vaginales de même calibre simulent assez exactement un double canon de fusil.

L'utérus est globuleux; à peine constate-t-on sur sa partie médiane une très-légère dépression. On y trouve deux cavités communiquant avec le vagin en bas, avec une seule trompe en haut. Cet organe est d'ailleurs peu volumineux.

RÉFLEXIONS: Ce vice de conformation a été désigné dans la thèse de M. Lefort sous le nom d'utérus bipartitus globularis. Si nous nous reportons aux réflexions dont M. Budin fait suivre le cas qui lui est personnel (*Progrès médical*, 1875) nous voyons que c'est une très-rare anomalie. D'après M. Budin, il n'y en aurait que quatre cas connus, le sien, ceux de Eisenmann, de Liepmann et de Spœth.

Cette femme devait avoir eu des relations sexuelles peu fréquentes, elle n'a pas dû non plus être enceinte. Je n'ai malheureusement pas eu de renseignements précis à ce sujet. Je ne base mon opinion que sur les faits suivants: Les caroncules myrtiformes formaient, par leur réunion, un anneau continu; les plis des colonnes antérieures et postérieures très-nettement marqués sur les deux vagins se réunissaient en se continuant sur la paroi intermédiaire; le périnée était large, et la fourchette vulvaire formait une saillie très-évidente, il n'y avait ni vergétures, ni de pigmentation des seins.

OBSERVATION II. — *Utérus bicorne.* Nous rapprochons de cette dernière observation l'examen d'une phthisique autopsiée le 24 mars 1876. Cette femme avait été probablement enceinte si nous en jugeons par les vergetures dont le ventre est stigmatisé et par la pigmentation du mamelon de ses seins. Son accouchement ne devait pas avoir présenté de notables difficultés, car la vulve n'est pas déformée et l'on ne constate aucune déchirure, ni aucune cicatrice de la commissure postérieure. — L'*utérus* était peu volumineux, le col unique ne présentait pas de déchirures évidentes. Le corps de l'utérus était très-nettement bicorne. A la section, suivant le grand diamètre de cet organe, on constatait seulement à la partie supérieure une large cloison triangulaire à la coupe et qui se terminait en pointe au niveau de l'orifice interne du col de l'utérus. Donc il y avait deux cavités du corps utérin et une seule cavité cervicale. Pas d'autres vices de conformation.

RÉFLEXIONS. Ces deux observations ont un véritable intérêt, surtout si l'on veut bien remarquer que j'ai examiné seulement sur 34 femmes décédées les organes génitaux depuis le 1er janvier 1876. Cette proportion donnerait certainement une idée très-exagérée de la fréquence des anomalies des organes génitaux. Nous croyons cependant qu'elles sont plus communes qu'on le suppose ordinairement, et qu'elles passent souvent inaperçues dans les autopsies.

M. J. LUCAS CHAMPIONNIÈRE. Il est souvent arrivé dans des cas analogues à celui-ci que l'on a été victime d'une illusion et que le toucher pratiqué alternativement par deux orifices

(1) Voir l'observation ci-dessus.

vaginaux différents faisait sentir deux cols alors qu'il n'en existait en réalité qu'un seul. Cela tient à ce que la cloison qui, dans ces cas, divise le vagin en deux loges cesse souvent avant le fond de la cavité. La section de cette cloison a été conseillée par quelques accoucheurs dans le but de faciliter l'accouchement.

M. Desprès. Sur 1200 ou 1300 malades que j'ai examinées à l'hôpital de Lourcine, je n'en ai rencontré que cinq dont le vagin et le col utérin fussent doubles. Dans un cas, la cloison offrait la disposition que signalait tout à l'heure M. Lucas-Championnière.

Cancer de l'estomac généralisé : noyaux cancéreux dans les viscères, les muscles et la peau ; par M. Merklen, interne provisoire des hôpitaux.

Defl....., cultivateur, 68 ans, entre le 31 mai 1876, à l'hôpital Lariboisière (service de M. Millard). Cet homme n'a jamais eu de maladie grave. Il souffre depuis trois semaines d'une douleur sourde et persistante siégeant dans le côté droit de la poitrine, nettement localisée au pourtour du mamelon ; il se plaint aussi d'avoir perdu l'appétit depuis quelques mois. La langue est sèche et fuligineuse, mais il n'existe aucun trouble appréciable des fonctions digestives, ni diarrhée, ni vomissements, et il n'y en a jamais eu dans le cours de la maladie. — L'exploration du thorax ne révèle aucune lésion grave des poumons et de la plèvre. — L'abdomen, à la palpation, ne présente aucune production pathologique : pas d'augmentation de volume du foie et de la rate, pas de matité ni de tumeur dans la région de l'estomac. Le malade n'a pas de fièvre, mais est abattu ; son teint est cuivré mais n'a rien de cachectique. — L'intelligence est intacte

1er *juin.* La douleur constante accusée par le malade dans le côté droit, l'état adynamique et son âge avancé font soupçonner l'existence d'une pneumonie latente des vieillards ; cependant l'auscultation et la percussion ne fournissent aucun signe. — Le diagnostic est réservé. — Vésicat. vol. sur le point douloureux.

2 *juin.* Même état. — Anorexie absolue. — Café. — Extrait de quinquina : 2 gr. — H. de ricin.

5 *juin.* La douleur et l'état de prostration persistent. Léger mouvement fébrile sans grande élévation de la température. Sulfate de quinine 0,40 mat. et soir. — Extrait de quinquina 1 gr.

8 *juin.* La fièvre a disparu, mais sans amélioration de l'état général.

12 *juin.* M. Millard découvre au niveau du thorax, de l'abdomen et du dos des petites nodosités dures du volume d'une lentille, mobiles avec la peau et paraissant siéger dans son épaisseur. Il les considère comme de nature carcinomateuse et en raison de la douleur qui persiste dans le côté droit, conclut à l'existence d'un cancer intra-thoracique. L'état de cachexie se prononce de plus en plus ; il existe un œdème assez notable des membres inférieurs ; les urines renferment de l'albumine. La langue, toujours sèche, est couverte d'un enduit noir et épais.

14 *juin.* Le malade éprouve une difficulté extrême à prendre les aliments, même liquides. — Pot. de Tood.

16 *juin.* Mort dans un état d'adynamie profonde.

Autopsie. *Thorax.* — A l'ouverture du thorax, on constate un grand nombre d'îlots cancéreux de la grosseur d'un pois, siégeant sous la plèvre, à la face supérieure du diaphragme du côté droit, dans l'épaisseur du péricarde ; il en existe également à la face interne des côtes et des muscles intercostaux ainsi que cela avait été soupçonné pendant la vie. Le *cœur* présente, au niveau de sa face postérieure, quelques noyaux de même nature siégeant sous le péricarde viscéral et empiétant sur le myocarde. On sent dans l'épaisseur de la paroi postérieure du ventricule gauche, près de sa base, un demi-cercle dur et pierreux qui paraît dû à une ossification incomplète de l'anneau fibreux de l'orifice mitral ; pas de lésion valvulaire appréciable. Les *poumons* sont congestionnés à leur bas ; une seule nodosité cancéreuse à la face interne du lobe moyen du poumon droit. Plusieurs *ganglions* cancéreux au-devant de la trachée.

Abdomen. — *Péritonite* avec exsudats fibrineux et un peu de liquide louche dans les parties déclives ; les lésions inflammatoires sont plus accusées autour de la vésicule biliaire. Le *mésentère* est criblé de ganglions cancéreux. L'*estomac* est le siège d'une tumeur très-volumineuse située en dehors de l'orifice œsophagien et empiétant sur les organes situés au niveau de la petite courbure qui sont confondus en une même masse. Cette tumeur, formée d'un tissu blanchâtre et lardacé, profondément ulcérée sur plusieurs points, paraît avoir été le point de départ de la généralisation. Sa situation profonde la rendait inaccessible à la palpation de l'abdomen, même sur le cadavre. Le *foie* est farci surtout dans son lobe droit de noyaux carcinomateux dont quelques-uns atteignent le volume d'une noix. Stase biliaire dans les canaux intra-hépatiques. Vésicule peu tendue renfermant une bile claire et très-fluide. La *rate* est petite, diffluente. Le *rein* gauche présente un nodule cancéreux près du hile. La paroi postérieure de la vessie renferme dans son épaisseur plusieurs îlots de substance cancéreuse ; le péritoine, à leur niveau, figure des plis radiés simulant de petites cicatrices. Les *testicules* et les *vésicules séminales* ne présentent aucune lésion. La prostate, quoiqu'hypertrophiée, ne paraît pas altérée dans sa structure.

Muscles. Indépendamment du diaphragme et du cœur envahis par la généralisation cancéreuse, on trouve dans l'épaisseur du muscle biceps brachial du côté droit un noyau olivaire de même nature, du volume d'un gros pois. Cette tumeur, au premier abord, paraissait superficielle comme les grains carcinomateux de la peau du tronc.

Rien du côté de la cavité crânienne, si ce n'est un peu d'épaississement des méninges de la convexité et une quantité exagérée de liquide céphalo-rachidien.

M. Millard. Ce malade m'a pendant longtemps vivement intrigué : je ne pouvais, et personne avec moi ne pouvait trouver la cause des douleurs qu'il ressentait au niveau du thorax. L'examen de l'abdomen ne révélait aucun symptôme particulier. Alors une personne remarqua dans l'épaisseur de la peau du malade, la présence de quelques nodules ; je constatai moi-même l'apparition et le développement rapide de plusieurs autres. Dès lors, le diagnostic de cancer intra-thoracique fut posé. Mais j'étais loin de m'attendre à ce que l'autopsie montrât une généralisation aussi étendue. Les nodules de la peau ont été en quelque sorte le seul symptôme qui pût faire présumer la nature de la maladie, car tout, chez ce malade a été latent. Le même symptôme avait permis de faire le diagnostic dans un cas que M. Dussaussay vous a présenté dans la séance du 19 mai. Ce signe a donc une importance réelle, incontestable ; il peut dans certains cas être unique, mais suffisant pour permettre de porter le diagnostic d'un cancer viscéral.

M. Charcot. Je me rappelle un cas analogue : il s'agissait d'un malade qui présentait les signes d'une affection spinale bizarre, anomale. Je constatai la présence de deux petits nodules cutanés, semblables à ceux dont vient de parler M. Millard. Dès lors, le diagnostic fut certain : il existait un cancer vertébral. Chez la femme, il ne faut pas manquer de rechercher s'il n'existerait pas de cancer au sein : le squirrhe indolent est fréquent, et les malades n'en parlent pas dans bon nombre de cas. Cet examen des seins m'a permis de rapporter à leur véritable cause, c'est-à-dire à un cancer vertébral, des douleurs spinales bizarres sur lesquelles l'opium n'avait aucune prise : la malade avait à la fois un squirrhe du sein indolent, et des noyaux cancéreux vertébraux excessivement douloureux.

M. Rendu. M. Maunoury a présenté, en 1875, à notre Société, un cancer de l'estomac, ulcéré, qui n'avait donné lieu à aucun vomissement comme cela arrive assez souvent. Ce cas était remarquable en ce que la malade portait une petite nodosité cancéreuse à la partie droite du cou, et que des noyaux vertébraux donnaient également lieu aux phénomènes d'affection spinale anomale que vient de signaler M. Charcot.

M. Charcot. Hénocque, dans son traité, conseille d'examiner avec soin le côté gauche du cou des malades que l'on suppose atteinte de cancer stomacal. Son attention avait probablement été attirée sur cette particularité par quelque fait ana-

logue à celui que vient de citer M. Rendu. Je n'ai jamais pu rencontrer ce signe, bien que je l'aie recherché souvent. S'il existait, il aurait bien évidemment toute la valeur que M. Millard lui attribuait tout-à-l'heure.

M. Longuet. J'ai examiné les pièces que l'on vient de voir. Il s'agit d'un carcinôme nettement alvéolaire.

Fracture du crâne avec enfoncement : Irradiations multiples. Contusion du cerveau; par M. Mossé, interne provisoire.

S. Victor, 40 ans, conducteur d'omnibus entre le 7 juin 1876 dans le service de M. Benjamin Anger à l'hôpital Saint-Antoine. D'après les renseignements fournis, cet homme, dont l'extérieur annonce une constitution robuste se livrerait parfois à des excès alcooliques: sous cette influence il a déjà eu deux attaques, qui, d'après la description se rapprocheraient assez de celles déterminées par une congestion cérébrale intense.

Dans la soirée du 7 juin, se trouvant en état d'ivresse, il est tombé en montant un escalier. La chute a eu lieu de la hauteur de trois marches seulement; il a perdu aussitôt connaissance et a été conduit immédiatement à l'hôpital. A cet instant, on voyait du sang suinter par l'oreille droite, et l'écoulement s'est maintenu pendant quelque temps, mais sans grande abondance : plus tard sont survenus des vomissements alimentaires.

8 *juin. Etat actuel.* Le matin, le malade est dans un coma complet, sans contracture, ni déviation de la tête : le membre supérieur gauche soulevé retombe inerte sur le lit; ce phénomène existe aussi, mais à un degré moindre pour le membre inférieur du même côté. A droite, point de signe de paralysie des membres: la sensibilité est conservée des deux côtés du corps mais la perception est retardée. Paralysie faciale, très-légère si elle existe : le malade fume sa pipe, mais la commissure est normale, il n'y a pas de déviation des traits, les paupières demeurent fermées. Ecchymose de la paupière supérieure droite, n'existant qu'à la surface cutanée : en faisant basculer le cartilage tarse on trouve la conjonctive palpébrale avec sa coloration rosée habituelle : légère ecchymose sous-conjonctivale très-limitée au-dessous de la pupille, très circonscrite, et n'ayant aucun rapport avec la précédente. Il ne s'écoule ni sang ni sérosité par les ouvertures de la face, mais les narines et le pavillon de l'oreille droite portent encore les traces d'une hémorrhagie récente. Pas de plaie sur la face ou le cuir chevelu, rien qui puisse indiquer avec certitude sur quelle région du crâne a porté le traumatisme au moment de la chute: toutefois, en arrière et à droite au-dessus du vertex, une sorte d'œdème, d'empâtement des tissus qui cesse à 5 ou 6 centimètres environ au-dessous de la ligne courbe supérieure et n'existe pas du côté opposé: Ni crépitation ni enfoncement. *Traitement.* Saignée du bras : 4 sangsues aux tempes : lavement d'ipéca.

9 *juin.* Le malade est toujours dans le coma : il ne répond à aucune question. *Traitement:* lavement d'ipéca.

Le *soir*, le pouls est petit, rapide: le coma paraît avoir augmenté, les pupilles sont inégales : la droite est normale, la gauche dilatée, toutes deux sont sensibles à la lumière; mais celle qui est dilatée conserve toujours un certain degré de dilatation, même quand on ouvre largement la paupière.

10 *juin.* Même état; pouls à 104, petit, rapide. *Traitement:* lavement d'Ipéca : deux larges vésicatoires à la partie inférieure des cuisses. T. soir : 37°8.

11 *juin.* Le malade qui n'avait encore rien pris depuis son entrée parvient à boire un peu de bouillon: cependant l'état ne change pas. Même traitement que la veille.

12 *juin.* Le coma diminue, le malade a pu se lever sur son lit : par moment il parvient à ouvrir les yeux, il aurait même prononcé quelques paroles (?) mais l'état d'affaissement général persiste.

13 *juin.* Dans la soirée, le malade a de l'agitation, il repousse ses draps, veut quitter son lit. On est obligé de l'attacher.

14 *juin.* Coma redevenu complet; pas de contractures, résolution générale; pupilles dilatées. Depuis son entrée le malade n'a pris que du bouillon et en petite quantité: les lavements purgatifs sont restés sans effet. Mort à 6 h. du soir : Température au moment de la mort, 37°8.

Autopsie le 16 juin. — Ecchymose violacée en arrière de la région mastoïdienne droite, se prolongeant vers la nuque : elle occupe l'endroit où l'on a pu sentir de l'empâtement aussitôt après la chute, mais le dépasse en avant et en bas. Epanchement sanguin abondant sous le cuir chevelu, occupant toute la moitié droite sur les parties latérales, s'avançant au-delà des limites du frontal en avant ; le muscle temporal du même côté est infiltré de sang, surtout dans sa partie-postérieure, ses fibres profondes sont en parties dissociées.

Les téguments du crâne, une fois incisés et rabattus, on découvre une *fracture* avec enfoncement, s'étendant par des irradiations multiples de la voûte à la base. Un peu en avant et au-dessus de l'apophyse mastoïde deux petites esquilles: De ce point sur lequel a dû porter principalement le choc, divergent à la manière des rayons d'une étoile les 4 traits principaux de la fracture : Un *antérieur* se dirige vers la fosse temporale et sépare presque totalement du reste du crâne, les 3/4 environ de l'écaille du temporal. Le *postérieur* se dirige vers l'occipital, et limite avec le *supérieur*, dont la direction est presque perpendiculaire aux deux précédents, une portion du squelette ayant subi un enfoncement notable. Le *trait inférieur* descend sur l'apophyse mastoïde, pénètre dans le conduit auditif externe, traverse le rocher et arrive sur le corps du sphénoïde.

Ces quatre irradiations de la fracture peuvent être ramenées à deux directions, l'une *verticale* allant du vertex à la base du crâne en passant sur le frontal, le pariétal, le temporal, et arrivant sur le corps du sphénoïde en passant à travers le conduit auditif externe et le rocher (cette partie terminale est cachée par un épanchement de sang soulevant la dure-mère); l'autre transversale va de l'occiput à la partie antérieure et inférieure de la fosse temporale. Plusieurs fissures se rattachent à la fracture principale; la plus importante, est étendue de l'occipital au frontal en empiétant sur ces deux os (1). Les deux fragments inférieurs, constitués l'un par le temporal, l'autre par l'apophyse mastoïde et la portion attenante de l'occipital, sont très-mobiles.

Epanchement de sang, entre la dure-mère décollée et la paroi du crâne. Le caillot principal occupe tout le plancher de la fosse sphénoïdale, un autre moins important est situé plus haut et plus en dehors. Déchirure de la dure-mère au point de convergence des traits de la fracture. Epanchement de sang considérable à ce niveau entre la dure-mère et la pie-mère. Pas de sang liquide ou en caillots dans les ventricules.

Le *cerveau* porte de nombreuses traces de contusion; la portion inférieure du lobe sphénoïdal droit, dans sa portion périphérique est réduite en une sorte de bouillie. L'attrition est surtout complète au point en rapport avec la déchirure de la dure-mère; là, la pulpe cérébrale paraît avoir été primitivement atteinte par les fragments osseux enfoncés. Sous la portion de la pie-mère qui entoure le cervelet, plusieurs petits épanchements de sang ; ramollissement superficiel de la substance nerveuse sous-jacente.

M. Petit. Il est regrettable que les irradiations de cette fracture n'aient pas été suivies sur l'autre côté du crâne. J'ai vu dans des cas analogues à celui-ci des fêlures qui s'étendaient très-loin, jusqu'à la face, et même jusqu'au maxillaire.

Fracture de côte compliquée. — Plaie contuse du rein; par G. Maunoury, interne des hôpitaux.

Cheval.... Jean, employé, 27 ans, entré le 12 juin 1876 à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, n° 49 service de M. Verneuil).

Cet homme, habituellement bien portant, a été tamponné par un wagon le matin même de son entrée ; lorsqu'il arrive à l'hôpital il est extrêmement oppressé et se plaint de douleurs vives d son côté droit; il est facile, en effet, de constater qu'il existe de ce côté une fracture de plusieurs côtes, mais en raison de la dyspnée on préfère laisser l'examen incomplet plutôt que de remuer le malade. Le lendemain 13 *juin*, le malade n'ayant pas uriné, on le sonde; il s'écoule un litre d'urine parfaitement limpide.

(1) Voir le dessin déposé dans l'album de la Société.

14 *juin*. Crachats sanglants. Le malade souffrant un peu moins, il est possible de l'ausculter, et l'on constate l'existence d'un pneumothorax avec épanchement à la base, du côté droit. Le malade urine seul, mais il éprouve un syptôme insolite, de temps en temps il est pris d'un besoin extrêmement vif d'uriner, et l'urine s'échappe malgré lui. L'urine est toujours parfaitement limpide, mais elle a subi une diminution remarquable dans sa quantité : le premier jour, avons-nous dit, on retire un litre d'urine avec la sonde, le deuxième jour le malade ne rendit que 350 gr. d'urine, le troisième 300 gr. Les jours suivants la quantité augmente un peu, le quatrième cette quantité fut de 600 gr., le cinquième de 800, le sixième de 900. M. Verneuil se basant sur cette *diminution brusque de la quantité de l'urine*, diagnostiqua une contusion du rein malgré l'absence d'hématurie, et il émit cette opinion que si cette quantité allait en augmentant chaque jour, c'est que le rein sain suppléait peu à peu le rein blessé.

Le malade mourut le 19 juin, sept jours après l'accident.

AUTOPSIE. — *Pneumothorax* avec épanchement de deux litres environ d'un liquide séro-sanguinolent dans la plèvre du côté droit. Il existe une *fracture* des 4e, 5e, 6e, 7e, 8e et 9e côtes : les fragments postérieurs de ces côtes font saillie dans la cavité pleurale et viennent par leur extrémité taillée en biseau embrocher la face correspendante du poumon, qui est rétracté le long de la colonne vertébrale.

Le *rein* du côté droit présente sur sa face postérieure une déchirure transversale allant du hile au bord externe, d'une profondeur de près d'un centimètre ; cette déchirure n'intéresse que le parenchyme rénal et n'atteint nullement le bassinet ni les calices dont la surface ne présente aucune trace de lésions. Toute l'atmosphère celluleuse qui entoure ce rein est infiltrée de sang noirâtre. — Le rein du côté gauche est complètement sain, ainsi que le foie et la rate.

Dilatation considérable de la seconde moitié du côlon par pneumatose après étranglement incomplet sans trace de perforation spontanée; par M. J. GAUCHÉ, interne des hôpitaux.

La pièce a été recueillie, dans le service de M. VOISIN à la Salpêtrière; elle provient d'une malade, âgée de 70 ans, atteinte de démence et morte après une attaque apoplectique.

Il y a deux semaines environ et durant un septénaire, la malade qui était gâteuse, a présenté un tympanisme abdominal très-considérable, accompagné de diarrhée sans vomissements. Le volume de l'abdomen ayant diminué, il est devenu facile de constater à droite des bosselures dues probablement aux fécès. Depuis lors jusqu'au jour du décès, cessation de la diarrhée, le tympanisme offrant des alternatives d'augmentation et de diminution.

AUTOPSIE. — Nous avons trouvé que la portion dilatée du gros intestin repondait à la paroi antérieure sur la ligne médiane. Toute la masse intestinale, ainsi que le foie, l'estomac et la rate était refoulée. Vers la portion initiale du rectum, se trouvait une masse fibreuse épiploïque d'un centimètre de diamètre, qui donnait lieu à la dilatation de la partie sus-jacente sans oblitération complète, car la circulation de matières n'était pas impossible. Cette dilatation porte sur l'S iliaque entièrement déformée, sur tout le côlon descendant et sur la partie terminale du côlon transverse. Il n'y a plus trace de bosselures ni de sillons. Enfin dans toute cette moitié du côlon, la circonférence maximum qui, d'après M. Cruveilhier est de 16 centimètres, atteint 35 centimètres et même 40 au point le plus dilaté, c'est-à-dire à l'union des portions transverse et descendante du côlon. Malgré la tension excessive de la paroi il n'y a pas eu de perforation.

RÉFLEXIONS. — *La rupture de l'intestin par suite de la distension des gaz et des matières fécales est un phénomène assez rare.* — « L'S iliaque, nous dit Cruveilhier, est une des » portions du gros intestin qui est le plus susceptible de dila» tation. Dans un cas, cette S iliaque avait pris un dévelop» pement tel, qu'elle recouvrait la totalité de l'intestin grêle » et atteignait la région épigastrique d'une part, et d'une » autre part, la fosse iliaque et la région lombaire droites. » Dans un autre cas, l'S iliaque avait perdu sa disposition » sinueuse et ses courbures étaient effacées, elle se prolon» geait en haut jusqu'au diaphragme, sans qu'il fut possible » d'établir une démarcation entre le rectum et l'S iliaque, » entre l'S iliaque et le côlon descendant. »

Nous ne faisons que signaler avec réserve un cas consigné dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (Juin 1876). Il est extrait du *Chicago medical journal and examiner.* Il s'agit d'un jeune homme mort à l'âge de 26 ans, dont le Dr Strung avait publié l'observation en 1874. Ce malade était sujet à une constipation rebelle. La durée la plus longue de rétention fut de *huit mois et demi*. A l'autopsie, on trouva le gros intestin sans bosselures et largement dilaté, puisque sa circonférence mesurait sans distension 42 centimètres.

AVIS AUX ETUDIANTS. — *L'abonnement au* **Progrès medical** *est actuellement de* **dix francs** *par an pour MM. les Etudiants. Le* **Journal** *devant publier régulièrement des nos de 24 pages en 1877, le prix de l'abonnement sera porté à* **douze francs** *par an pour les* **nouveaux** *abonnés étudiants,* **à partir du 1er janvier prochain.**

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie antiseptique. Principes, modes d'application et resultats du pansement de Lister; par le Dr J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. In-12, avec planches dans le texte, chez J. B. Baillère et fils. Paris, 1876.

M. Lucas-Championnière, chirurgien des hôpitaux, vient de publier un livre appelé à rendre des services réels. Au moment où les sociétés savantes et la presse médicale tout entière s'occupent de la méthode du professeur Lister pour le pansement des plaies chirurgicales, il devenait urgent pour les médecins de trouver un exposé rapide et cependant complet de la question, sans être obligé d'en chercher çà et là dans nos recueils périodiques, les éléments épars. Ce travail a été fait par M. Lucas-Championnière, et nul n'était mieux qualifié pour le mener à bien : l'auteur est un des premiers chirurgiens qui ait tenté, en France, de vulgariser la méthode antiseptique de Lister, d'abord par ses articles de journaux, puis par sa propre pratique; enfin il est allé puiser à la source même, et deux séjours prolongés à Edimbourg lui ont permis d'étudier, jusque dans ses détails, la méthode qu'il préconise et qu'il veut nous faire connaitre.

Le travail de M. Championnière est divisé en dix chapitres. Après nous avoir montré les progrès de la chirurgie moderne en matière de pansements dans le premier, il nous expose dans le second, les vues théoriques sur lesquelles le professeur Lister base les règles de son pansement : « Les causes de la suppuration peuvent être de trois sortes et provenir d'un excès de tension dans les tissus, d'une irritation directe des tissus vivants, de l'accès des germes atmosphériques. » Le chirurgien doit écarter ces trois causes, et nous voyons dans le chapitre III : « *Pratique du pansement*, » comment M. Lister y parvient. Nous ne saurions trop recommander la lecture attentive de ce chapitre, au demeurant le plus important pour le praticien qui peut y apprendre le manuel du pansement. On y voit comment l'acide phéniqué débarrasse l'atmosphère des germes, comment le drainage de la plaie préviendra la tension des tissus, enfin par quels artifices l'irritation des tissus vivants sera évitée. La ligature au *catgut*, ou corde à boyau phéniquée est, à ce point de vue, d'une importance capitale, aussi M. Championnière lui fait-il les honneurs d'un chapitre tout entier.

Après avoir ainsi étudié le pansement en lui-même, il passe à ses applications; aux résultats magnifiques qu'il donne dans les grandes incisions et les résections, les plaies articulaires, dans les opérations sur les séreuses, les hernies étranglées, l'ouverture des abcès et la ligature des vaisseaux. Or, à ce propos, il signale, pour le traitement des varices, un procédé fort ingénieux et qui lui est personnel. Il montre par la pratique de Lister, de Saxtorph, de Nusbaum, par la sienne propre, que la réunion immédiate n'est plus cette chimère dont la poursuite était jadis si dangereuse dans nos hôpitaux

et il cite ce mot de Lister: « L'encombrement est devenu pour moi si peu inquiétant que je le crée sans hésiter dans mes salles. » Créer l'encombrement! Ne nous semble-t-il pas entendre proférer un blasphème, à nous qui nous souvenons encore de l'effroyable mortalité causée pendant le siége et sous la Commune par l'accumulation des blessés!

Rien n'est plus réconfortant que la lecture de tels livres. Oui, nous marchons et la chirurgie progresse et le pas qu'elle vient de faire est immense. Désormais nous sommes presque maîtres des plaies accidentelles ou de celles que nous fesons. L'infection purulente, cet écueil toujours redouté par l'opérateur, est en grande partie conjurée et la sainte terreur de « toute incision, cette porte ouverte à la mort » ira s'affaiblissant. Aussi ne soyons pas avare d'éloges; et sachons rendre à Lister et à M. Guérin ce qui leur revient d'honneur dans la révolution chirurgicale actuelle, et remercions M. Lucas Championnière de la façon dont il nous initie à leurs travaux.

P. Reclus.

De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. — Recherches cliniques et expérimentales, par le Dr P. Budin, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris, etc.

Ce travail, nous nous hâtons de le dire, un des plus importants concernant l'obstétrique, qui aient paru dans ces dernières années, comprend deux parties bien distinctes ou plutôt deux monographies extrêmement intéressantes toutes deux, mais dissemblables par le sujet traité, par la méthode d'observation suivie, et ne s'enchaînant guère que par la valeur des résultats obtenus.

Dans un avant-propos écrit de main de maître, où la phrase toujours frappée au bon coin sort de la plume admirablement nette, comme dans tout le cours de l'ouvrage, du reste, l'auteur, après avoir rapporté l'idée de son travail au chirurgien en chef de la Maternité, M. Tarnier, nous expose le plan qu'il a suivi:

« Notre travail comprendra deux parties principales; la première est essentiellement clinique, la seconde est expérimentale. Dans la première, après avoir payé un juste tribut aux principaux travaux de nos devanciers, dont quelques-uns sont très-remarquables, nous exposerons les méthodes que nous avons employées, les résultats que nous avons obtenus et les conclusions que nous cru pouvoir en tirer, conclusions que l'anatomie du crâne nous permet, on le verra, d'expliquer avec la plus grande facilité. »

Le premier chapitre est consacré à l'historique de la question. On y trouve un excellent résumé, quoique succinct, des différents travaux parus en France et à l'Etranger, qui ont trait à l'étude des déformations de la tête du fœtus. Dans le deuxième chapitre, M. Budin démontre tout d'abord que: « quand on étudie dans les traités classiques ou dans les manuels d'accouchements, la tête du fœtus à terme, rien n'y est moins exactement déterminé que ses différents diamètres, » ensuite, que le plus grand diamètre antéro-postérieur n'est pas l'occipito-mentonnier indiqué par tous les auteurs, mais bien un diamètre sus-occipito-mentonnier, qui s'étend du menton à la suture sagittale et vient aboutir en un point variable, situé entre la pointe de l'occiput et la fontanelle antérieure et qu'il appelle *diamètre maximum.*

Outre ce premier diamètre, l'auteur choisit et étudie les suivants: Le diamètre occipito-mentonnier qui, pour lui, va de la pointe de l'occiput au menton; le diamètre occipito-frontal, de la pointe de l'occiput à la racine du nez; — le diamètre sous-occipito-bregmatique, du point de rencontre de l'occipital et de la nuque, au milieu de la grande fontanelle; le diamètre bipariétal ou diamètre transverse maximum postérieur; — Le diamètre bitemporal ou diamètre transverse minimum; — Et le diamètre bimastoïdien, d'une apophyse mastoïde à l'autre; — Enfin, deux circonférences, l'une *grande* circonférence passant par les extrémités du diamètre antéro-postérieur maximum; l'autre, petite circonférence, par les extrémités du diamètre sous-occipito-bregmatique.

Pour mesurer ces diamètres, M. Budin se sert d'un céphalomètre très-ingénieux et qui lui donne des mesures aussi exactes que possible. Ensuite, afin de présenter au lecteur les différentes déformations de la tête, l'auteur a obtenu, à l'aide du procédé que nous avons employé pour prendre les tracés des différentes déformations du bassin, des tracés crâniographiques, extrêmement curieux et qui, rassemblés à la fin de l'ouvrage sur 30 planches, ne constituent pas une des parties les moins intéressantes de ce livre.

Les chapitres qui suivent sont consacrés à l'étude de la forme de la tête, immédiatement après l'accouchement, suivant que l'enfant se présente par le siége, le sommet (se dégageant en avant ou en arrière), la face, et enfin à l'étude des déformations tout-à-fait exceptionnelles, « conséquences d'un rétrécissement du bassin ou de particularités survenues pendant l'accouchement. »

Ne pouvant ici consigner tous ses résultats, nous ne donnerons que les conclusions formulées par l'auteur à propos de l'accouchement normal en présentation du sommet.

Dans ce cas, le diamètre *occipito-mentonnier* et le diamètre *occipito-frontal*, contrairement à ce que l'on croyait généralement, au lieu d'augmenter *diminuent.*

Le diamètre antéro-postérieur qui augmente est un diamètre *sus-occipito-mentonnier* ou diamètre *maximum*, qu'on a toujours jusqu'ici confondu à tort avec le diamètre occipito-mentonnier. Le diamètre *sous-occipito-bregmatique* diminue parfois d'une façon considérable pendant l'accouchement.

Le *bi-temporal* diminue aussi pendant l'expulsion du fœtus. — Enfin, le diamètre *bi-pariétal* n'est pas, comme on le dit, le diamètre qui se réduit le plus, c'est au contraire le diamètre qui se réduit le moins.

Ces faits, ce mécanisme *passif* subi par la tête du fœtus s'expliquent: Par l'existence des fontanelles; par la situation des diverses sutures, par la disparition et la structure des os qui concourent à former la voûte du crâne et en particulier; 1° par l'existence d'une *charnière fibro-cartilagineuse* qui, au moment de la naissance, réunit la portion écailleuse de l'occipital à sa portion basilaire. — 2° Par la grande dépressibilité de l'extrémité libre du frontal. — 3° Par la souplesse et parfois l'ossification incomplète du bord interne ou sagittal des deux pariétaux.

D'après ce que l'on peut voir par ce court aperçu, mais surtout en étudiant l'ouvrage en entier, on sera, croyons-nous, facilement convaincu que les travaux de Baudelocque, Thouret, Pétrequin, Delore et Joulin en France, Stadfeldt, Dorlin, Barnes, Schrœder, Hecker, Kuencke, Grossmann, Fanckanser à l'étranger, qui se sont occupés de cette question, quoique intéressants à divers titres et à différents degrés, avaient laissé de bien grandes lacunes qui, aujourd'hui, grâce à l'ouvrage de M. Budin, ont complètement disparu.

Si nous ne savons pas encore dans tous les cas *pourquoi* la tête se déforme, nous savons du moins exactement *comment* elle se déforme. Nous espérons bien que dans un prochain mémoire le Dr Budin comblera également ce *désidératum.*

Dans la seconde partie, qui est complète, l'auteur dit: nous avons rapporté un certain nombre d'expériences. *Elles ont été faites dans le but de savoir si, lorsqu'il existe un rétrécissement du bassin, l'accoucheur doit, à terme, employer le forceps ou la version, ou bien si l'accouchement ayant été provoqué, il doit dans ce cas encore, l'expulsion spontanée n'ayant pas lieu, avoir recours au forceps ou à la version.*

Eh bien, cette question si controversée, si diversement interprétée, si peu ou si mal étudiée, quoiqu'on en ait dit, dont l'intérêt au point de vue clinique a une portée immense, vient de faire un grand pas. Malheureusement l'on regrette avec l'auteur, en presence des resultats si inattendus auxquels il est arrivé, que les expériences ne soient pas plus nombreuses. Mais, ce qui vient donner à ces dernières une valeur exceptionnelle et pour ainsi dire les décupler, c'est la manière dont elles ont été faites et dirigées. En effet, nous n'oublions pas, dit M. Budin, que M. Tarnier, après nous avoir vivement conseillé ces expériences, a bien voulu, en assistant à la plupart d'entre elles, non-seulement nous encourager par sa présence, mais aussi nous prodiguer ses savants conseils et nous faire profiter de ses connaissances sur bien des points.

Voici à quelles conclusions, en présence des résultats obtenus, M. Budin est arrivé:

1° Expériences faites avec des têtes de fœtus *à terme*, dans des bassins viciés par le rachitisme rétrécis d'avant en arrière, bassins plats, mais symétriques et dont le diamètre promontopubien minimum mesurait de 7 centimètres à 8 1/2.

Dans ces cas, le forceps est préférable. Si on fait la version, on s'expose à produire la séparation des vertèbres du cou ; de plus, presque toujours, il faut employer une force plus considérable qu'avec le forceps.

Dans les rétrécissements au-dessous de 7 centimètres, la version semble ne devoir pas permettre la sortie d'un fœtus à terme vivant ou viable ; au contraire, dans les expériences faites sur des fœtus nés *avant terme*, surtout vers le septième mois, avec des bassins mesurant de 4 centimètres 1/2 à 7, *la traction est toujours moindre lorsqu'on fait la version et beaucoup plus considérable lorsqu'on emploie le forceps.*

D'après ces données qui viennent justifier en grande partie la pratique des accoucheurs français, il semble aussi que le précepte formulé par Barnes, appuyé par les résultats cliniques d'Alexandre Milne, soit exacte, à savoir que : « quand le diamètre conjugé est rétréci, la version est le complément obligé de l'accouchement prématuré à 7 ou 8 mois. »

En résumé, ainsi qu'on peut le voir, la seconde partie de cet ouvrage, purement expérimentale, a conduit l'auteur à formuler des données immédiatement pratiques. Quant à la première, qui repose toute entière sur des observations cliniques, les résultats sont surtout de nature scientifique, mais maintenant que nous connaissons mieux la loi physiologique qui préside aux déformations de la tète, nous ne doutons pas que, dans un bref délai, la chirurgie obstétricale trouve à en faire l'application dans bien des circonstances où, jusqu'à présent, les accoucheurs étaient guidés bien plus par l'expérience, pour ne pas dire la routine, que par la connaissance exacte des faits en particulier dans l'emploi du forceps. (*Annales de Gynécologie.*)

Dr A. PINARD.

HYGIÈNE.

Le Bitter-Hollandais.

Depuis longtemps déjà l'usage des liqueurs dites « *apéritifs* » est devenu universel, et, si au point de vue physiologique il y a de nombreuses raisons pour et contre ces liqueurs, il est certain que le moraliste et le médecin auraient peine à faire renoncer à une habitude qui est trop répandue pour n'avoir pas un bon côté. Les « apéritifs », de même que les eaux purgatives, deviennent nécessaires pour exciter notre appareil digestif, languissant et paresseux par suite de la vie à la fois sédentaire et active des villes, principalement. Le système nerveux surmené par les préoccupations du commerce, des études, de l'ambition, n'a pas le temps, pour ainsi dire, et la force de fournir à l'estomac et aux intestins l'influence vigoureuse, pour amener une bonne digestion, seul capable de maintenir nos organes en bon état. Aussi quand on nous propose une liqueur apéritive et ne contenant aucune substance nuisible, mais au contraire des substances stomachiques, digestives, toniques, devons-nous la rechercher et l'opposer à ces liqueurs funestes, comme l'absinthe, par exemple, qui produisent par leur abus l'abêtissement, la folie, l'épilepsie ; le règne de l'absinthe, grâce aux nombreux avertissements des médecins, est passé, et nous sommes sûrs que l'on a trouvé dans le bitter hollandais une liqueur qui la remplacera avantageusement.

Inventée par un Hollandais, cette liqueur est préparée avec de l'eau-de-vie de baie de genévrier, l'écorce sèche d'oranges amères, la racine de gentiane et celle de la rhubarbe, le quinquina, etc. ; la liqueur et la formule ont été d'ailleurs déposées au Ministère du Commerce, ce qui assure la parfaite préparation de la liqueur au point de vue hygiénique et en même temps la contrefaçon sera impossible.

Pour obtenir la couleur, on n'a point recours à des substances chimiques toujours nuisibles et sur lesquelles l'attention est si vivement appelée. Quant aux substances principales, nos lecteurs connaissent les propriétés toniques de la racine de rhubarbe et du quinquina, celles stomachiques et apéritives de la racine de gentiane, « roi des amers indigènes », et aussi l'action stimulante des baies de genévrier.

Nous n'avons point à insister, et les personnes sans appétit et à digestions laborieuses trouveront dans le Bitter-Hollandais une liqueur agréable et qui rendra la force à l'estomac et aux intestins débilités.

VARIA

Rétablissement des cliniques d'aliénation mentale.

Si nos renseignements sont exacts, et nous avons tout lieu de les croire tels, M. de Marcère vient de donner les ordres formels pour que les cliniques de la Salpêtrière, de Ste-Anne et de Bicêtre, supprimées si malheureusement, il y a quelque temps, soient effectivement rétablies. Nous disons *effectivement* parce que, après l'annonce de leur rétablissement au mois de juillet dernier, des difficultés administratives s'étaient opposées à ce qu'elles fussent reprises.

Réunion des médecins-législateurs.

La réunion extra-parlementaire des médecins faisant partie du Sénat et de la Chambre des Députés, a repris ses séances.

Le président M. le Dr *Laussedat* a rappelé les idées qui avaient si bien favorisé l'organisation et le fonctionnement du comité. Chacun des membres parlant de son département a pu témoigner de la façon dont le corps médical s'intéressait aux efforts du comité qui, écartant toujours les questions d'intérêt personnel continuera à s'occuper des sujets offrant essentiellement un caractère d'utilité générale et rentrant dans la compétence des médecins.

Les questions à étudier sont mises de suite à l'ordre du jour : 1° Parmi celles qui seront prochainement soumises à la Chambre se trouve d'abord le projet de loi concernant « *les médecins étrangers* et les *gradués des Universités étrangères* ». Sur le rapport de M. Spuller, la Commission d'initiative a conclu à la prise en considération de cette utile proposition formulée par M. *Roger-Marvaise.* Le projet est commenté et complété par MM. *Laussedat, Bernard-Lavergne, Tiersot, Lemonnier, Cornil, Mollien, Massot.* La proposition faite par M. *Liouville*, de comprendre les pharmaciens parmi ceux que doit protéger si justement la nouvelle loi, est unanimement acceptée. Les membres de la réunion sont décidés à la défendre dans les bureaux qui nommeront prochainement la Commission.

2° M. *Tiersot* donne quelques détails sur les travaux de la Commission chargée d'examiner la proposition de M. *Plessier*, concernant la composition des Conseils d'assistance publique.

3° M. *Cornil* développe un programme de réformes à introduire dans l'Enseignement de la médecine en France.

La réunion décide que les séances auront lieu le mercredi, à Paris.

Le Secrétaire, LIOUVILLE.

Statuts de la Société d'autopsie mutuelle

Les soussignés, préoccupés de cette pensée scientifique que l'avenir intellectuel de l'humanité dépend entièrement des notions plus ou moins exactes qu'on possède sur les fonctions cérébrales et sur la localisatiou des diverses facultés, sont d'accord sur les points suivants :

1° L'expérimentation sur les animaux si féconde en résultats pour élucider les problèmes qui concernent les fonctions physiologiques (mouvements, sensations, sécrétions, etc.) n'ont jusqu'ici jeté qu'une lumière insuffisante sur l'étude des phénomènes de l'intelligence.

2° Seule, l'étude de l'encéphale humain a enrichi la science de notious positives à cet égard.

3° Or, les notions que uous possédons sur les fonctions cérébrales sont presque toutes le résultat d'autopsies grâce auxquelles on a pu constater qu'uue lésiou de telle partie du cerveau coïncidait avec la perte de telle fonction.

4° Nous ne possédons guère jusqu'à présent que l'étude pathologique, à peine encore ébauchée, de la psychologie basée sur l'observation rigoureuse des faits.

5° L'étude physiologique de la psychologie, c'est-à-dire la détermiuation du rapport existant entre telle fonctiou spéciale et telle portion nettement délimitée du cerveau, est encore très-incomplète.

6° Cette lacune provient de ce qu'on ue fait guère d'autopsies que dans les hôpitaux, et que l'examen ne porte sur le cerveau que dans les cas où le sujet a présenté pendant sa vie quelque lésion cérébrale.

7° L'étude directe qui nous préoccupe ne saurait se compléter dans un tel milieu, où le médecin ne sait généralement rien de la vie, du caractère, ni des aptitudes spéciales du sujet confié à ses soins. D'ailleurs, les sujets qu'on peut observer dans les hôpitaux, fussent-ils mieux connus, l'étude de leur encéphale ne pourrait nous fournir que des notions insuffisantes, parce qu'ils appartiennent à cette partie déshéritée de la population à laquelle les

défectuosités de notre organisation sociale n'ont pas laissé les moyens de développer les aptitudes cérébrales qu'elle possède en germe.

8° L'observation, pour être féconde, devra porter sur l'encéphale d'individus appartenant à la classe cultivée, c'est-à-dire d'individus connus, ayant eu une valeur comme savants, littérateurs, industriels, politiques, etc... Chez ceux-là, dont la vie aura été en partie publique, l'étude comparative des circonvolutions saines et des facultés en action, devra conduire à des notions positives.

9° Au point de vue purement médical, l'étude approfondie des organes après la mort est appelée à devenir une sauvegarde contre le développement des maladies héréditaires. Réduite à ce qu'elle est aujourd'hui, elle est loin de rendre les services qu'elle comporte. Il y a à cela deux raisons : 1° Quand une autopsie est faite dans un hôpital, les résultats n'en sont jamais portés à la connaissance des principaux intéressés, les parents du mort; 2° Les médecins chargés de soigner ses descendants, héritiers de sa constitution, l'ignorent également. Si la science médicale profite toujours des bienfaits généraux de ces observations quotidiennes, la famille ne profite jamais du bienfait immédiat qu'elle retirerait de la communication du procès-verbal d'autopsie auquel elle a, croyons-nous, des droits incontestables.

10° Dans l'intérêt de la santé publique et de la longévité des générations à venir, il serait donc fortement à désirer que la pratique des autopsies se généralisât, non-seulement dans les hôpitaux, mais encore dans la pratique médicale de la ville, et que toujours un procès-verbal en fût remis à la famille pour être conservé et communiqué par la suite en temps utile aux médecins.

11 Le procès-verbal d'autopsie, sous son double aspect pathologique et psychologique, est appelé à constituer l'état civil de sortie de l'humanité. L'hygiène et l'éducation y trouveront les éléments propres à hâter la réalisation de ce grand desideratum : « *Mens sana in corpore sano.* »

Des préjugés nombreux qui ont leur source dans une sentimentalité irréfléchie s'opposeront longtemps encore à la généralisation de cette pratique féconde.

Les soussignés estiment que le meilleur moyen de vaincre les préjugés est de donner l'exemple. En conséquence, ils forment entre eux une Société sur les bases suivantes :

Art. 1er. — Chaque sociétaire, résolu à concourir au double but, scientifique et humanitaire, énoncé ci-dessus, dispose qu'il sera procédé à son autopsie.

Art. 2. — Afin de lever par avance tout obstacle qui pourrait être apporté, après sa mort, à l'exécution de sa volonté, il laissera, écrit de sa main, en double exemplaire, et confiera à des personnes de son choix, avec le pieux devoir de le faire respecter, un testament conçu dans les termes suivants :

« Je soussigné, désire et veux qu'après ma mort il soit procédé à mon autopsie, afin que la découverte des vices de conformation ou des maladies héréditaires à laquelle elle pourrait donner lieu, puisse servir de guide dans l'emploi des moyens propres à en combattre le développement chez mes descendants. » Je désire en outre que mon corps soit utilisé au profit de l'idée scientifique que j'ai poursuivie pendant ma vie. Dans ce but, je lègue mon cadavre, et notamment mon cerveau et mon crâne, au laboratoire d'anthropologie, où il sera utilisé de la façon qui semblera convenable, sans que qui que ce soit puisse faire opposition à l'exécution de ces clauses, qui sont ma volonté expresse, spontanément exprimée ici. Les parties de mon cadavre qui ne seront pas utilisées seront inhumées de la façon suivante : ..... »

Nota. — Chacun réglera, suivant son désir, les détails de la cérémonie de son enterrement.

Ont signé comme fondateurs :

Dr Coudereau, dr Collineau, dr Thulié, de Mortillet, Giry, Jacquet, Asseline, dr Obédénard, E. Véron, Robert Halt, dr Topinard, Y. Guyot, E. Barbier, dr Delaunay, Issaurat, A. Hovelacque, Ernest Chantre, dr Bertillon, dr Letourneau. — Les adhésions sont reçues chez M. le dr Coudereau, 3, rue Marsollier.

Médecins de la marine.

Par décret du Président de la République en date du 7 novembre 1876, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine, à la suite du concours ouvert dans les ports :

Au grade de médecin de 1re classe. MM. les médecins de 2e classe : Talmy (Jean-Baptiste-René-Marie). — Aube (Honoré-Paul-Michel-Marie-Thérèze). — Bohan (Alain-Henri). — Dorvan (François-Henri). — Maissin (Louis-Eugène). — Lécuyer (François-Alzé). — Mahéo (François-Stanislas). — Mourson (Joseph). — Burot (Ferdinand). — Bellamy (Francis-Auguste). — Crévaux (Jules-Nicolas). — Carpentier (Georges-Alfred). — Maget (Georges-Albert). — Bestion (Marie-Joseph-Gaspard). — Brindejonc-Tréglodé (Yves Marie). — Dubois (Charles-Jean-Baptiste). — Cotrel (Pierre-Louis-Marie). — Etienne (Clément-Joseph-Jules). — Saffre (Justin-Marius-Stanislas). — Bochard (Georges). — Kermorvant (Gabriel-Hippolyte-Victor-Julien-Clément). — Breton (Joseph-Ferdinand). — Beaufils (Jean-Baptiste). — Brémaud (Paul).

Au grade de médecin de 2e classe. MM. Coquiart (Antoin-Victor-Alfred), aide-médecin. — Bodet (Denis-Marie), aide-médecin. — Hercouet (Charles-Théodore-Lunaire), aide-médecin. — Roux (Gratien-Fernand-Léon), aide-médecin. — Kieffer (Auguste-Joseph), aide médecin. — Maget (Lucien-Gabriel), aide-médecin. — Januet (Léopold-Jérôme), aide-médecin. — Auvray (Jean-Eugène-Alexis), aide-médecin. — Neis (Paul-Marie), aide-médecin. — Le Moyne (Armand-Marie), aide-médecin. — Destrem (Marie-Antoine), aide-médecin. — Gallerand (Gabriel-Aimé), aide-médecin. — Artigues (Jean-Baptiste-Florent-Emile), aide-médecin. — Canoville (Eugène-Henri), aide-médecin. — Lacroix (Denis), médecin auxiliaire de 2e classe. Bourat (Jacques-Armand), aide-médecin. — Léo (Hippolyte-Antoine), médecin auxiliaire de 2e classe. — Delrieu (Marie-Louis-Maurice), aide-médecin. — Dhoste (Paul-Louis-Clément), aide-médecin. — Philip (Joseph-Albert), aide-médecin. — Briant (Lucien-Marie), aide-médecin. — Reynaud (Marie-Joseph-Alfred), aide-médecin. — Lusseau (Jean-Albert), aide-médecin. — Guégan (Pierre-Marie-René), aide-médecin. — Cavasse (Jacques), aide-médecin. — Nivard (Jean-Raoul), aide-médecin. — Griès (Charles-Pierre-Paul), aide-médecin. — Palmade (Jean), aide-médecin. — Prima (François), médecin auxiliaire de 2e classe. — Bonnescuelle de Lespinois (Paul-Gérard-Pierre), aide-médecin. — Boussac (Camille-Jacques), aide-médecin. — Lidin (Lucien-Auguste-Georges), aide-médecin. — Navarre (Pierre-Just), médecin auxiliaire de 2e classe. — Primet (Georges Maurice), médecin auxiliaire de 2e classe. — Coppini (Ferdinand-Charles-Auguste), aide-médecin. Dubut (Albert-Louis), médecin auxiliaire de 2e classe. — Arnaud (Emmanuel-Jules-Marie), médecin auxiliaire de 2e classe. — Brou-Duclaud (Jules-Emile), aide-médecin. — Thon (Pascal), aide-médecin. — Follet (Maurice-Marie-Marc), aide-médecin. — Hamou (Charles-Marie-François), médecin auxiliaire de 2e classe. — Boyé (Charles-Joseph-Ernest), médecin auxiliaire de 2e classe. — Buissade (Etienne-Paul-Auguste), aide-médecin. — Pelissier (Charles-Gaston), aide-médecin. — Le Jollec (Joseph-Marie), médecin auxiliaire de 2e classe. — Reynaud (Jean-Baptiste-Fidèle), médecin auxiliaire de 2e classe. — Simond (Roland-Marius-Eugène), médecin auxiliaire de 2e classe. — Peyron (Julien), aide-médecin. — Le Demmat (Joseph-Marie), aide-médecin.

Au grade d'aide-médecin : MM. les étudiants : Hénaff (François-René). — Mercié (Louis-Léon-Gustave). — Le Ménicier (Aristide-Magloire-Alexandre). — Mortreuil (Dieudonné-Samuel-Nicolas-Alfred). — Vegos (Emile-Gustave). — Marévéry (Léon). — Feaud (Laurent-Marie-Paul). — Sauvaget (Paul-Jean-Alphonse). — Nicolas (Honoré-Marius). — Castellan (Honoré-Léon). — Gouzer (Joseph-Marie-Ferdinand). — Jan (Aristide-Pierre-Marie). — Couzyn (Eugène-Frédéric-Louis). — Hamon-Dufougeray (Eugène-Marie). — Bosch (Joseph-Lucien-Jean-Baptiste). — Rialan (Charles-Alexandre). — Touchet (Louis). — Mondon (Louis-Clément). — Vergos (Paul-Marie-Edouard). — Bizardel (Jacques-Georges-Maximilien). Parnet (Emile-Louis-Marie-François). — Themoin (François-Marie). — Lassou (Louis-Gabriel-Ernest). — Plagneux (Louis-Emile-Gustave.) — Fouéré (Emile-Charles-Marie). — Ludger (Henri-Edmond-Guillaume). — Galiber (Daniel-Elisée). — Le Golleur (Louis-Gustave). — Duvau (Octave-Julien-Félix). — Mialaret (Théophile-Auguste). — Aubry (Paul-Marie Joseph). — Bertrand (Joseph-Honoré-Victor). — Gimelli (Félix-Antoine-Marius). — Landouar (Jean-Baptiste-Marie). — Pallardy (François-Mathurin-Tranquille). — Mignon (Paul). — Parès (Philippe-Emile-Joseph-Antoine). — Ernault (Léon-Vincent-Ernest). — Foucaud (Jean-Marie-Hector). — Devoti (François). — Cartier (Adrien-Marie). — Clavier (Marie-Adrien-Pierre-Henri). — Couteaud (Pierre-Benjamin). — Génébrias le Boissé (Jean). — Fournier (Henri-François-Léon). — Peyronnet de Lafonvielle (Jean-Charles-Henri-Adhémar). — Lullien (Jules-Louis). — Le Conte (Jacques-Léon-Auguste). — Caradec (Alfred-Jules). — T... (Joseph-Timoléon-François de Paule-Baptiste). — Aubert (Joseph-Louis-Jules-Antoine). Pauc (Eloi-Paul). — Condé (Jean-Pierre). — Toureau (Barthélemy-Théophile). — Couétoux (Léonce-Marie). — Lombard (Francis). — Marchandou (Aimable-Arsène). — Couturier (Marie-René). — Médeschi (Gaston-Alexandre-Eugène). — Faucon (Aimable-Louis-Maurice). — Pozzo di Borgo (Mathieu). — Narbonne (Eugène-Léon).

Au grade de pharmacien de 1re classe. MM. les pharmaciens de 2e classe. Mongin (Gustave). — Reynaud (Joseph-Marie).

Au grade de pharmacien de 2e classe. MM. Sauvaire (Paul-Alexis), aide-pharmacien. — Le Gall (Léon-Adolphe), aide-pharmacien. — Baucher (François-Jean-Etienne), aide-pharmacien. — Pascalet (Louis-Antonio-Léon), aide-pharmacien. — Cardialaguet (Charles-Louis-Mrrie), aide-pharmacien. — Lejanne (Eugène-François-Marie), pharmacien auxiliaire de 2e classe.

Au grade d'aide pharmacien. MM. les étudiants : Decoréis (Gustave-Paulin-Auguste). — Reboul (Georges-Frédéric-Antoine). — Régnier (Pierre-Jacques-Nicolas-Lucien). — Perron (Auguste-Edouard). — Boyer (Louis-François). — Calot (Camille-Casimir-Joseph). — Blondin (Ernest-Paul-Madaï).

Enseignement médical libre.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Charcot continue son cours sur *les maladies du système nerveux*, tous les dimanches, à neuf heures et demie.

Cours d'accouchement. — MM. Budin et Pinard ont commencé le mercredi 15 novembre à 4 h. 1/2, un cours d'accouchement. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en 4 parties : 1re partie, Anatomie, Physiologie, Grossesse. 2e Eutocie. — 3e Dystocie. — 4 Exercices pratiques. S'adres-

ser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Hopital Saint-Louis. — *Maladies de la peau.* — M. le dr Lailler reprendra ses leçons cliniques le vendredi 17 novembre, à 8 h. 3/4 et les continuera tous les vendredis à la même heure. — Salle Saint-Foy et pavillon Saint-Mathieu.

Hôpital Saint-Louis. — *Clinique chirurgicale.* — M. le Dr Duplay, agrégé de la Faculté, a commencé ses conférences le jeudi 16 novembre à 9 heures et les continuera les jeudis suivants à la même heure. — Visite des malades à 8 h. 1/2.

Conférences cliniques sur les affections de la peau. — M. le docteur Ernest Besnier. médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences de clinique dermatologique, et de thérapeutique appliquée des affections de la peau, le mercredi 22 novembre, à 9 heures du matin, salles Saint-Léon et Saint-Thomas : le *mercredi*, de 9 heures à 10 heures 1/2, clinique dermatologique. Le *samedi*, de 9 heures à 10 heures 1/2, thérapeutique appliquée des affections de la peau. Examen des maladies en cours de traitement. Démonstrations pratiques. Le *lundi*, de 9 heures à 11 heures, consultation externe.

Maladies des yeux. — M. le dr Desmarres a commencé son cours sur l'ophthalmologie à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 2, le vendredi 17 novembre à 8 h. du soir et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Voies urinaires. — M. le dr H. Picard commencera, à son dispensaire, 13, rue Suger, le samedi 18 novembre, à midi et demi, un cours public sur les *maladies de l'appareil urinaire* et le continuera les mardi, jeudi et samedi suivants.

Otologie. — M. le dr Gellé, ancien interne des hôpitaux de Paris, commencera le mercredi 15 courant, à 4 h., dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, un cours public et gratuit d'otologie. Il traitera particulièrement, cette année, de l'*exploration de l'oreille.*

Clinique ophthalmologique. — M. le docteur Badal, a commencé le 7 novembre à sa clinique, rue de la Condamine, 83, des leçons pratiques sur les maladies des yeux. Exercices d'ophthalmoscopie et d'optométrie, les mardis et samedis, à une heure.

NOUVELLES

Mortalité a Paris : Population (recensement de 1872) 1.851.792 habitants. Pendant la semaine finissant le 9 novembre 1876, on a constaté 1.083 décès, savoir : variole 3 ; rougeole 17 ; scarlatine » ; fièvre typhoïde 171 ; érysipèle 2 ; bronchite aigue 22 ; pneumonie 62 ; dyssenterie 1 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants 5 ; choléra nostras » ; angine couenneuse 27 : croup 24 ; affections puerpérales 5 ; autres affections aigues 249 ; affections chroniques 428, dont 175 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales 42 ; causes accidentelles 25.

Londres : Population 3,489,428 habitants. — Décès du 29 octobre au 4 novembre 1876, 1.403. — Variole 21 ; rougeole 18 ; scarlatine 35 ; fièvre typhoïde 2 ; érysipèle 5 ; bronchite 211 ; pneumonie 96 ; dyssenterie 2 ; diarrhée 31 ; choléra nostras » ; diptherie 3 ; croup 6 ; coqueluche 14.

Faculté de médecine de Paris. — Dans le laboratoire annexé à la chaire d'histologie, les démonstrations pratiques ont lieu tous les jours, depuis le mois de novembre jusqu'au mois de mars. Le nombre des élèves qui y travaillent est en moyenne de 30 à 35. Les animaux, les instruments et les réactifs leur sont fournis gratuitement. Directeur du laboratoire : M. le dr Cadiat.

Cours complémentaire des affections syphilitiques. — Le dr Alfred Fournier, agrégé de la Faculté, commencera ce cours le vendredi 10 novembre, à l'hôpital Saint-Louis. — Conférences cliniques le mardi et le vendredi, à 9 h.

Clinique chirurgicale. — M. Le Dentu, agrégé, suppléant de M. le professeur Richet, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le samedi 18 novembre, à 9 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Visite tous les jours à 8 h. 1/2.

Faculté de médecine. Par suite d'une indisposition de M. le professeur Parrot, l'ouverture du cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie qui était annoncée pour le samedi 11 de ce mois, n'a pas eu lieu. Nous croyons qu'elle se fera connaître mardi prochain.

Concours. — *Prosectorat des hôpitaux.* — *Questions orales.* — Anatomie : 1re série. de l'utérus. — 2e série, du larynx. — 3e série, canal inguinal. — Physiologie : 1re série, circulation veineuse. — 2e série, physiologie du rein. — 3e série, digestion intestinale.

Externat. Questions : jeudi 9 novembre, *artères de la jambe*; samedi 11, *omoplate*; mardi 14, *articulation temporo-maxillaire.*

Prix. — La *Société de Médecine de Toulouse* rappelle qu'elle a proposé pour sujet de prix, pour l'année 1877, la question suivante : *De l'urine pathologique ; déterminer les caractères physiques, chimiques ou microscopiques; discuter les procédés d'analyse employés pour reconnaître ses altérations.* Le prix est de 300 fr. Elle propose pour sujet de prix, pour l'année 1878, la question suivante : *Quels sont les motifs qui, dans les derniers temps, ont fait abandonner les émissions sanguines dans le traitement de la plupart des maladies ? — La tendance à substituer les toniques aux antiphlogistiques est-elle justifiée ?* Le prix est de 300 fr.

Prix Jules Naudin. — Ce prix sera décerné, pour la deuxième fois, en 1877 ; la question proposée est la suivante : *Les eaux des Pyrénées françaises* ? Les concurrents pourront adopter le cadre d'une étude complète et générale, ou se restreindre à la monographie d'une ou plusieurs stations. Le prix est de 800 fr.

Conditions des concours. —Les mémoires, écrits *lisiblement* en français ou en latin, seront seuls admis à concourir. Ils devront être adressés, *franc de port*, à M. le Secrétaire général, *avant le* 1er *janvier* de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise qui sera répétée sur une enveloppe cachetée, contenant le nom de l'auteur.

Les mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient été déjà publiés ou présentés à une autre Compagnie savante, et ceux qui parviendront au Secrétariat de la Société postérieurement à la date ci-dessus fixée, ne seront pas admis à concourir. Les mémoires manuscrits sur divers sujets, destinés au concours des *médailles d'encouragement,* devront parvenir, *franco*, à M. le Secrétaire général, *avant le* 1er *mars* de chaque année. Les membres résidants de la Société ne peuvent prendre part aux divers concours. Les manuscrits des mémoires jugés par la Société deviennent sa propriété ; toutefois, les auteurs peuvent en faire prendre copie, à leurs frais, sans déplacement, en s'adressant pour cela au Secrétaire général.

Ecole pratique des hautes études. M. le docteur François Franck, préparateur de la chair d'histoire naturelle des corps organisés au Collége de France, est chargé des fonctions de directeur adjoint du laboratoire de physiologie. M. Rihau, docteur ès-sciences, préparateur de chimie au Collége de France, est chargé des fonctions de directeur adjoint du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Schutzemberger, démissionnaire.

Faculté des sciences de Clermont. Par arrêté en date du 6 novembre 1876, la chaire de chimie à la faculté des sciences de Clermont, est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leur titres.

Exposition universelle de 1878. — Voici les noms des membres du jury d'admission pour la classe XIV (*médecine hygiénique et assistance publique*) : M. le docteur Barth, membre de l'Académie de médecine. M, le docteur Béclard, professeur à la Faculté, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, membre du Conseil général de la Seine. M. le docteur Beni-Borde, chef de l'établissement hydrothérapique d'Auteuil, adjoint au maire du XVIe arrondissement. M. le docteur Bergeron, médecin légiste. M. Bouley, membre de l'Institut, inspecteur-général des écoles vétérinaires. M. le docteur Broca, professeur à la Faculté de médecine de Paris. M. Chatin, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie à Paris. M. le docteur Chenu, médecin de la Société internationale de secours aux blessés. M. Ladreit de La Charrière, médecin en chef de l'Institut national des sourds-muets. M. le docteur Liouville, agrégé de la Faculté de médecine, député de la Meuse. M. le docteur Charles Loiseau, membre du Conseil municipal de Paris. M. Mathieu, chirurgien herniaire, grand prix d'honneur en 1867. M. le docteur Reliquet, chirurgien de la Faculté de Paris. M le docteur en médecine, Roussel, député de la Lozère. M. le docteur Terrillon, chirurgien des hôpitaux de Paris. M. le docteur Thévenot A.). professeur de clinique à la Faculté de Sant-Iago, membre de l'Institut du Chili. M. le docteur Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris. (*Union médicale,*)

Une Ecole d'un nouveau genre. — Une école d'un nouveau genre, d'une utilité incontestable, vient d'être installée à Vincennes, dans la cour de la cour de l'hôpital. C'est l'école des ambulanciers.

Chaque jour, une escouade de soldats d'administration apprend à dresser le plus vite possible des tentes pour le service des ambulances de campagne.

Ces tentes reçoivent immédiatement leur literie et leur aménagement complet; elles contiennent de six à vingt malades. A un signal donné, la literie est enlevée, les tentes pliées, et les malades sont censés hissés sur des voitures qui doivent les mettre hors d'atteinte.

Des expériences sont faites sur tous les appareils proposés à la direction de cette école; les abris, les selles de cacolet, les voitures, les brancards, seront successivement étudiés.

Nécrologie. — M. le docteur Bulckens, médecin directeur de la colonie d'aliénés à Gheel, médecin de l'impératrice Charlotte, membre honoraire de l'Académie royale de médecine de Belgique, est mort le 23 octobre à la suite d'une longue et pénible maladie. C'est une perte difficilement réparable pour la science médicale et psychiatrique en particulier.

M. le docteur Alexandre Ricord, frère aîné de notre illustre syphiliographe Philippe Ricord, et qui avait acquis lui-même une haute situation comme médecin voyageur naturaliste, vient de succomber dans un âge assez avancé à une courte maladie.

Nécrologie. — Un journal écossais l'*Oban télégraph*, annonce la mort, à l'âge de 110 ans, d'Alexandre Macpherson, d'Innishafeoray comté d'Argyll), descendant de l'historien James Macpherson, qui publia en 1870 les poésies d'Ossian.

Vacances médicales. — Un jeune docteur, ancien interne des hôpitaux de Paris, désirerait une clientèle à Paris ou dans les environs. — S'adresser aux bureaux du *Progrès, de midi à 5 heures.*

Chronique des hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — Service de M. FAUVEL. Salle St-Joseph (F.): 4, fièvre typhoïde, début après l'accouchement; 7, cirrhose; 13, phlegmon iliaque; 16, péritonite puerpérale, pneumonie en résolution; 19, fièvre typhoïde, rétrécissement mitral; 2, 9, 10, 11, 15, 18, 20, 23, fièvres typhoïdes; 21, 22, id. en convalescence.—Salle St-Landry (H.) : 1, 2, 3, 4 bis, 5, 9, 13, 18, 19, fièvres typhoïdes; 4, pneumonie chronique, cancer du foie (?); 10, bronchite chronique, dilatation bronchique; 11, tuberculose pulmonaire, ulcération de la langue.

Service de M. FRÉMY. Salle St-Martin (H.): 3, 12, fièvre typhoïde; 5, arthrite blennorrhagique; 8, laryngo-typhus; 9 ; insuffisance et rétrécissement mitral; 10, empoisonnement sub-aigu par le plomb, myocardite; 11, pleuro-pneumonie; 15 bis, tremblement mercuriel. — Salle Ste-Marie (F.): 1, ataxie locomotrice; 3, mal de Bright ; 10, rhumatisme articulaire sub-aigu, endocardite; 11, fièvre typhoïde; 12, insuffisance mitrale, cirrhose hypertrophique.

Service de M. HÉRARD. Salle St-Pierre (F.) : 19, phlegmatia alba dolens ; 20, rhumatisme aigu ; 21, rétrécissement mitral ; 22, rétrécissement mitral, hémiplégie dr. ; 23, insuffisance mitrale; hydrothorax; 24, dothiénentérie; 30,mal de Bright; 32.kyste de l'ovaire. — Salle St-Landry (H.) : 20, ataxie locomotrice ; 21, pleurésie droite ; 22, atrophie musculaire progressive ; accidents de paralysie bulbaire ; 23, hémorrhagie cérébrale ; 24, emphysème pulmonaire ; 25, pleurésie droite ; 27, 29, 33, dothiénentérie ; 33 *bis*, rhumatisme articulaire aigu ; 34, pneumonie caséeuse ; 35, ataxie locomotrice ; 36, broncho-pneumonie. — Visite à 8 h. 1/2. — Consultation le mercredi à 9 h.

Service de M. CUSCO. Salle Ste-Marthe (H.): 15, fibrome de la paroi abdominale. — Salle St-Paul : 5, kyste hématique suppuré de la grande lèvre ; 10, conjonctive blennorrhagique; 11, adénite suppurée du pli de l'aîne; 22, rétrécissement cicatriciel du rectum (opéré).

Service de M. le professeur RICHET, suppléé par M. le dr LE DENTU. Salle Ste-Marthe (H.): 3, sarcome du maxillaire supérieur; 6, épididymite chronique caséeuse; 10, arthrite sèche; 15, ectropion, autoplastie, guérison; 21, ostéo-sarcome (?) de la tête de l'humérus; 33, épithéliome de la langue; 34, tumeur de la parotide. — Salle St-Charles (F.): 1, pied-bot varus, opéré 4, cancer du grand épiploon; 11, angine ulcéreuse (scrofule?) 10, rétrécissement du vagin; 15, mal de Pott; 22, kyste du rein.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. ARCHAMBAULT. Consultation le mardi; clinique le vendredi. — Salle Saint-Louis : 9, 14, 16, 18, 21, 23, 24. 25, 26, fièvres typhoïdes; 22, mal de Bright; 8, tuberculose à la 2e période; 27, croup et pneumonie; 17, torticolis paralytique et chorée; 31, affection cardiaque à l'âge de 5 ans. — Salle Sainte-Geneviève : 6, 28, 30, fièvre typhoïde; 11, chorée, affection cardiaque; 16, paralysie angineuse; 8, tuberculose, 2e degré; 12, méningite tuberculeuse.

M. BOUCHUT. Leçons le mardi; consultation le lundi. — Salle Sainte-Catherine : 7, mal de Pott cervical; 9, fièvre typhoïde; 19, tuberculose généralisée ; 20, angine diphthéritique; 24, scarlatine.

M. LABRIC. Consultation le vendredi. — Salle Saint-Jean : 4, angine couenneuse; 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 29, 33, 36, 38, 39, 41, 43, 44, 45, fièvres typhoïdes venues du dehors; 30, 32, fièvres typhoïdes avec rechute; 7, angine couenneuse, croup, trachéotomie, pleuro-pneumonie; 8, angine couenneuse, croup, trachéotomie, érysipèle phlegmoneux et diphthérie de la plaie, heureusement modifiée par l'iodoforme; 12, angine couenneuse, croup, trachéotomie; 16, 28, rougeoles du dehors, pas de complication; 14, rougeole prise dans la salle, angine laryngée; 25, scarlatine du dehors, angine couenneuse dans la salle, heureusement modifiée par l'extrait oléo-résineux de cubèbe; 26, scarlatine du dehors, fièvre typhoïde prise dans la salle; 28, 46, pneumonies; 31 scarlatine du dehors, douleurs articulaires légères; 40, angine couenneuse, croup, trachéotomie; 50, angine couenneuse et rougeole prises dans la salle, l'angine heureusement modifiée par l'extrait oléo-résineux de cubèbe.

M. J. SIMON. Consultations pour les maladies aiguës le samedi, pour les maladies chroniques le jeudi; clinique le mercredi. — Salle Sainte-Marie : maux de Pott; coxalgies; rachitisme; rhumatismes noueux. — Salle Saint-Luc : 2, varioloïde confluente; 3, variole confluente. — Salle Saint-Vincent : 1, 2 variole. — Salle Sainte-Elisabeth : psoriasis, lichen, icthyose.— Salle Sainte-Marthe : favus, pelade, teigne tondante.

M. de SAINT-GERMAIN. Consultations tous les jours, sauf le jeudi; cliniques et opérations le jeudi. — Salle Saint-Côme : 1, abcès de la région poplitée ; 4, plaies contuses multiples, escarres du scrotum, dénudation du testicule gauche ; 9, bec de lièvre double; 19, polype pharyngien. — Salle Sainte-Pauline : 9, périostite phlegmoneuse ancienne, extraction d'un séquestre volumineux du fémur; 25, corps étrangers de la vessie ; 27, scapulalgie; 30, tumeur érectile. — Salles Saint-Augustin et Sainte-Thérèse : ophthalmies.

Hôpital Necker. — Service de M. GUYON. Salle Saint-André (H.) : 2, coxalgie; 4, phlegmon de la jambe; 7, hydarthrose du genou; 9, tumeur blanche de l'articulatiou tibio-tarsienne, amputation; 11, 28, hydrocèle de la tunique vaginale; 13, tumeur blanche du genou; 16, épithélioma de la région temporale; 24, luxation sous-glénoïdienne de l'épaule; 25, fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Service de M. DÉSORMEAUX. Salle Saint-Pierre (H.) : 1, tumeur blanche du genou; 3, fracture de l'avant-bras; 7, ostéo-périostite du sternum, résection; 9, luxation de l'épaule; 10, 30, 49, hydrocèle; 11, fracture de l'extrémité inférieure du radius; 15, phlegmon de la main; 17, 20, fracture du péroné; 22, fistule uréthro-rectale; 23, phlegmon prærectal; 24, fracture de côtes; 25, 27, 38, rétrécissements de l'urèthre; 28, 55, mal de Pott; 29, ostéo-périostite du maxillaire supérieur; 32, carie du grand trochanter; 36, carcinome du rein et de la prostate; 37, nécrose du maxillaire inférieur; 41, luxation de la clavicule; 42, abcès froid de la région lombaire; 44, anthrax; 46, résection du maxillaire supérieur; 47, résection de l'épaule; 48, coxalgie; 51, fracture des deux os de la jambe; 53, mal perforant du pied; 56, arthrite blennorrhagique. Salle Sainte-Marie (F.) : 1, 22, cancer de l'utérus; 4, kyste de l'ovaire; 5 fistule vésico-vaginale; 8, arthrite temporo-maxillaire; 9, plaie pénétrante de l'œil; 11, luxation de la clavicule; 12, carcinome du sein, amputation; 13, 15, 16, coxalgie; 17, fracture non consolidée du fémur; 18, ostéo-sarcome des os de la hanche; 23, gomme syphilitique; 26, catarrhe double.

Service de M. LABOULBÈNE. Salle Saint-Jean (H.): 1, pneumonie catarrhale; 5, 6, 9, 13, 17, 31, fièvre typhoïde; 21, pleurésie; 24, intoxication par l'acide sulfurique ? 30, ulcère de l'estomac. — Salle Sainte-Eulalie (F.): 2, insuffisance mitrale; 9, 12, fièvre typhoïde; 13, pleurésie; 23, endocardite rhumatismale; 25, goître exophthalmique; 30, érésypèle ambulant; 31, rétrécissement mitral.

Service de M. CHAUFFARD. Salle Saint-Louis (H.): 1, 2, 3, 4, 6, 20, 23, fièvre typhoïde; 7, cirrhose; 8, hémorrhagie cérébrale; 12, bronchite aiguë; 13, emphysème; 15, pneumonie caséeuse; 16, dilatation des bronches; 17, pneumonie du sommet gauche ; 18, intoxication saturnine, paralysie des extenseurs; 25, pleuro-pneumonie gauche; 27, rétrécissement mitral, cirrhose cardiaque; 28, intoxication saturnine, insuffisance aortique, embolie cérébrale, hémiplégie gauche. — Salle Sainte-Thérèse F.) : 1, 2, périmétrite; 4, 6, 8, 9, 20, 23, 25, 27, fièvre typhoïde; 7. chloro-anémie, vomissements incoercibles; 16, cirrhose du foie, pneumonie du sommet gauche; 17, infiltration tuberculeuse du sommet gauche; 14, rougeole; 32, paralysie rhumatismale.

Service de M. DELPECH. Salle Saint-Ferdinand (H.): 1, 18, 27, 33, fièvre typhoïde; 2, bronchite capillaire chez un emphysémateux; 4, pneumonie gauche; 5, bronchite chronique; 8, intoxication saturnine ; 14, arthrite rhumatismale; 15, cirrhose hépatique; 16, rhumatisme articulaire; 26, 31, pleurésie gauche; 30, gomme syphilitique du cerveau (?) — Salle Ste-Anne (F.) : 1, cancer de l'estomac; 2, urémie; 7, arthrite rhumatismale; 9, hystérie; 12, ulcère rond de l'estomac; 13, hématocèle rétro-utérine; 16, rhumatisme chronique; 19, 21, fièvre typhoïde.

Hôpital de la Charité. — Conférences sur l'anatomie et la chirurgie dentaires. M. le docteur Delestre, chirurgien-dentiste des hôpitaux, commencera ses conférences le vendredi 1er décembre 1876, à huit heures et demie du soir, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Hôpital de la Pitié. — *Cours de clinique médicale :* M. le dr T. GALLARD, médecin de la Pitié, reprendra ses cours de clinique médicale, dans cet hopital, le mardi 21 novembre 1876, à 9 h. du matin (amphithéâtre no 3). Mardi et samedi, leçons à l'amphithéâtre. — Jeudi, examen au spéculum et consultation spéciale pour les maladies des femmes. — Tous les matins, visite et interrogatoire des malades par les élèves (salle Saint-Athanase et salle du Rosaire.)

Hôpital Cochin.— Médecine.— Service de M. BUCQUOY. — Salle Saint-Jean (H) : 3, rhumatisme articulaire ; 5 pneumonie ; 6, albuminurie ; 9, cancer abominal ; 10, anévrysme de l'aorte ; 11, 12, 13, 14, 15, fièvre typhoïde ; 16, cirrhose ; 20, colique hépatique.

Salle Saint-Philippe (F : 1, ataxie ; 6, 7, 8, 9, 14, fièvre typhoïde ; 11, 12, pelvi-péritonite ; 13, cancer de l'estomac ; 15, syphilis cérébrale ; 17, tumeur de la rate ; 17 pleurésie ; 22, fièvre typhoïde.

Chirurgie. — Service de M. DESPRÉS. Baraque I. (H) : 6, tumeur blanche du coude, ancienne, ankylose, abcès dans l'articulation ankylosée, 7, abcès de la glande de Cowper; 8, hématocèle; 13, fracture du péroné par arrachement; 15, conjonctivite purulente; 25, sarcôme du testicule, 26, chancre phagédénique du rectum; 29, pustule maligne de la paupière supérieure; 31, ostéite des os du tarse.

Baraque II. 1, amputation de jambe, 3, kératite; 11, fracture extra-capsulaire du col de l'humérus, fracture intra-capsulaire du col de l'humérus; 17, nécrose de l'extrémité inférieure du fémur, trépanation de l'os et drainage.

Salle Cochin (H) : 4, fracture compliquée du bras; 7, fracture des deux os de la jambe par cause directe; 8, plaie du cou-de pied avec ouverture de l'articulation tibio-tarsienne; 13, névralgie trifaciale; 14, hémo-hydarthrose; 16. fracture bimalléolaire avec plaie consécutive; 17, sarcôme colloïde de la fosse iliaque; 19, fracture du bassin; 20. plaie de tête, section de l'artère occipitale; 21, épanchement sanguin de la cuisse; 22, fracture du tibia avec plaie, esquilles.

Salle Saint-Jacques (F) : 1, pelvi-péritonite; 8, hernie étranglée, datant de six jours, opération; 13, tumeur fibreuse de l'utérus; 19, phlegmon chronique des ligaments larges; 20, plaie de la région sous-hyoïdienne, section du sterno-mastoïdien, infection purulente; 22, 23, amputatiou du sein.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

4e ANNEE. — N° 48 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 25 NOVEMBRE 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOTEL-DIEU. — M. LEDENTU.

Leçon d'ouverture.

Messieurs,

Appelé au périlleux honneur de suppléer M. le professeur Richet pendant le semestre d'hiver, je ne puis me défendre d'une vive appréhension, lorsque je pense à la lourde tâche qui m'incombe.

Il me semble qu'en me présentant aujourd'hui devant vous, portant sur mes épaules d'agrégé le fardeau de l'enseignement clinique de la chirurgie, de cet enseignement qui plus que tout autre peut-être exige la maturité de l'esprit et un fonds d'expérience que seul peut donner le temps, il me semble, dis-je, que je dois encourir à vos yeux une double responsabilité, celle de l'homme que des circonstances imprévues mettent tout-à-coup aux prises avec un rôle d'initiateur auquel il ne se sent que bien mal préparé par quelques années de travail, celle de l'élève qui se trouve brusquement substitué à son maître et qui n'a pas besoin qu'on lui rappelle que suppléer n'est pas remplacer.

Il y aurait témérité de ma part à affronter sans inquiétude ce double danger ; mais il m'est permis de vous dire que je puise une certaine confiance dans la bienveillance que vous m'avez déjà témoignée à plusieurs reprises et dans l'ardent désir dont je me sens animé de remplir mon mandat aussi consciencieusement que possible.

Si vos volontés et la mienne convergent vers un point commun, si l'amour de la science supprime entre nous ces barrières que les différences d'âge et de situation semblent devoir toujours élever entre celui qui donne l'instruction et ceux qui la reçoivent, j'ose vous promettre que votre peine ne sera pas perdue, et que les heures que vous passerez dans ce vieil hôpital, dont les destinées touchent à leur fin, ne seront ni les plus mauvaises, ni les plus mal employées de vos journées.

A cette condition mes efforts ne seront pas stériles et je pourrai peut-être légitimement me flatter d'avoir su me rendre utile.

N'attendez pas de moi, Messieurs, un exposé de principes, ni ce qu'on est convenu d'appeler un discours d'ouverture. J'ai trop hâte de réparer le retard apporté à l'ouverture de ce cours pour consacrer cette première séance à des considérations générales qui ne pourraient avoir de valeur réelle que dans une bouche plus autorisée que la mienne.

Je n'ajouterai que quelque mots aux paroles qui m'ont servi d'entrée en matière; et dans ces quelques mots vous pourrez voir, si vous le voulez, une profession de foi complète, mais réduite à sa plus simple expression.

La chirurgie, envisagée comme art ou comme science, réside tout entière dans la combinaison intime de trois éléments fondamentaux qui sont: la *thérapeutique*, représentée principalement par la médecine opératoire, le *diagnostic*, qui émane directement de l'étude des signes, l'*étiologie*, qui n'a pas seulement ses racines dans l'anatomie pathologique, mais aussi dans les prédispositions individuelles congénitales ou acquises, et dans un certain nombre de circonstances extérieures à l'individu.

Entre ces trois éléments doit régner un équilibre constant; toute rupture de cet équilibre porte une atteinte sérieuse à la grandeur de l'art, en accordant à l'un de ses éléments constitutifs une prédominance marquée sur les deux autres.

Réduite à l'opération, la chirurgie n'est plus cette science élevée qui a su peu à peu conquérir une place d'honneur à côté de la médecine, sa sœur et sa rivale.

En revanche, l'art opératoire, basé sur une précision aussi rigoureuse que possible du diagnostic et sur l'étude consciencieuse des indications et des contre-indications, restera à tout jamais l'expression la plus saisissante du progrès en chirurgie, même dans ses plus audacieuses témérités.

Vous le voyez donc, Messieurs, je condamne aussi bien le fameux *prurigo secandi* qu'on a l'habitude de considérer comme un mal de jeunesse, que l'abstention opératoire qui aurait l'inconvénient de ramener trop souvent la chirurgie à la quiétude expectante de la médecine.

Enfin, puisque j'ai nommé tout-à-l'heure l'étiologie comme concourant à la constitution de cette sorte de trépied sur lequel repose l'édifice chirurgical tout entier, je tiens, comme plusieurs de nos maitres l'ont déjà fait avant moi, à revendiquer hautement pour la chirurgie, en partage avec la médecine, ce que j'appellerai *le droit à la pathologie générale*, c'est-à-dire le droit de chercher au-delà des constatations matérielles d'où naissent les signes objectifs, la raison d'être des choses; le droit d'invoquer l'intervention des influences générales et des diathèses reconnues ; le droit enfin de poursuivre par tous les moyens dont nous disposons aujourd'hui, la connaissance des lois générales qui régissent la maladie, que celle-ci appartienne nettement au domaine de la chirurgie, ou qu'elle confine à celui de la médecine.

Ainsi comprise, la chirurgie n'est plus seulement la prestidigitation du couteau; elle devient quelque chose de complet et de grand qui captive et qui passionne.

Je terminerai, Messieurs, en vous rappelant que les lourdes responsabilités qu'assume à chaque instant le chirurgien, useraient bien rapidement ses forces physiques et morales, s'il n'avait sans cesse à ses côtés deux guides dont les conseils ne doivent jamais être négligés, sa raison et sa conscience.

Ce n'est pas sans en avoir bien compris la portée que la Société de chirurgie de Paris s'est placée dès sa naissance sous l'égide de cette belle devise : « Vérité dans la science, moralité dans l'art. »

Et pour mon compte je ne connais pas de meilleure application que celle qu'on en peut faire à la pratique de la chirurgie, de cette maxime que la morale antique a su formuler telle que nous la connaissons encore aujourd'hui: « Ne faites pas à autrui ce que vous ne voudriez pas qu'on vous fit. »

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Quelques observations à propos du pansement de Lister ;

Par le Dr **Samuel POZZI**, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

I. Je n'ai d'autre intention, dans les simples notes qui vont suivre que de rapporter, en tâchant d'y trouver un enseignement, les faits observés durant trois mois à l'hôpital des Cliniques où j'avais l'honneur de remplacer M. le professeur Broca pendant les vacances. Ce remplacement, commencé au lendemain d'une visite à la *Royal Infirmary* d'Edimbourg, me fournissait une précieuse occasion d'étudier les pansements dont je venais d'admirer les remarquables résultats. Frappé à la fois de ces succès et de la complication des procédés mis en usage pour les obtenir, je n'avais pu me défendre d'une secrète pensée : c'est qu'il y avait sans aucun doute dans cette méthode *quelque*

chose de très-important, mais, qu'assurément aussi elle renfermait certaines manœuvres accessoires ou même inutiles. Je savais bien que toutes ces manœuvres sont les parties indissolubles d'un ensemble logique, d'une *méthode* savante, et que manquer à une seule des précautions prescrites c'était rendre les autres théoriquement illusoires. Mais, l'avouerai-je ? ce dogmatisme étroit ajoutait encore à mes doutes.

La *peur des germes* me paraissait poussée à l'excès. Sans méconnaître l'importance réelle de cet élément dans la gravité des complications chirurgicales, je ne pouvais me résoudre à lui donner une aussi grande place. Comment, s'il en était ainsi, expliquer tant d'autres succès ? Est-ce que des résultats très-comparables à ceux de Lister, pour la réunion des plaies d'amputations, par première intention, n'étaient pas obtenus par le pansement ouaté de M. Guérin, tel qu'il le pratique actuellement, c'est-à-dire en affrontant les lambeaux ? Et cependant, si la plaie est soustraite à l'influence des germes, après le pansement, précaution qui, comme je le dirai plus loin, me paraît très-utile, n'y a-t-elle pas été exposée pendant toute la durée de l'opération ? Bien plus, est-ce que M. Azam — à l'hôpital Saint-André de Bordeaux — n'avait pas obtenu maintes fois la réunion par première intention de presque toute la surface de ses moignons, bien qu'il ne se préoccupât nullement de les protéger contre les germes, et se bornât à faire un affrontement méthodique des lambeaux ?

Telles étaient les considérations qui me poussaient à douter du mérite de la *méthode listérienne* et à n'y voir dans le pansement qu'un ensemble de procédés pour discerner le principal de l'accessoire. Voici le plan que je m'étais tracé : J'aurais voulu l'appliquer d'abord pendant quelque temps dans toute sa rigueur, puis en retrancher peu à peu chacune des parties — d'abord la pulvérisation — puis les topiques spéciaux que j'eusse remplacés par des pièces de pansement plus à notre portée ; j'aurais sacrifié ensuite tout ce qui dans les précautions prises pour éviter l'accès des germes sur les instruments ou les mains de l'opérateur dépasse les bornes d'une exacte propreté. — Enfin, poussant plus loin mon expérimentation, j'aurais abandonné successivement le catgut, la suture, le drain — ne m'arrêtant dans mon élimination que si j'en constatais les inconvénients.

En procédant de la sorte, je serais arrivé à reconnaître les mérites de chaque partie du pansement par une véritable analyse analogue à ce que l'on appelle en clinique le *diagnostic par élimination*, et j'aurais pu défier toute critique. Mais une pareille méthode avait l'inconvénient d'être très-longue. Or, le temps dont je disposais était court. Je dus donc me décider à aller plus vite que je n'aurais voulu, en supprimant d'emblée ce qui dans la pratique de Lister me semblait à la fois le plus incommode et le moins important, quitte à y revenir si je m'en trouvais mal. Cette façon d'agir n'est pas celle que j'eusse adoptée si j'avais eu la liberté d'agir autrement.

Quoiqu'il en soit, les succès que j'ai obtenus paraissent avoir légitimé mes inductions. Je n'hésite pas à dire, cependant, que mon expérience est trop restreinte pour que je veuille en tirer des conclusions définitives. Celles que je formulerai en terminant, malgré leur forme nécessairement catégorique n'auront donc pas une pareille prétention. Je les présenterai simplement comme un résumé concis des résultats auxquels m'a conduit l'observation sur un certain nombre de malades. Alors même que mes interprétations seraient fautives, les faits sur lesquels je me base me paraissent avoir un intérêt suffisant pour que je n'hésite pas à les faire connaître.

Je m'occuperai surtout dans cet article, du pansement des plaies chirurgicales, résultant de l'ablation d'une tumeur ou de l'amputation d'un membre. Tel est le genre de presque toutes les observations que je rapporterai.

Je décrirai d'abord le mode de pansement simplifié que j'ai mis en usage. Je résumerai ensuite les observations. Enfin je présenterai quelques remarques sur les données de physiologie pathologique qui leur serviront de commentaire naturel.

II. Il me sera possible d'abréger considérablement cette partie de mon exposé en renvoyant à l'excellent manuel de « *Chirurgie antiseptique* » publié par mon ami le Dr Lucas-Championnière, où la méthode de Lister est exposée avec une si grande lucidité. Je supposerai donc ce pansement parfaitement connu des lecteurs et je me bornerai à indiquer les modifications qui y ont été apportées chez mes opérés :

L'opération n'a pas été faite sous la pulvérisation phéniquée, — les instruments et les mains de l'opérateur et des aides étaient *simplement propres*. — Au lieu de *gaze antiseptique*, je me suis servi tour à tour de charpie, de coton ou ouate ordinaire phéniquée, puis de *coton perméable* phéniqué (1). Cette substance, qui présente les qualités réunies du coton et de la charpie phéniqués, me paraît être un excellent topique, au moins égal à la gaze antiseptique préparée en Ecosse. Cette ouate spéciale, qui se laisse mouiller et imbiber par les liquides de la plaie, n'a pas l'inconvénient du coton ordinaire, lequel forme un obstacle presque imperméable à l'issue des liquides et donne lieu à la macération des parties qu'il recouvre.

Au lieu d'un *protective* particulier, j'ai simplement protégé les bords réunis de mes plaies contre l'action irritante de l'acide phénique avec une lanière de baudruche Hamilton, employée dans tous nos hôpitaux. Pour mackintosh, j'ai pris le vulgaire taffetas gommé. — Des compresses et des bandes ordinaires m'ont servi à maintenir ce pansement bien différent, on le voit, de celui de Lister. Mais, avant de l'appliquer, j'avais scrupuleusement imité la pratique de l'éminent chirurgien dans ce qu'elle a, me semble-t-il, de plus important. Je veux parler de l'affrontement méthodique des surfaces par des sutures superficielles et profondes avec addition d'un drain dans le fond de la plaie. A mon grand regret, je n'ai pu me servir de *catgut* pour les ligatures ; ce perfectionnement est pourtant à mes yeux très-important.

Comme règle générale, le premier pansement a été laissé en place trois jours. Le quatrième, il était ôté, on enlevait tout ou partie des points de suture superficielle ; deux jours après, le second pansement était levé et les points de suture profonde enlevés. Le pansement était ensuite fait tous les jours ou tous les deux jours, selon que le suintement était plus ou moins abondant.

III. En employant ce pansement à l'hôpital des Cliniques, sur 5 grandes opérations et 3 de moindre importance, j'ai obtenu dans *tous les cas* (à l'exception d'un seul), au bout du premier septenaire, la réunion de presque toute l'étendue des surfaces traumatiques. Dans le cas unique où la suture manqua, on doit l'attribuer à un accident purement fortuit : Il s'agissait d'un gros sarcome sous-cutané de la région lombaire avec généralisation dans les ganglions de l'aine.

Les deux tumeurs furent enlevées le même jour. Le suintement sanguin était assez abondant, mais se faisait surtout en nappe. — J'ai déjà dit que je n'avais pas de catgut. Pour éviter de multiplier les ligatures de fil j'essayai d'arrêter le sang sans ligature avec la seule compression, malheureusement la région s'y prêtait mal. Dans les mouvements du malade, le bandage se desserra, des caillots s'accumulèrent dans la plaie et firent manquer la suture. Les deux plaies guérirent très-bien, mais lentement, par granulation.

Il est probable que si j'avais eu du catgut pour faire sans inconvénients un nombre suffisant de ligatures, j'aurais obtenu tout au moins la réunion immédiate des deux parties profondes, la plus importante de toutes. Toutefois, il ne m'était pas permis de passer ce fait malencontreux sous silence. J'arrive aux autres observations que je résumerai pour ne pas fatiguer le lecteur.

(1) Ce coton dit « coton médical » par les pharmaciens qui le préparent, m'a été fourni avec beaucoup de gracieuseté par M. Dupouy, pharmacien, 191, rue du Faubourg Saint-Antoine.

OBSERVATION I. — *Lymphadénome du cou.* — Levit.. Ernestine, 23 ans, entrée le 1er août, opérée le 11 août, sortie guérie le 6 septembre. — La tumeur, formée par les ganglions hypertrophiés, occupait toute la région sterno-mastoïdienne droite. Elle formait une saillie trilobée fort disgracieuse. Un premier lobe supérieur, situé entre l'angle de la mâchoire et le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, avait le volume d'un gros œuf de poule. Une seconde saillie allongée et noueuse continuait ce premier lobe le long du bord antérieur du muscle et, à la palpation, on sentait nettement qu'elle s'enfonçait au-dessous de lui. Une troisième portion du lymphadénome, grosse comme une mandarine, occupait le creux sus-claviculaire. En somme, toute la chaîne ganglionnaire latérale du cou paraissait envahie. La jeune fille, qui avait été soumise sans résultat pendant assez longtemps à des applications de teinture d'iode, demandait avec instance à être opérée. Elle le fut le 11 août de la façon suivante:

Anesthésie. — Longue incision allant du sommet de l'apophyse mastoïde à la clavicule, au niveau du bord externe du muscle sterno-mastoïdien; dissection des téguments de manière à mettre à nu le bord interne du muscle dans ses deux tiers supérieurs, et son bord externe dans son tiers inférieur. Après des tentatives infructueuses pour énucléer les masses ganglionnaires avec les doigts ou une spatule, on est obligé de procéder à leur dissection, vu leurs adhérences, à petits coups de ciseaux courbes, en suivant exactement leurs limites et les attirant du reste fortement à l'aide d'érignes, et de pinces de Museux. L'opération, très-laborieuse, dure près d'une heure; plusieurs ligatures sont faites pour des artérioles et des veines: la perte de sang est d'ailleurs médiocre, grâce à l'emploi constant de pinces hémostatiques. L'opération terminée, au fond de la plaie, dont les lèvres sont disséquées en moyenne dans une étendue de 3 à 4 centimètres, on aperçoit presque toute la surface du muscle stérno-cléido-mastoïdien dont quelques fibres ont été arrachées; le doigt peut en outre passer sous son bord interne à sa partie médiane, le soulever, et permettre de voir les battements de la carotide. Supérieurement, le doigt porté horizontalement va jusque dans la région sus-hyoïdienne, en avant de l'angle du maxillaire. Inférieurement, un vaste décollement marque la place occupée dans le creux sus-claviculaire par un gros paquet de ganglions.

La suture est faite avec trois points de suture profonde dont les six plaques sont fixées sur la limite du décollement. On a auparavant placé deux tubes à drainage: le supérieur, long de 5 centim., va de l'angle supérieur de la plaie où son bout est caché en dedans du muscle sterno-cléido-mastoïdien, à la partie médiane du bord externe du muscle où il affleure. L'inférieur, long de 6 centim., est ouvert extérieurement à l'angle inférieur de la plaie, sur la clavicule; il traverse tout le creux sus-claviculaire où il est plongé et qu'il déborde supérieurement pour se cacher sous le muscle. Suture superficielle complète avec des points de fil d'argent, séparés par un centimètre d'intervalle. Pansement à charpie phéniquée par dessus un mince protecteur de baudruche Hamilton. Compression légère assurée par l'interposition de plusieurs morceaux d'éponge sèche et les *croisés* d'une bande ordinaire.

Le pansement est levé le troisième jour (13 août): les parties superficielles paraissent réunies: il n'y a aucun gonflement; un suintement assez abondant de sérosité sanguinolente a coulé par les tubes et a imbibé les couches profondes du pansement. On enlève la moitié des points de suture superficielle. — 16 *août*. Nouveau pansement, tous les points de la suture superficielle sont enlevés.

Le lendemain ablation des fils de suture profonde. Les parties superficielles sont cicatrisées totalement, sauf les points par où passent les tubes à drainage, au milieu et à l'extrémité inférieure de la plaie. Les parties profondes paraissent cicatrisées presque complétement à l'exception d'une partie du décollement vers l'angle de la mâchoire et du décollement au-dessus de la clavicule; une très-petite quantité de pus coule par les tubes à drainage.

On renouvelle le pansement tous les jours; les tubes sont chaque fois retirés, lavés, puis replacés avec la *pince à fistule* de Lister. L'état général est demeuré excellent; il y a eu seulement quelques vomissements le jour de l'opération, dus sans doute à la quantité notable de chloroforme absorbée. La température a oscillé entre 38° et 38°,5. Le 19, matin, *huit jours après l'opération*, elle est de 37°, 4.

Le 20, la malade reste levée trois heures. Elle entre franchement en convalescence. Elle a repris tout son appétit. La suppuration est insignifiante. Les tubes sont raccourcis progressivement.

Le 23, on enlève le supérieur.

Le 30, le tube inférieur est retiré; on fait une compression légère au niveau du creux sus-claviculaire où persiste un trajet peu profond.

Le 6 septembre, la malade va à Vincennes; il ne reste plus de son énorme plaie qu'un petit infundibulum, profond de 3 centimètres, au niveau du creux sus-claviculaire; on y promène tous les deux jours le crayon de nitrate d'argent.

Quinze jours après, la malade revient de Vincennes entièrement guérie. La région opérée est entièrement libre. Elle a ses formes et sa souplesse normales, la cicatrice qui s'est faite sans suppuration des lèvres de la plaie est linéaire, rosée, non saillante, très-peu visible. La guérison est complète et s'est effectuée, on peut le dire, au bout d'une semaine de maladie. (*A suivre*).

REVUE CLINIQUE.

HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Du tremblement sénile.

Contrairement à l'opinion vulgaire, partagée du reste par quelques médecins, le *tremblement sénile* n'est pas commun. Une visite régulière, faite l'an dernier par M. Charcot dans tous les dortoirs de la Salpétrière, consacrée, on le sait, pour une large part aux vieillards, lui en avait procuré une dizaine de cas; une visite analogue, faite cette année, a été moins fructueuse car elle n'a fourni que les cinq vieilles femmes que M. Charcot a placées sous les yeux de ses auditeurs.

Souvent les littérateurs dramatiques ont dépeint dans leurs comédies les vieillards tremblant à l'excès de la tête et des membres. C'est là une erreur que Shakespeare, observateur aussi scrupuleux que grand poëte, a su éviter. Et, pour apporter la conviction dans les esprits, nous citerons, après M. Charcot, quelques passages, empruntés à plusieurs des drames de l'immortel poëte anglais.

Le premier est tiré du drame intitulé *Henri IV*. Dans la seconde scène du premier acte, le juge gourmande Falstaff pour avoir corrompu le prince de Galles. Falstaff, un instant, fait le jeune, ce qui amène le juge à lui répliquer dans les termes que voici :

« Osez-vous encore, dit-il, vous appeler un jeune homme. N'avez-vous pas l'œil larmoyant, la main sèche, le visage jaune, la barbe blanche, une jambe amaigrie, un ventre qui grossit? N'avez-vous pas la voix cassée, le menton épais, l'esprit mince? Enfin, tout n'est-il pas ravagé par la vieillesse, etc., etc. »

Comme on le voit, il n'est pas du tout question ici du tremblement. Dans la pièce « *Comme il vous plaira* » un des personnages de Shakespeare, Jacques, compare, on s'en souvient, le monde à un théâtre. Les hommes et les femmes sont les acteurs. Les actes de la pièce répondent à sept âges; le sixième à la première vieillesse; le septième à l'extrême vieillesse « qui vient finir cette histoire pleine d'étranges événements. C'est la deuxième enfance, état d'oubli profond où l'homme est sans dents, sans yeux, sans goût, sans rien. » Il n'est fait dans ce passage, de même que dans le précédent, aucune mention du tremblement. Ce n'est pas d'ailleurs seulement sur ce point des choses de la médecine que Shakespeare s'est montré un peintre fidèle, mais sur bien d'autres, assez nombreux pour qu'un médecin anglais, le Dr J. C. Bucknill ait pu en faire un livre plein d'enseignements même pour les gens du métier (1).

(1) *The med. Knowledge of Shakspeare*, London, 1860.

Si nous passons maintenant en revue les opinions des médecins, nous constatons qu'un certain nombre d'entre eux ont adopté le préjugé des gens du monde. Parlant des modifications qui surviennent du côté du système musculaire dans la vieillesse, L. Fleury dit « que l'on observe souvent le tremblement sénile (1). » Dans un article consacré au tremblement (2), nous lisons que « l'affaiblissement des parties qui en est le résultat (de la vieillesse) *donne presque constamment lieu au tremblement* » et qu'« *il est rare de voir un vieillard qui ne tremble pas.* »

Toutefois, il est juste de reconnaître que beaucoup de médecins n'ont pas indiqué le tremblement parmi les phénomènes qui caractérisent la vieillesse et parmi eux se rangent tous les écrivains qui se sont occupés spécialement des maladies de l'âge avancé. M. Charcot cite plus spécialement Day, Durand-Fardel, Malcomson, Geist et Bibra : ces auteurs ne décrivent même pas le tremblement sénile à titre d'état pathologique. Quelques cliniciens, du reste, ont protesté autrement que par le silence, tel est, entre autres, Trousseau.

« On a coutume, écrit-il, de dire que cette espèce de tremblement est un effet de la faiblesse que l'âge avancé entraîne avec lui ; mais, si le fait est vrai en quelques cas, il ne l'est plus d'une manière générale. D'une part, en effet, ce tremblement ne s'observe pas nécessairement chez tous les vieillards, même très-avancés en âge ; d'autre part, il se rencontre assez fréquemment chez des sujets dans l'âge mûr et même chez des adolescents (3). »

Ainsi que le fait remarquer M. Charcot, le tremblement dit sénile n'est pas la seule affection que l'on ait considérée alors comme un apanage de la vieillesse. Le *morbus coxæ senilis*, la *gangrène par oblitération artérielle* et dite *sénile* ne se voient pas à la Salpêtrière aussi fréquemment qu'on pourrait le croire, d'après le préjugé vulgaire.

Un simple coup d'œil jeté sur les cinq vieilles femmes que M. Charcot a montrées à ses auditeurs permet de voir en quoi consiste surtout le tremblement sénile. C'est principalement la tête qui est intéressée. Les mouvements dont elle est animée sont variables; les vieillards exécutent sans cesse tantôt les mouvements qui répondent à l'affirmation (flexion de la tête, puis extension) ou à la négation (mouvements de latéralité), tantôt et alternativement l'un ou l'autre de ces mouvements. Dans chacune de ces variétés, il existe une certaine uniformité, les mouvements qui la caractérisent se reproduisant à peu près dans un ordre régulier.

M. Charcot signale ensuite une autre variété, celle-là un peu plus complexe. Outre le tremblement de la tête, on note une trémulation intéressant la lèvre inférieure et le menton qui est branlant. C'est ce que les enfants, qui se moquent des vieillards, — cet âge est sans pitié, — appellent « faire la bouche de lapin » pour employer les expressions même de l'une des malades.

Le tremblement envahit quelquefois les mains. Pourtant, nous le répétons, c'est à la tête qu'il prédomine ; il n'est pas spécial aux personnes âgées, puisqu'on l'observe parfois, avec tous ses caractères, ainsi que l'ont noté divers auteurs et nous-mêmes, chez des individus qui sont encore jeunes ; diverses circonstances et principalement les contrariétés, les émotions, donnent lieu à des exacerbations de ce tremblement.

Il importe, de ne pas confondre le tremblement sénile avec les *spasmes rhythmés des muscles du cou*, lesquels éclatent dans les mêmes conditions que le tremblement sénile. En pareille occurence, la tête tourne toujours de gauche à droite ou de droite à gauche. Ces spasmes, dont notre maître a fait voir un curieux exemple l'an dernier, diffèrent du tremblement sénile, en particulier parce que celui-ci est plus rapide, moins régulier, se complique fréquemment soit de mouvements alternatifs de flexion et d'extension, soit de mouvements de la mâchoire inférieure.

Le tremblement sénile succède souvent à des émotions morales et se développe subitement. Afin qu'on puisse mieux se rendre compte de la vérité du tableau tracé par M. Charcot et que nous avons essayé de reproduire fidèlement au moins dans ses principaux traits, nous allons résumer en quelques mots les observations des malades que M. Charcot a présentées.

CAS I. — Mag..., 70 ans : Tremblement prédominant à la tête, ayant débuté subitement pendant la guerre, consécutivement à une peur causée par la vue d'un grand nombre de fédérés que l'on fusillait sous ses fenêtres. Les mains sautent parfois quand elle travaille à la couture ; quelquefois les jambes et le tronc tremblent.

CAS II. — Ki..., 68 ans : Tremblement de la tête surtout et du bras droit, survenu en 1871, à la suite d'une frayeur causée par la vue d'une « bombe » qui tua 5 ou 6 personnes en éclatant. Le tremblement se compose de mouvements de latéralité, de flexion et d'extension de la tête.

CAS III. — Meu..., 82 ans : Tremblement intéressant principalement la mâchoire inférieure. Cette femme prétend que sa maladie s'est développée brusquement après une émotion vive occasionnée, pendant la guerre, par la mort d'un de ses neveux qu'elle vit tuer sous ses yeux. Aussitôt, elle fut prise d'un tremblement général et tomba dans une sorte de léthargie. Lorsqu'elle revint à elle, le tremblement avait diminué, et s'était circonscrit. Peu à peu, depuis lors, il est devenu plus intense. Les contrariétés l'augmentent. La langue est respectée, la parole normale. Il y a, chez cette femme, un léger tremblement des pouces qui l'empêche d'enfiler son aiguille. Elle tremble plus de la main droite que de la gauche. Rien du côté des jambes.

CAS IV. — Blon..., 71 ans : Tremblement limité à la tête qui fait alternativement *oui* et *non*. Ce tremblement a paru en 1869, à la suite d'une peur déterminée par un accident de voiture : Elle faillit être écrasée. Quinze jours après, son mari s'aperçut de son tremblement : « On dirait, faisait-il remarquer, que tu dis toujours oui. » Quant à elle, elle ne s'était aperçu de rien. Le tremblement s'est aggravé progressivement et davantage depuis qu'elle est à la Salpêtrière. Pas de tremblement des mains ou de la mâchoire (1).

CAS V. — Pot..., 84 ans : Tremblement de la tête, sans participation de la mâchoire inférieure. Les mains sont libres. La malade est encore capable de coudre ; quelquefois, pourtant, elle ressent de petites secousses et se pique les doigts. Le tremblement a débuté il y a une vingtaine d'années.

Pour terminer cette esquisse du tremblement sénile, nous dirons que, jusqu'ici, l'*anatomie pathologique* n'a rien appris sur son compte ; nous ne connaissons pas son substratum anatomique. Quant au *traitement*, on peut avouer également qu'il est demeuré toujours impuissant.

BOURNEVILLE.

(1) *Cours d'hygiène*, t. II, p. 306.

(2) *Ancien Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1821.

(3) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 4e édition, t. II., p. 280.

(1) Lorsque ces malades écrivent, elles appuient fortement; les traits sont larges, épais. Veulent-elles tracer une ligne droite, joindre un point à un autre, il y a de temps en temps un petit crochet et plus le tremblement est prononcé, plus nombreux sont les crochets.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

La fièvre typhoïde à l'hôpital des Enfants-Malades.

M. Archambault vient de commencer ses leçons cliniques du vendredi. Le sujet du premier entretien a été une actualité : la fièvre typhoïde qui sévit en ce moment d'une manière épidémique sur les enfants, comme elle le fait chez les adultes. M. Archambault prend occasion de ce fait pour dire qu'on a peut-être trop facilement admis l'existence d'une pathologie de l'enfance, que certainement, aux premiers temps de la vie existent des affections qu'on ne retrouve plus chez l'adulte, mais que, sauf ces cas, qui devront être étudiés spécialement, on retrouve chez l'enfant les mêmes maladies que chez l'adulte, toutefois avec une expression symptomatique, une fréquence, une marche et des conséquences qui leur donnent quelque chose de spécial qu'il faut connaître. D'où il ressort que s'il n'existe pas une pathologie infantile, il y a certainement une clinique des maladies de l'enfance dont la notion précise est indispensable pour traiter utilement les jeunes malades.

Chaque fois qu'une maladie est commune aux adultes et aux enfants le professeur n'aura qu'à signaler les analogies et plus particulièrement les différences qui existent dans les deux cas. Les élèves pourront retrouver l'application de

toutes les notions qu'ils ont acquises dans les services de nos grands hôpitaux. Toutes les fois, au contraire, qu'une affection sera spéciale ou plus particulièrement propre à l'enfance, l'étude en sera faite plus complétement. De cette façon, M. Archambault espère dans le cours d'une seule année scolaire pouvoir passer en revue tout ce que la médecine infantile offre de principalement utile.

1° Les salles Saint-Louis et Sainte-Geneviève contiennent 26 fièvres typhoïdes sur 50 et quelques malades. Il y a 17 garçons et 9 filles ; ce qui viendrait en confirmation d'une règle admise par les uns, niée par les autres, mais généralement vraie, à savoir ; que la fièvre continue est plus fréquente chez le sexe masculin.

2° Le plus jeune des enfants atteints a 3 ans et demi, un autre 4 ans et demi, 5 autres 5 ans et au-dessus, ce qui est d'accord avec ce que l'on sait de la rareté de la fièvre typhoïde au-dessous de 3 ans. On la voit toutefois à 2 ans et même au-dessous, mais *très-exceptionnellement*. Quand une maladie est commune aux adultes et aux enfants, ceux-ci l'ont en général d'autant plus fréquemment qu'ils sont plus près de l'âge de la puberté.

3° Il n'y a pas un seul cas de transmission jusqu'à présent et la contagion ne paraît pas avoir joué un rôle évident, Deux frères ont eu la fièvre typhoïde, mais sont entrés à plus d'un mois d'intervalle l'un de l'autre. Une influence générale épidémique paraît la cause et non la transmission par contage. Pourtant, on voit souvent plusieurs enfants pris dans une même famille et il y a lieu de faire alors de l'isolement.

4° Tous les enfants présents dans les salles étaient d'une belle santé, exempts de diathèses : c'est encore là une règle connue.

5° Le début a été comme d'habitude insidieux, sous forme d'une fièvre rémittente, à exacerbation vespérale. Il est plus difficile encore chez l'enfant que chez l'adulte de dire quel jour la maladie a commencé. Néanmoins, chez quelques-uns des malades, le début a paru assez brusque et marqué par un frisson suivi de fièvre continue. Ces malades ont paru plus gravement atteints. Les signes subjectifs du début, comme le mal de tête, sont mal accusés par les enfants. L'épistaxis, qui n'a pas grande valeur, tant il est fréquent à cet âge, a souvent manqué dans l'épidémie actuelle.

6° Les formes sont les mêmes que chez l'adulte, pourtant il est une fièvre typhoïde bénigne (fièvre muqueuse) qui est plus fréquente, il y a souvent un défaut complet de stupeur. L'ensemble seul et surtout l'apparition de taches rosées permettent de faire le diagnostic. Ces cas ont été rares pendant l'épidémie actuelle. Les deux formes les plus fréquentes ont été l'adynamique et l'ataxique, la première surtout. Il ne suffit pas pour qu'une fièvre typhoïde soit dite ataxique qu'il y ait du délire, celui-ci est plus fréquent chez l'enfant ; s'il vient la nuit et s'il cesse le jour il n'indique pas une gravité particulière, même s'il existe pendant la journée un peu de somnolence. L'ataxie ou plutôt la forme cérébro-spinale se traduit surtout par un peu de contracture dans les membres, surtout du renversement de la tête en arrière et quelquefois ùn peu d'opisthotonos comme chez l'enfant du n° 9 qui a succombé.

7° L'enfant ne présente pas en général, même dans les cas graves, la sécheresse de la langue, les fuliginosités qu'on observe chez l'adulte. Plus souvent que chez ce dernier il est sujet aux vomissements au début. La diarrhée est loin d'être constante ; au n° 18 elle a manqué pendant tout le cours de la maladie, les purgatifs n'agissant que pour le jour de leur administratiou. L'épidémie a été remarquable par l'abondance de la diarrhée. Ce symptôme est quelquefois unique chez les enfants, il demande à être modéré ; il tient à ce que, en même temps que l'affection spéciale folliculaire, il y a de l'entérite. Une potiou légèrement opiacée avec bismuth a généralement été très-utile. Le ballonnement du ventre a été, et est en général très-modéré chez les enfants; quand il existe c'est un symptôme mauvais par lui-même et à cause de l'ensemble qui est généralement grave.

8° La température monte peut-être plus chez l'enfant que chez l'adulte ; les tracés recueillis et qui sont présentés aux élèves montrent que dans un très grand nombre de cas elle a été supérieure à 40° (prise dans le rectum). Un bon nombre de fois elle a atteint 41°. Quand ces températures ont eu de la tenue, l'ensemble était grave. Le plus souvent il y avait une défervescence considérable le matin, la température tombant souvent de deux degrés de façon à passer de 40°,5 à 38°,5, ou bien d'un degré et demi, ou bien d'un degré seulement. Quelle qu'ait été l'élevation de la température du soir, si elle tombe notablement le matin, on peut conclure de cette particularité que la température élevée du soir était un signe moins grave qu'on avait pu le supposer. Ce caractère de rémittence est plus accusé et plus ordinaire chez les enfants que chez l'adulte. Il est d'un bon augure. Les hautes températures fixes, ont été traitées par les bains, les lotions froides et le sulfate de quinine à la dose de 0,40 centigrammes pour un enfant de 10 ans. Les rémittences très-accusées et à exacerbations vespériennes très-fortes se sont bien trouvées du sulfate de quinine également. — Dans cette épidémie, l'augmentation du volume de la rate a été très-fréquente pour les cas intenses surtout.

9° La complication la plus grave a été celle qui tenait aux organes de la respiration (forme thoracique). La congestion pulmonaire, fréquente chez l'adulte, l'est plus encore chez l'enfant. Deux malades ont été enlevés par cette complication : chez l'un, on a trouvé des noyaux considérables de broncho-pneumonie, diagnostiqués pendant la vie en raison des râles bullaires fins et des bouffées de souffle ; — chez le second, il y avait une véritable hépatisation.

10° Point d'hémorrhagies intestinales, ni de perforation. Ces complications sont très-rares chez l'enfant parce que les lésions intestinales y sont moins graves ; les ulcérations, plus rares, sont moins profondes et la tunique celluleuse est généralement respectée.

11° La mortalité est moindre que chez les adultes en général et, dans l'épidémie actuelle, il en est de même. Le rapport de M. Besnier estime la mortalité à 35 pour 100 dans le dernier trimestre, et on ne la retrouve que de 11 pour 100 à l'hôpital des Enfants.

12° Ceux qui suivent le service ont pu voir que beaucoup d'enfants ont été mieux dans le second septenaire, que les plus malades ont présenté de la défervescence au 18e et 21e jour; cette défervescence s'est faite quelquefois d'une manière rapide ou plutôt brusque comme dans une phlegmasie.

13° Plusieurs fois, on a pu remarquer comment une ali-

mentation trop abondante à fait reparaitre la fièvre qui est retombée avec la diète relative.

14° M. Archambault n'entre pas dans le diagnostic différentiel qui, chez l'enfant, doit être fait avec : l'entérite, la méningite tuberculeuse, la tuberculose généralisée, la grippe et quelquefois même avec les fièvres éruptives. Il y reviendra à propos de ces affections.

15° Le traitement a été simple; quelques purgatifs doux, un traitement tonique consistant en limonade vineuse, potion au quinquina (2 grammes d'extrait) et 30 grammes de rhum, des bouillons et des potages, du musc, 0,50 centigrammes dans une potion en cas d'accidents cérébraux; les lotions ou bains contre l'élévation de la température, des ventouses sèches en grand nombre contre la congestion pulmonaire, etc. Eug. DECAUDIN.

Faculté de Médecine : Inauguration du cours de M. le professeur Parrot.

M. le professeur Parrot a commencé, mardi dernier, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le cours d'*Histoire de la médecine*, et a inauguré son enseignement par une leçon des plus remarquables, que nous n'essaierons pas d'analyser, mais qu'il faudrait reproduire *in extenso*.

M. Parrot avait à choisir entre deux voies qui lui étaient tracées par ses prédécesseurs dans cette chaire; il pouvait, comme Daremberg, envisager l'histoire de la médecine au point de vue de l'érudition, ou la prendre comme Lorain par le côté pratique. C'est cette dernière méthode qu'il se propose de suivre. L'histoire de la médecine ne doit pas être faite seulement dans un but spéculatif. ce qui serait un non-sens dans une école professionnelle; elle doit être immédiatement utile. En effet, la médecine est une science et non point un art. C'est ce qu'a parfaitement montré M. Parrot après un brillant parallèle entre l'artiste, qui se personnifie dans son œuvre à laquelle on ne pourra rien ajouter, et le savant qui profite des travaux de ses devanciers pour faire à son tour grogresser la sienne. M. Parrot nous a prouvé aussi, par un vivant exemple, qu'on peut-être à la fois un savant et un artiste.

Hôpital de la Pitié : M. Gallard.

Mardi dernier, 22 novembre, M. Gallard a repris devant un nombreux auditoire ses leçons de clinique médicale. Cette première conférence a été pour le professeur l'occasion de développer dans un brillant préambule son système d'enseignement clinique. Sans nier la valeur des données théoriques, sans refuser aux recherches de laboratoire la réelle importance qu'on doit leur attribuer, il ne les appellera que rarement à son aide, et plutôt pour compléter l'instruction des élèves que pour asseoir ses jugements diagnostiques. Familiariser l'étudiant en médecine avec l'examen du malade, l'habituer à poser un diagnostique raisonné et surtout à poser des indications pronostiques et thérapeutiques, tel sera son but constant à l'hôpital. — Quant aux leçons à l'amphithéâtre, elles ne peuvent être que le complément de ces exercices cliniques de tous les jours. Aussi les élèves seront-ils tous les matins exercés à l'interrogatoire des malades dont le professeur pose les règles à la fin de sa leçon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 novembre 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. LEVEN donne la relation d'un nouveau cas de mort rapide après la thoracentèse, l'état du pouls permet d'éliminer l'idée d'une syncope : l'examen du poumon dut faire repousser la pensée d'une congestion pulmonaire comme cause de la mort. On est ainsi conduit à admettre qu'elle est due à une irritatien du bulbe par l'intermédiaire du pneumogastrique ou du phrénique.

M. CHARCOT rapproche de ces faits à pathogénie obscure un phénomène singulier qu'il a observé plusieurs fois. C'est ainsi qu'il a vu dans son cabinet un individu goutteux et asthmatique tomber foudroyé au milieu d'une quinte de toux pour se relever sans présenter d'autre symptôme morbide. Pareille chose lui arrivait fréquemment. M. Charcot a observé plusieurs cas analogues à celui-ci. Il se demande en conséquence s'il existe un vertige laryngé que l'on doive rapprocher du vertige de Ménière. Il a lu dans un journal allemand l'observation d'un homme qui fut guéri d'accidents épileptiformes par l'ablation d'un polype du larynx.

M. LEVEN ajoute que chez sa malade la perte de connaissance fut précédée d'une violente quinte de toux.

M. LABORDE a obtenu par l'expérimation des résultats analogues. Si chez un chien on produit une pleurésie avec fistule broncho-pulmonaire, chaque fois qu'on fait des injections irritantes dans la plèvre, on détermine des attaques épileptiformes.

M. TRASBOT rappelle qu'on observe des phénomènes identiques sur le cheval lorsque, par la thoracentèse, on retire tout ou presque tout le liquide pleurétique, l'animal est pris de quintes de toux et tombe foudroyé. L'autopsie ne révèle pas dans ces cas l'existence d'une congestion pulmonaire.

M. ONIMUS fait une communication sur les effets de l'électrisation de différents nerfs et notamment du pneumo-gastrique. On ne doit pas toujours considérer l'excitation électrique comme comparable à l'excitation physiologique. En effet, l'application des courants induits, ordinaires donne lieu à environ 2000 secousses par minute : dans les conditions physiologiques, il en est à peu près ainsi pour les nerfs rachidiens, mais non pour les nerfs de la vie organique. Ainsi le nombre des excitations que subit le pneumo-gastrique est beaucoup moins élevé.

Continuant des expériences commencées avec M. Legros, M. Onimus a constaté qu'en diminuant considérablement le nombre des excitations, on n'obtient plus l'arrêt du cœur : c'est ce qui arrive s'il y a moins de 16 excitations par seconde. Lorsque le courant ne produit qu'une secousse par seconde, le cœur se contracte après chaque excitation. Pareilles expériences pratiquées sur l'intestin ont donné au point de vue des mouvements péristaltiques des résultats analogues.

M. CHARCOT rappelle la formule de Moleschott qui concorde avec les résultats de ces expériences : « le nerf pneumo-gastrique est un nerf comme les autres. »

M. GUBLER vient compléter l'histoire de la femme atteinte de glycosurie par suspension d'allaitement dont il a entretenu la Société dans la dernière séance. Sous l'influence d'un vésicatoire volant, appliqué sur le point douloureux, la glycosurie cessa brusquement. La spoliation artificielle due à ce révulsif a donc suffi pour faire disparaître le sucre des urines.

M. DE SINETY est heureux de voir ses conclusions et ses travaux sur la glycosurie des nourrices confirmées par les observations de M. Gubler. Seulement il en est arrivé à douter aujourd'hui de l'origine mammaire du sucre des urines : car des expériences récentes lui ont appris que le sang sortant des mamelles est moins riche en sucre que le sang qui leur est apporté par les artères. De plus, il croit pouvoir affirmer que le sucre des urines n'est pas de la lactose.

M. MAGNAN présente les organes d'un individu, buveur déterminé, dont le frère et le père avaient également succombé aux suites de l'alcoolisme. La cause de la mort fut une pleuro-pneumonie. Les lésions constatées peuvent ainsi se résu-

mer : plaques laiteuses sur les méninges : cœur volumineux, graisseux : points d'inflammation sur le péricarde viscéral avec adhérences entre les deux feuillets : foie gras avec cirrhose au début : muqueuse stomacale épaissie, congestionnée et ulcérée par places : pneumonie grise du côté droit. Vive injection avec fausses membranes sur la plèvre du même côté.

M. DASTRE étudie les rapports qui existent entre le sucre et l'oxygène du sang. Lorsqu'on soumet le chien à une asphyxie graduée, on voit la quantité de sucre contenue dans le sang augmenter à mesure que l'oxygène diminue : elle revient à la normale quand on suractive la respiration.

M. BERT fait remarquer qu'on ne peut poser comme une loi absolue que la quantité de sucre est en raison inverse de la proportion d'oxygène. Dans ses expériences sur l'action de l'oxygène à haute tension, il a toujours trouvé une grande augmentation de sucre. Il est vrai que, dans ce cas, les phénomènes d'oxydation sont moins prononcés qu'à l'état normal. De plus, pour pouvoir donner des conclusions définitives, il faudrait se débarrasser de l'acide carbonique, qui, accumulé dans le sang, paraît avoir pour action d'augmenter la quantité de sucre.

M. Cl BERNARD, tout en ne contestant pas l'intérêt de ces recherches, ne les croit pas de nature à résoudre la question de la glycosurie. Pour lui, la destruction du sucre dans le sang est due, non à une combustion, mais à une fermentation. De ses expériences, il résulte que c'est dans l'azote, et non dans l'oxygène, que le sucre se détruit le plus vite.

M. CADIAT, étudiant la disposition des muscles du périnée, a pu se convaincre qu'ils ne peuvent pas avoir pour action de comprimer les vaisseaux de la région sur une coupe. On voit en effet que le muscle de Wilson est constitué par un triangle musculaire, appliqué sur l'urèthre, tandis que les vaisseaux sont tous en dehors : il en est de même au niveau du muscle de Guthrie.

M. Cadiat fait une seconde communication sur les vaisseaux de la pie-mère. Des injections lui ont prouvé qu'il existe des anastomoses nombreuses entre les artères qui forment un véritable réseau à mailles plus ou moins larges. Dans le cours de ses recherches, M. Cadiat a observé un fait singulier : lorsqu'on pousse une injection fixe dans la carotide, le premier organe injecté est le foie : la pie-mère ne l'est presque pas au début. En même temps, le système veineux est complétement gorgé de liquide, c'est par son intermédiaire que le foie s'injecte. M. Cadiat ne peut pas s'expliquer ce fait autrement, qu'en admettant des communications directes entre les artères et les veines ; il est donc conduit à croire à l'existence des vaisseaux de Sucquet.

M. DURET maintient les conclusions de son mémoire sur les artères de la pie-mère : les anastomoses artérielles existent, mais elles sont peu nombreuses et n'ont pas une grande influence sur la circulation cérébrale. On peut voir sur les injections à la gélatine faites par M. Cadiat lui-même que les anastomoses sont beaucoup plus rares, qu'elles ne le paraissent sur ses injections opaques. On peut s'en convaincre lorsqu'on se sert non d'injections opaques, mais d'injections transparentes à la gélatine, par exemple. Les faits d'anatomie pathologique viennent du reste à l'appui de cette manière de voir. Comme M. Sappey, il ne croit pas à l'existence des vaisseaux de Sucquet. Lorsqu'on fait des injections il y a toujours une partie du système capillaire qui s'injecte et la source d'écoulement est alors suffisante pour expliquer le retour par les veines. Cela se voit facilement pour le cerveau, pour le poumon, etc.

M. BERT rappelle l'expérience de M. Vulpian, qui prouve que les vaisseaux de Sucquet n'existent pas. Lorsqu'on injecte de la poudre de lycopode dans une artère, il n'en passe jamais dans les veines, ce qui prouve bien que les voies de communication entre ces deux ordres de vaisseaux sont capillaires.

M. CADIAT persiste dans ses conclusions : répondant à M. Bert, il dit avoir vu le vermillon passer des artères dans les veines.

M. REGNARD attire l'attention de la Société sur une épidémie de tétanie qui a éclaté dans le village de Gentilly : 28 filles de l'école primaire, ainsi que l'institutrice, présentent actuellement cette singulière affection. Une école de garçons contiguë a été respectée par l'épidémie. MM. J. Simon et Regnard se sont rendus à Gentilly, sans pouvoir déterminer la cause de cette épidémie.

M. BADAL présente à la Société un nouvel ophthalmoscope à réfraction. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. Alph. GUÉRIN appelle l'attention de ses collègues sur un jeune enfant qui présente des pustules vaccinales ulcéreuses. Cet enfant a été vacciné le lendemain de sa naissance; huit jours après, son virus fut inoculé à son frère aîné, chez lequel les pustules se développèrent régulièrement. Le plus jeune, au contraire, présente des phénomènes particuliers; sur le bras gauche, en effet, existent trois ulcérations profondes, correspondant aux pustules elles-mêmes; sur le bras droit, on constate une ulcération ayant toutes les apparences d'un chancre induré, en même temps que l'existence d'une périostose; enfin les ganglions ne sont pas engorgés. En présence de l'hypothèse d'accidents tertiaires anticipés, de l'absence de plaques muqueuses et de l'inactivité du même virus sur un autre sujet, M. Alph. Guérin est d'avis qu'il s'agit d'une affection strumeuse.

M. GUBLER a observé ces formes graves de la vaccine qui peuvent en imposer pour des accidents de la syphilis. Lorsque les enfants sont vaccinés de bonne heure, les pustules acquièrent un développement excessif et peuvent donner lieu à des ulcérations profondes non seulement du derme, mais aussi du tissu cellulaire sous-cutané.

M. LARREY ayant remarqué ces accidents chez des jeunes soldats revaccinés, les attribuait à une fatigue prématurée des bras.

M. DEPAUL pense que les faits relatifs au malade de M. A. Guérin ne démontrent nullement la syphilis vaccinale.

M. Ed. METZQUER donne lecture d'un mémoire sur la non inoculabilité de la tuberculose et résume son travail dans les conclusions suivantes; on produit, par l'inoculation de différentes substances et du tubercule en particulier, des nodules pulmonaires que l'on peut confondre avec le tubercule vrai.

Le distinction, à une certaine période de l'évolution des nodules, est impossible à établir entre les deux productions. Le seul moyen d'arriver à un diagnostic certain est de laisser vivre les animaux. Si l'on étudie avec soin les phénomènes intimes de l'inoculation, on voit qu'ils se réduisent à une hypérémie, due aux thromboses résultant de la section des veinules aux points d'inoculation, à une irritation produite sur les tissus par la substance employée, puis à de l'inflammation consécutive, à des transports emboliques par les voies veineuses et lymphatiques, non-seulement des particules inoculées, mais encore et surtout des débris de caillots. Ces petits bouchons lancés dans la circulation échouent dans le poumon et là se reproduit une véritable auto-inoculation où la série des phénomènes que nous venons d'étudier pour la blessure cutanée se manifeste de nouveau en passant par les mêmes phases c'est-à-dire : hypérémie, déchirure vasculaire ou infarctus, irritation, phlogose ou pneumonie alvéolaire, abcès interlobulaires et enfin resorption. — L'Académie se forme en comité secret à 4 heures 15. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 17 novembre 1876. — PRÉSIDENCE DE M. DESPRÉS.

A la suite d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Budin, Després, Bourneville, Houel, Joffroy, Landouzy, la Société adopte la rédaction suivante des articles 6, 7 et 53 de son Règlement :

Article 6. Le président est chargé de diriger les séances et de veiller à l'exécution du règlement. Il est nommé pour deux ans et rééligible.

Article 7. Les deux vice-présidents sont chargés de rempla-

cer le président absent ou empêché. Ils sont nommés pour un an et sont rééligibles.

Article 53. La séance annuelle aura lieu le *second vendredi de decembre.*

Séances de juin 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Méningite cérébro-spinale chez une femme en couches; par M. Ferdinand DREYFOUS, interne des hôpitaux.

Coulon, Fanny, 32 ans, domestique, entre le 17 juin dans le service de M. DUMONTPALLIER.

Antécédents. — Il y a six ans, au moment de la guerre, elle fut soignée par M. Lasègue. Elle avait à cette époque une « *main rétractée.* » Depuis, elle a eu successivement les autres membres atteints, et elle est restée, à dater de ce moment, toujours assise avec les cuisses rapprochées du corps et fléchies sur le tronc, et les jambes fléchies sur les cuisses. A certains moments toutefois, il y avait des améliorations. Et même dans ces derniers temps, il y eut, dit le mari, une amélioration assez marquée pour que la malade pût porter les bras au-dessus de la tête.

Elle tousse depuis un mois seulement et n'a jamais craché de sang, mais elle expectorait en toussant des crachats blanchâtres. Il y a 4 ans, elle eut, pour un temps seulement, les mâchoires serrées; il fallait la faire manger. Depuis, elle avait pu, d'une main, trier des chiffons avec son mari. L'intelligence était restée intacte. Elle a toujours bien mangé, jusqu'aux derniers jours. Pas de vomissements. Constipation habituelle durant 8 ou 15 jours; sauf dans les derniers temps, miction régulière. Elle avait repris un peu, et si ses membres étaient toujours aussi maigres, son corps avait paru gagner en embonpoint. Mais depuis quelque temps, elle avait maigri de nouveau.

Elle n'a jamais eu une menstruation bien régulière. Elle eut, il y a 18 mois, un enfant qui vit sans que cette grossesse ait retenti sur son état, sans qu'elle ait eu, ni pendant ni avant ni depuis, des convulsions, ou des attaques de nerfs d'aucune espèce. Elle fut de nouveau enceinte et arriva à terme sans accident. Cependant, il y a environ 8 jours, elle eut une révolution : un homme la menaça, voulut « lui faire du mal » et depuis cette époque elle a toujours eu de violents maux de tête, tantôt au front, tantôt à l'occiput (peut-être, plutôt à gauche). Elle s'est plainte aussi de maux de dents atroces.

La nuit du 15 au 16, elle cessa de parler, et perdit connaissance le 16 au matin. Le même jour, à 4 heures, elle accoucha. L'accouchement se passa régulièrement, comme la grossesse. Mais dans la journée du 16 au 17, elle fut prise de vomissements bilieux. C'est dans ces circonstances que son mari la fit transporter à l'hôpital. Cette femme était dans un état de maigreur extrême. Elle portait les marques de la misère la plus profonde; je n'ai sur elle aucun autre renseignement, que ce qui suit: Elle est accouchée hier à 4 heures du soir. L'accouchement s'est bien passé, mais un peu avant terme (huit mois).

17 juin. Soir. *Etat actuel.* Décubitus dorsal ; perte complète de connaissance, regard fixe, pas de strabisme, mâchonnements fréquents.

Face rouge, la tête légèrement inclinée à gauche est appuyée sur l'oreille, et difficile à soulever à cause de la roideur du cou, de sorte que la tête et le tronc se soulèvent tout d'une pièce. Les *membres supérieurs* sont rapprochés du corps, les mains et les avant-bras reposent sur la poitrine. Les avant-bras, fléchis à angle droit, ne peuvent être étendus. Le long supinateur forme une corde dure, si on essaie de les étendre. A droite, la main est dans une légère flexion, avec flexion forcée des 4 doigts et une légère abduction des mêmes doigts. Le pouce est dans l'extension et simplement appliqué sur les autres doigts; il n'est point roide et se laisse écarter des autres. Au contraire, dès qu'on cherche à étendre ou à écarter de la main les autres doigts, on provoque un cri de la part de la malade, gémissement qui s'accompagne d'un mouvement du membre. A gauche, main simplement étendue, pas de roideur.

Membres inférieurs. Cuisses toutes deux fléchies sur le tronc. Genoux écartés. Jambes fléchies sur les cuisses dont on ne peut les écarter; pas de paralysie appréciable, pas de contractures aux pieds, pas de trépidation provoquée : sensibilité peut-être moindre à l'avant et au bras gauche. *Ventre* ni gros, ni ballonné. *Sens.* La vue ne paraît pas complétement abolie ; la lumière, l'approche d'un objet quelconque, du doigt, par exemple, la font gémir. Pupille gauche dilatée. La malade ne paraît rien entendre, même quand on lui crie dans l'oreille.

De temps en temps survient une sorte d'attaque convulsive; la main droite se relève, et l'avant-bras devient vertical pendant quelques minutes. Le membre inférieur droit entre en mouvement et cependant le membre supérieur revient à sa position première et s'applique à nouveau sur le tronc. Tonique au membre supérieur, le mouvement convulsif est plutôt clonique au membre inférieur. L'accélération de la respiration complète cette petite attaque. Elle se produit à intervalles fréquents, mais sans régularité. Rien d'appréciable au cœur ni aux poumons, sauf de la matité au sommet droit. Respiration accélérée, irrégulière, tantôt forte et fréquente, tantôt lente et plus faible. A certains moments, il semble même qu'elle s'arrête complétement. Pouls fréquent: 140. Température : 40° 5. — Urines. On la sonde, on retire environ 200 gr. d'urine, qui examinée avec l'acide nitrique seul, ou combiné à la chaleur, d'une part, de l'autre avec la liqueur de Bareswil n'offre pas de trace d'albumine ni de sucre. En présence de ces symptômes me fondant sur l'examen négatif des urines et de la température élevée, je diagnostique: ***Méningite cérébro-spinale.***

AUTOPSIE faite trente heures après la mort. — *Aspect général.* La putréfaction est peu avancée; l'état de contracture des membres supérieurs et inférieurs a fait place à une rigidité cadavérique très-marquée, qui maintient les membres dans la situation où elle les a trouvés, les doigts des mains dans une flexion forcée, surtout à droite, les pieds rapprochés, les cuisses fléchies sur le tronc et les jambes sur les cuisses. Cette roideur est telle qu'on ne peut, sans une grande force et sans produire de violents craquements dans les genoux, mettre le cadavre en position, pour l'ouverture.

Cavité thoracique. Plèvres : quelques gouttes de liquide séreux des 2 côtés ; à gauche, au sommet, des adhérences. Poumons: Des deux côtés aux sommets on trouve d'abord au simple palper une portion indurée, limitée en hauteur dans une étendue de 5 à 6 centimètres. Rien à la surface même. A la coupe, on y voit de petites cavités contenant un pus concret: en le détachant on aperçoit sur les parois des granulations tuberculeuses. De même dans les parties voisines, sont des granulations tuberculeuses reconnaissables par leur transparence, leur facile isolement d'avec les tissus qui les entourent, elles infiltrent des deux côtés le sommet du poumon. Quant au reste de cette organe, il y a simplement de la splénisation hypostatique. — *Cœur.* Péricarde : pas de liquide, pas d'altération. Le cœur a gardé sa consistance, et à la simple vue, la fibre ne paraît pas altérée. — Valvules saines : coloration rouge de tout l'endocarde due à l'imbibition cadavérique. La cloison inter-ventriculaire dans sa partie supérieure au-dessus des sigmoïdes est mince, transparente et réduite aux 2 feuillets de l'endocarde adossés.

Cavité abdominale : Pas de liquide dans le péritoine. ***Rate*** : Un peu friable. *Foie* : N'est pas augmenté de volume, n'offre qu'une coloration un peu pâle femme nouvellement accouchée et point d'altération jaune paille si fréquente chez les phthisiques. *Reins* : Pas d'abcès. Coloration pâle de la substance corticale des deux reins; elle est en même temps affaissée, si bien que les pyramides font saillie sur la surface de section. — Pas de tubercules. *Estomac* : Çà et là, quelques plaques rougeâtres. Glandes très-saillantes, en un point une légère érosion. *Intestin grêle* : Rien d'appréciable. *Gros intestin* : De nombreuses ulcérations, dont une large de 0,03 et longue de 4 ou 5, occupant le bord libre, à direction transversale, à bords abruptes, occupent le cœcum et le côlon ascendant. *Utérus* : Bien revenu sur lui-même; à sa face interne encore à nu, la muqueuse nouvelle est encore molle, blanchâtre, friable; on reconnaît l'insertion placentaire.

Pas de pus aux angles de l'utérus. Un kyste des trompes.

— Veines utéro-ovariennes volumineuses, contenant du sang très-noir. Pas de pus. On n'en trouve pas la moindre trace dans la veine circulaire du col de l'utérus.

Cavité crânienne : Os d'épaisseur normale, faciles à couper; dure-mère non adhérente à la table interne de l'os. *Arachnoïde* : Le liquide arachnoïdien n'est pas augmenté; son feuillet viscéral paraît encore transparent, et au-dessus de lui se voit dans les différents sillons la coloration verdâtre du pus. L'espace sous-arachnoïdien : est rempli de pus sec, encroûté qui dissèque les circonvolutions cérébrales; pie-mère encroûtée de pus (adhérente).

Siége de l'altération : Si l'on compare d'une façon générale les surfaces de la base, et de la convexité du cerveau, on voit que, entre toutes les circonvolutions de la surface convexe, les sillons sont occupés par le pus et les fausses membranes.

A la base, les circonvolutions cérébrales ne sont pas atteintes; la lésion s'est réfugiée à la face inférieure de la protubérance, du bulbe et du cervelet et aussi à la face supérieure du cervelet, où l'on voit toutefois moins de pus qu'à sa face inférieure. En résumé tous les confluents du liquide sous-arachnoïdien sont les lieux d'élection des lésions, mais surtout dans le confluent antérieur ou inférieur. Si l'on écarte les circonvolutions qui forment la lèvre supérieure et l'inférieure de la scissure de Sylvius, ce que l'on fait avec une grande facilité, on ne voit à ce niveau que du pus et des fausses membranes flottant dans le liquide, et pas de tubercules. En isolant ces différentes parties, on remarque un ramollissement des couches tout-à-fait superficielles des circonvolutions, ce qui contraste avec la consistance générale du cerveau, qui au contraire est augmentée.

Cavités ventriculaires : En enlevant le cerveau on vit un pus liquide, sortant au niveau de la fente de Bichat. La coupe pratiquée en arrière du chiasma des nerfs optiques, verticale et transversale, fait voir ce qui suit :

Du liquide louche et du pus dans les ventricules latéraux, venant surtout de la partie postérieure de la corne occipitale. En ouvrant les ventricules, on trouve les plexus choroïdes épaissis : quant au septum lucidum et à la voûte à 3 piliers, leur consistance est ferme et plutôt augmentée que diminuée. Le 4e ventricule est sain : Rien à la coupe du cervelet ni du bulbe ou de la protubérance :

Cavité rachidienne : En enlevant la moelle, un liquide purulent s'écoule à l'extrémité inférieure du canal. Il suffit de toucher du doigt la moelle pour constater une induration très-nette; elle rappelle presque la dureté du cordon enflammé et paraît encore plus marquée au renflement cervico-dorsal. En incisant la dure-mère, on constate que des fausses membranes encroûtées de pus et du pus recouvrent la surface de la moelle. Isolée au niveau de sa portion dorsale, cette surface paraît saine et se laisse séparer facilement des parties qui la recouvrent. A la coupe, la moelle paraît saine.

Réflexions. Ce fait de *méningite cérébro-spinale suppurée* chez une femme enceinte et tuberculeuse nous paraît intéressant d'abord à cause de la rareté même de l'affection chez les femmes en couches. On trouve un exemple analogue dans une thèse de 1875 intitulée : *Un cas de méningite cérébro-spinale suppurée, chez une femme en couches* par M. Larregui. Avons-nous affaire à une méningite chez une tuberculeuse, ou à une méningite tuberculeuse proprement dite? Il n'est pas possible, en effet, de rattacher cette méningite suppurée à une infection purulente, puisqu'il n'y a d'abcès dans aucun des viscères et surtout rien dans l'utérus.

Le siége de la lésion plus marquée à la convexité, et l'absence de ramollissement de la cloison et de la voûte à trois piliers, sont-elles des raisons suffisantes pour refuser de reconnaître toute relation entre la lésion pulmonaire et les lésions cérébro-spinales? Et dans le cas où ce serait une méningite tuberculeuse quelle part a eu la grossesse sur son développement. Quant au diagnostic topographique, il est impossible dans un cas pareil de rien préciser. — Remarquons toutefois l'absence du délire, qui serait, suivant les classiques, le signe d'une méningite de la convexité du cerveau. Enfin je rappellerai ces phénomènes bizarres de contracture datant de six ans. — il nous est impossible de savoir à quoi les rattacher. Y a-t-il quelque rapport à établir entre les accidents anciens et les accidents récents? Nous posons seulement ces questions sans chercher à les résoudre.

Urines chyleuses ; par M. Alb. Robin, interne des hôpitaux.

M. Robin présente des urines chyleuses. — Il s'agit d'une dame qui depuis trois ans rend, le matin seulement, des urines de cette nature. Le décubitus paraît avoir une influence réelle sur leur production. Le microscope montre que ces urines sont constituées par des débris cellulaires, des granulations très-fines animées de mouvement brownien, mais on n'y reconnaît aucune goutelette graisseuse. Elles ne contiennent ni albumine ni sucre, et seulement $\frac{1}{3}$ de la proportion normale d'urée.

M. Rendu. La malade n'aurait-elle pas eu auparavant des hématuries ? Dans une thèse récente, M. Crevaux a signalé que la chylurie des pays chauds alterne souvent avec l'hématurie.

M. Renaut. Dans les cas d'urines chyleuses, il semble qu'il y ait eu une diapédèse très-marquée : l'urine contient en effet des globules blancs et rouges, mais dans une proportion inverse de la normale.— Je voudrais en outre savoir si M. Robin a examiné de cette urine au point de vue des parasites qu'elle pourrait peut-être renfermer.

M. Robin. Cet examen sera fait. En attendant, la quantité de sels que contient cette urine semble la rapprocher beaucoup du chyle.

M. Homolle. Cette malade a-t-elle des dilatations lymphatiques ? Quelques médecins des pays chauds ont attribué la chylurie à l'existence de varices lymphatiques. Des médecins de l'Inde ont signalé la coexistence de chylurie, de varices lymphatiques de l'aine et du scrotum, et même de l'éléphantiasis. Ils ont attribué ces altérations lymphatiques à la présence d'un parasite du genre filaria.

Kyste hydatique du foie, ouvert dans le canal cholédoque ; par MM. Butruille et Vinache, externes des hôpitaux.

La femme qui fait le sujet de cette observation est entrée le 9 juin 1876, dans le service de M. G. Sée, à la Charité (salle Sainte-Anne, n° 1); c'est une femme de 26 ans, mécanicienne, qui fait remonter au dimanche 4 juin, le début de son affection. Ce jour-là, elle fut prise de frisson et de point de côté et présenta en même temps une toux peu intense et une gêne assez légère de la respiration.

Cette femme, enceinte de six mois, déclare avoir toujours présenté un ventre plus gros que ne le comportait sa grossesse et, vers la fin du mois de mai, la sage-femme qu'elle consultait pour des douleurs de reins lui faisait remarquer qu'elle avait la jaunisse et quelques troubles gastriques attribués à la grossesse.

La dyspnée s'accentuant, le point de côté devenant de plus en plus insupportable, la toux plus fréquente amenant des crachats visqueux et sanguinolents, la malade garda définitivement le lit le 7 juin.

Le 8, on lui posa 28 ventouses sur la poitrine et elle entra à l'hôpital le 9 juin. Le soir de son entrée, on constate une dyspnée extrêmement intense, qui donne de suite l'idée d'une pneumonie étendue : la malade se plaint d'une douleur très-accusée, siégeant à la base du thorax et à la partie antérieure du flanc droit et de là irradiant dans tout l'abdomen, douleur que la moindre pression provoque ou exagère. Les urines contiennent une forte proportion de pigments biliaires dont la présence est décélée par l'acide nitrique et la teinture d'iode. Depuis quinze jours, au dire de la malade, les matières sont décolorées et présentent la teinte du café au lait. — T. A. 41°7; P. 100.

Outre ces signes fonctionnels, on constate les signes physiques suivants : le ventre est volumineux, plus volumineux qu'il ne l'est ordinairement chez les femmes enceintes de six mois ; l'exploration du foie permet de constater une augmentation de volume de l'organe qui est dur et peut être légèrement bosselé.

Par l'examen de la poitrine, on constate du côté droit une matité absolue remontant jusqu'au niveau de l'épine de l'o-

moplate : les vibrations thoraciques sont abolies, mais ne se perçoivent pas non plus du côté opposé, en raison de la faiblesse de la voix. Le bruit respiratoire fait complétement défaut à la base ; plus haut, au niveau de la limite supérieure de la matité, on trouve un souffle bronchique très-fort, et lorsque la malade parle, un retentissement très-fort de la voix qui est légèrement chevrotante. Le souffle s'entend presque jusqu'au sommet, mais c'est simplement le fait de la propagation. En avant, la respiration est à peu près normale.

Il ne semble donc pas douteux qu'il existe une affection aiguë de l'appareil respiratoire ; mais si l'accablement de la malade et l'ensemble des phénomènes généraux et des troubles fonctionnels semble indiquer une pneumonie, l'examen physique fait admettre qu'il s'agit plus probablement d'une pleurésie affectant la région diaphragmatique.

10 *Juin*. La malade garde le décubitus dorsal, toute autre position augmentant la dyspnée ; elle tousse peu, mais sa toux amène quelques crachats visqueux, sanguinolents, en un mot des crachats de pneumonie. La malade se plaint aussi de constipation. Coloration ictérique très-intense, douleurs très-vives à la région hépatique ; T. 39° 2, *soir*.

11 *Juin*. T. 39° 2. — La pleurésie ne semble pas pouvoir être mise en doute ; il y a même ce matin de l'égophonie très-nette. La malade est prise de douleurs utérines : le col de l'utérus est légèrement dilaté.

12 *Juin*. La malade fait une fausse couche et expulse un fœtus d'environ six mois... tout se passe normalement. L'ictère est toujours aussi marqué, ainsi que tous les signes mentionnés précédemment.

13 *et* 14 *juin*. Même état, la température oscille entre 38° et 39°.

15 *juin*. La malade est réveillée dans la nuit du 15 au 16 par un violent accès de colique hépatique, crise qui se prolonge presque pendant la journée du 16, qui augmente singulièrement la douleur abdominale et rend impossible l'examen de cette région.

16 *juin*. Vomissements répétés plusieurs fois pendant la journée ; la dyspnée ne se calme nullement. La douleur de l'hypochondre rend difficile l'examen de la poitrine.

17 *juin*. La crise de colique hépatique a cessé, mais la malade vomit encore plusieurs fois, pendant la journée ; elle éprouve du dégoût et de la répugnance pour toute espèce d'aliment.

18 *juin*. La malade a une nouvelle colique qui dure quelques heures. De plus, elle perd par le vagin une quantité abondante de sang, mêlé de caillots, qui répand une odeur fétide. Douleurs de côté, dypsnée, toux, T. 38°.5. La malade a eu une selle très-décolorée, dans laquelle on trouve une sorte de fausse membrane qu'on soupçonne être un débris de membrane hydatique.

19 *juin*. Même état, la dyspnée augmente, l'ictère est plus marqué, quelques frissons pendant la journée, douleurs très-vives dans l'hypochondre ; ascite. — 20 *juin*. La malade meurt.

AUTOPSIE. 24 heures après le décès. Teinte ictérique de toute la peau, ventre considérablement distendu et sillonné de veines nombreuses. A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une grande quantité de sérosité colorée en jaune ; tous les tissus sont imprégnés de pigment biliaire.

Le *foie* est extrêmement volumineux, il est aplati, déformé ; son extrémité gauche se trouve dans l'hypochondre correspondant et refoule les autres viscères. Dans le lobe droit on trouve un kyste énorme ayant presque le volume de la tête d'un adulte, refoulant en haut le diaphragme et faisant une saillie très-prononcée sur la face convexe de l'organe. Ce kyste est adhérent aux parties voisines : il faut le disséquer pour le séparer du diaphragme.

Dans son intérieur nage, au milieu d'un liquide purulent et fétide, d'une coloration rappelant celle du pus de mauvaise nature, une quantité innombrable de vésicules hydatiques de volume variable ; quelques-unes suppurent ; l'une d'elles présente le volume du poing ; leur enveloppe est colorée par la matière biliaire.

Les conduits biliaires communiquent avec ce kyste ; la vésicule considérable distendue et épaissie ne paraît pas contenir d'hydatides ; mais le canal cholédoque présente à quelques centimètres avant son embouchure dans le duodénum, une membrane implantée sur la muqueuse et qui offre quelques vésicules très-petites.

Les *poumons* et surtout le droit, sont ratatinés d'une manière remarquable. La plèvre droite ne présente pas de liquide, mais le poumon est le siége d'une congestion très-manifeste.

Le *cœur* est flasque comme le cœur des femmes enceintes. Les autres organes ne présentent d'autre particularité que celle d'être imprégnés de pigment biliaire. Le *rein* droit adhère au foie, mais ne présente pas d'hydatide.

M. SEVESTRE. Ce fait est intéressant à plusieurs points de vue sur lesquels je demande la permission d'attirer l'attention. Je signalerai tout d'abord le contraste entre les signes physiques constatés pendant la vie et les résultats de l'autopsie. Ainsi que l'a dit M. Butruille, on trouvait à la base droite une matité absolue dont il est facile aujourd'hui de se rendre compte ; mais il y avait aussi un souffle bronchique frès-net et du retentissement de la voix ; quelques jours après l'entrée de la malade, on trouvait une *égophonie* des plus nettes, et cependant à l'autopsie, on ne put constater la plus petite quantiié de liquide dans la plèvre. L'égophonie aurait-elle été due dans ce cas aux vibrations communiquées au liquide du kyste, de sorte que la voix aurait produit une sorte de frémissement hydatique ; c'est une opinion que l'on peut émettre, mais qui reste à l'état d'hypothèse. Il est dit dans l'observation que la malade rendit par les garde-robes des membranes.

En effet, l'infirmière me montra un soir des membranes qui avaient été expulsées avec les matières fécales ; je plaçai ces membranes dans un verre avec de l'eau, et elles me parurent présenter tous les caractères des membranes hydatiques. Je me proposais de les examiner au microscope le lendemain matin ; malheureusement elles avaient été jetées et la malade n'en rendit pas d'autres. Aujourd'hui il ne me semble pas douteux qu'il s'agissait en effet de membranes hydatiques, et que le kyste commençait alors à se vider par les voies biliaires et l'intestin. Les coliques hépatiques ressenties par la malade n'avaient probablement pas d'autre cause. J'ai présenté en 1873 un cas dans lequel le kyste se vidait dans l'intestin ; la poche était en quelque sorte à cheval sur le canal cholédoque, son extrémité antérieure flottait dans le duodénum alors que sa partie postérieure était encore dans la poche hépatique. Plusieurs autres faits analogues avaient été rappelés à cette occasion.

Dans le fait actuel, le diagnostic de kyste hydatique n'avait pas été fait, si ce n'est au moment où j'avais vu les membranes évacuées avec les matières fécales.

La complexité des phénomènes rendait la diagnostic très-difficile, et ces difficultés étaient encore augmentées par l'état d'affaissement dans lequel se trouvait la malade, dont on pouvait à peine tirer quelques renseignements.

Cancer généralisé ; par M. J. DAVE, interne des hôpitaux.

Donat..., Marie, 61 ans, entre le 16 avril 1876, salle Sainte-Mathilde, lit n° 19, à l'hôpital Lariboisière (service de M. RAYNAUD).

Cette malade, depuis longtemps dans les hôpitaux, où elle avait fait plusieurs séjours, présente les phénomènes suivants : Le palper abdominal révèle la présence dans la fosse iliaque gauche d'une tumeur dure, multilobée, très-douloureuse à la pression. Elle est du volume d'une tête d'enfant à peu près et ne peut être nettement délimitée à cause de l'empâtement de voisinage. Néanmoins il est certain quelle s'est développée aux dépens de l'ovaire gauche. Le ventre est rouge, tendu, très-douloureux, et présente une dilatation considérable du réseau veineux sous-cutané, dilatation qui s'étend jusqu'aux veines de l'aisselle.

Par le toucher vaginal, on constate que le col utérin est normal, mais que le fond de l'utérus est enclavé dans une masse solide qui remplit tont le petit bassin.

L'exploration, tant par le toucher que par le palper, est extrêmement douloureuse. En outre, la malade accuse des douleurs spontanées, lancinantes, continues, qui empêchent le sommeil d'une façon absolue. Pas de diarrhée, pas de pertes utérines. Facies cachectique au plus haut degré. L'ensemble

de ces phénomènes fait poser à M. Raynaud le diagnostic suivant : *Cancer du petit bassin* ayant son point de départ dans l'ovaire gauche et généralisé à la plupart des organes internes.

Bientôt à ces phénomènes s'en ajoutent d'autres : œdème du membre supérieur gauche; puis, le 1er *mai*, on constate dans la jugulaire externe gauche l'existence d'un caillot qui occupe toute sa longueur et qui persistera jusqu'à la mort de la malade en se rétractant. Il se termine inférieurement à l'abouchement de la veine dans la sous-clavière et est divisé en deux parties par le cordon du bonnet de la malade.

Les jours suivants, l'œdème envahit la moitié gauche du corps, puis la partie droite de la face, puis enfin l'ensemble du tissu cellulaire.

Le 13 *juin*, on constate la présence d'un épanchement pleural à gauche. — Le 15 *juin*, mort.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve le petit bassin occupé par une *tumeur* volumineuse, blanchâtre, dure, irrégulière, englobant la plupart des organes et soudée en outre aux anses intestinales voisines par de nombreuses adhérences. Pas de liquide dans la cavité péritonéale. La symphyse étant fendue, on enlève la masse cancéreuse et avec elle, qu'ils soient contenus dans son épaisseur, ou simplement adhérents à sa surface, le vagin, l'utérus, les ovaires, la vessie, le rectum, l'S iliaque.

La dissection de la pièce montre les faits suivants : il est impossible de retrouver l'*ovaire gauche* ainsi que la trompe correspondante, au milieu de la masse cancéreuse. A la coupe, cette dernière est dure, comme cartilagineuse, blanchâtre, et présente à sa partie postérieure, dans son épaisseur même, deux kystes : l'un du volume d'une orange est rempli de pus; l'autre, gros comme un œuf, renferme un liquide blanchâtre qui doit sa couleur à des paillettes de cholestérine qu'il tient probablement en suspension.

La masse, tout en envahissant le fond de l'*utérus* par sa corne gauche, ne l'a pas tellement englobé qu'on ne puisse l'en distinguer. Il présente dans l'épaisseur même de sa paroi une tumeur de même nature que la tumeur principale et de la grosseur d'une aveline; il en existe une autre, toujours dans la paroi utérine, à l'union du corps et du col. Enfin il en existe plusieurs autres pédiculées et faisant saillie sous le péritoine qui recouvre l'utérus.

Le *vagin*, *l'ovaire droit* et la *trompe droite* sont absolument sains. — La vessie présente quelques petits noyaux dans son épaisseur. — Pas de noyaux dans le péritoine ni les ganglions pelviens ou abdominaux.

Les deux *reins* présentent des lésions analogues : on y remarque une hydronéphrose assez marquée, sans qu'il y ait de dilatation de l'uretère, et sans que la fonction urinaire ait paru troublée pendant la vie. Tous deux sont envahis par la dégénérescence cancéreuse : la moitié supérieure du rein droit, divers points du rein gauche, sont envahis par des noyaux de grosseur variable; en outre, il y a au hile du dernier une masse de la grosseur d'une noix, développée probablement aux dépens d'un gauglion lymphatique, et qui parait avoir comprimé l'uretère à sa sortie même du bassinet. Le *foie* présente au niveau de son hile un ganglion cancéreux de la grosseur d'une noix : il existe en outre quelques noyaux dans son parenchyme. Dans le lobe droit, il en est un de la grosseur d'un pois; dans le lobe gauche, un autre atteint les dimensions d'un petit œuf.

Le *cœur* est sain dans sa moitié gauche : dans le cœur droit, au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire il y a une masse de même nature que les précédentes, du volume d'un œuf de pigeon, masse qui se prolonge dans l'épaisseur des fibres du ventricule, fort dure à la pression et d'un blanc jaunâtre. Le *péricarde* renferme un peu de sérosité. — Epanchement séreux d'un litre environ dans la *plèvre gauche* ; rien du côté droit. Dans le *poumon gauche*, un peu d'emphysème vers le bord tranchant, nombreux noyaux cancéreux, gros comme un pois au plus, disséminés dans le lobe inférieur surtout. Un noyau d'*apoplexie pulmonaire* gros comme une aveline, dans le même lobe. Au devant du hile du *poumon droit*, masse grosse comme une pomme, assez irrégulière.

Enfin la *veine jugulaire externe* gauche est occupée toute entière par un caillot; c'est le seul que le système veineux ait présenté. Faut-il n'y voir qu'une de ces thromboses si fréquentes dans les cachexies, la cancéreuse surtout ? Ou bien, dans ce cas particulier, son apparition n'est-elle pas liée à la gêne que devait apporter à la circulation veineuse le noyau trouvé dans l'épaisseur du ventricule droit ? Il serait alors peut-être permis de se demander si dans un cas analogue, une thrombose fixe, non mobile comme la plupart des thromboses cachectiques ne ferait pas soupçonner que la généralisation a atteint le cœur droit.

M. HOMOLLE. On peut rencontrer des thromboses de la jugulaire dans différents cas de cachexie alors même qu'il n'existe aucune cause locale qui explique leur production.

Pleurésie purulente droite chez un tuberculeux. Empyème de nécessité. Mort. Tuberculose unilatérale des voies urinaires supérieures; par M. GAUDERON, interne des hôpitaux.

Vend..., 19 ans, entre à la salle Saint-Henri (service de M. GUYOT) le 26 avril 1876. Ce jeune homme est né de parents vivant encore et bien portants : il a un frère et une sœur dont la santé est excellente, et lui-même n'a jamais eu de maladie sérieuse. Il ne présente pas de traces de scrofule et n'accuse pas d'excès alcooliques. Venu à Paris en 1874, il y gagnait avec peine sa vie comme journalier.

En *octobre* 1875, il entre à l'Hôtel-Dieu pour une pleurésie du côté droit, qui ne nécessite pas de thoracentèse. Le 30 *novembre* 1875, il est envoyé à Vincennes où il contracte, le 14 décembre, une variole qui exige vingt jours de séjour au lit. Après cette variole, il prend une seconde pleurésie à droite, pour laquelle il rentre à l'Hôtel-Dieu le 25 janvier 1876. Cette pleurésie est traitée par les toniques, l'huile de foie de morue; il n'est pas question de thoracentèse. Le malade n'avait jamais eu d'hémoptysie, mais depuis sa variole, il avait maigri beaucoup, perdu ses forces et son appétit, il avait un mouvement fébrile tous les soirs, et expectorait des crachats muco-purulents. Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, le malade avait commencé à remarquer qu'une tumeur molle se formait sur la face antérieure droite de la poitrine. Le malade sortit de l'Hôtel-Dieu le 19 avril et, à partir de ce jour, commença à avoir la voix enrouée et la déglutition difficile.

Le 26 *avril* 1876, il entre dans le service. *Etat actuel*. Le jour de son entrée, le malade présentait tous les signes d'un épanchement pleural occupant toute la hauteur de la cavité pleurale. Il y avait de plus sur la face antérieure du thorax, à droite et un peu plus en dehors de la ligne mamelonnaire, une tumeur molle, fluctuante, mate à la percussion, réductible dans la poitrine, ayant le volume d'un œuf et présentant à sa surface un point un peu plus mince que les autres. Ces signes, joints aux symptômes généraux très-graves, aux symptômes d'une suppuration profonde, firent établir le diagnostic de pleurésie purulente avec perforation de la plèvre et formation d'un abcès sous-cutané communiquant avec la cavité pleurale. Le malade présentait, outre cela, les signes d'une excavation tuberculeuse du sommet du poumon gauche.

Il avait la respiration fréquente, pénible, ses ongles étaient cyanosés. L'abaissement du foie au-dessous du rebord chondro-costal témoignait de l'abondance de l'épanchement. Il avait une fièvre continuelle, qui redoublait d'intensité vers le soir. Son appétit était à peu près nul : il n'avait ni diarrhée, ni vomissement. Les urines examinées au moyen de la chaleur et de l'acide nitrique ne contenaient pas d'albumine, le malade ne se plaignait d'aucune souffrance, d'aucune gêne dans l'urination, aucun symptôme n'avait attiré antérieurement son attention du côté des organes génito-urinaires.

OPÉRATION. Je lui pratiquai au niveau de son abcès thoracique, un empyème de nécessité, il s'écoula environ 2 litres 1/2 de pus assez bien lié, sans flocons pseudo-membraneux et sans aucune odeur. Après un lavage de la plèvre à l'eau tiède, un siphon Potain fut installé à demeure, des lavages de la plèvre furent faits chaque jour au nombre de 3, avec un liquide désinfectant composé de :

Eau	1.000 g.
Chloral	1 g.
Teinture d'eucalyptus	1 g.

Les forces du malade furent soutenues au moyen de préparations, dans lesquelles entraient le rhum, le café et l'extrait de quinquina. Sous l'influence de ce traitement, la fièvre diminua, les forces et l'appétit se relevèrent, l'état général s'améliora beaucoup, mais pour un temps seulement. Dès le 1er *mai*, la température remonta à 40°, le pus devint fétide, et continua à s'écouler en assez grande quantité (quatre à cinq cuillérées par lavage).

Vers le 10 *mai*, le malade eut des hémorrhagies pleurales qui obligèrent à suspendre les lavages pendant 24 heures. Dans la suite, ces hémorrhagies se renouvelèrent et contribuèrent à épuiser le malade.

A partir du moment de son entrée, les urines furent examinées tous les quatre jours; on n'y trouva pas trace d'albumine avant le 16 mai. L'urine était recueillie chaque jour et jamais elle n'eut la coloration d'une urine renfermant du sang.

Le malade ne se plaignit jamais, ni d'envies fréquentes d'uriner, ni de douleurs pendant la miction. L'attention ne fut par conséquent jamais attirée du côté des organes génito-urinaires.

14 *mai*. Le malade fit remarquer que ses jambes étaient œdématiées.

16 *mai*. L'urine traitée par la chaleur et l'acide nitrique contenait de l'albumine en quantité assez considérable pour donner un nuage très-épais. — A partir de ce jour, le malade alla en s'affaiblissant, sans jamais présenter aucun symptôme nouveau du côté des voies urinaires. La mort arriva le 26 *mai*, juste un mois après l'opération d'empyème.

Autopsie. — La *plèvre droite* est remplie de pus gris-noirâtre, dont la coloration est due sans doute au mélange de sang et de pus. Au milieu du pus flottent d'épais flocons pseudo-membraneux. Les parois pulmonaire et costale de la plèvre sont séparées par un intervalle assez considérable et sont tapissées d'une couche épaisse de fausses membranes gris-noirâtres et mamelonnées à la surface. La cavité pleurale communique avec l'extérieur par un orifice de la dimension d'une pièce de 50 cent. limité par les 5e et 6e côtes qui sont dénudées. Le *poumon droit* a environ le 1/4 de son volume normal : il crépite encore et peut être insuflé incomplétement. A son sommet, plusieurs petites excavations tuberculeuses, autour desquelles on trouve des tubercules en voie de ramollissement. Au sommet du poumon droit, on trouve également une caverne tuberculeuse du volume d'un petit œuf de poule, et entourée d'une zone d'infiltration tuberculeuse. — Rien à noter du côté du *cœur*. — Le *foie* est volumineux et a subi la dégénérescence graisseuse.

C'est sur l'appareil urinaire que je désire surtout appeler l'attention. Le *rein gauche* est volumineux, son enveloppe fibreuse s'enlève facilement : sa coupe est lisse, luisante, avec un aspect graisseux de la substance corticale et une congestion intense des pyramides de Malpighi. Il est coupé en fragments très-petits et ni dans son intérieur, ni à la surface il n'est possible de trouver une seule granulation tuberculeuse. Les calices, le bassinet, l'uretère gauches sont examinées avec soin, ouverts dans toute leur longueur et il n'est pas possible d'y trouver une seule granulation tuberculeuse.

Le *rein droit*, avec le même volume et le même aspect général à la surface et à la coupe que le rein gauche, présente, en outre, à sa surface environ dix granulations tuberculeuses. Sur une coupe longitudinale du rein, on peut apercevoir quinze à vingt tubercules en voie de ramollissement; aucun n'est encore arrivé à former une excavation. Les calices, le bassinet, l'uretère sont fendus dans le sens de leur longueur; la muqueuse est tapissée de granulations tuberculeuses grises confluentes et séparées l'une de l'autre par de petits intervalles de coloration rouge très-intense; en outre sur chacun de ces segments des voies urinaires, on constate l'existence d'un assez grand nombre d'ulcérations tuberculeuses arrondies, entourées d'un cercle rouge, présentant à leur surface une coloration gris-jaunâtre et tapissées de petites concrétions calcaires. A quelques centimètres du bassinet, l'uretère a pris sur une longueur de 4 cent. environ l'épaisseur et la consistance d'un fort tuyau de pipe; à cet endroit sa paroi est blanche à la coupe, épaisse de 5 millimètres; la surface de l'uretère, en cet endroit, n'est qu'une grande ulcération gris-jaunâtre et tapissée de concrétions calcaires très-abondantes.

La *vessie* est de petit volume, ses parois sont très-épaissies et sa muqueuse présente à sa surface vingt à vingt cinq ulcérations tout à fait comparables comme aspect à des pustules ulcérées de variole : leur dimension varie entre celle d'un pois et celle d'une pièce de 20 centimes; elles sont entourées d'une auréole rouge, leurs bords sont élevés au-dessus de la muqueuse; leur surface est gris-jaunâtre, et on retrouve sur cette surface les même concrétions calcaires signalées dans les ulcérations des uretères.

Une de ces ulcérations, la plus étendue, siége au niveau du col et se prolonge sur la face inférieure de la portion prostatique de l'urèthre. — L'*urèthre* fendu dans toute sa longueur ne contient pas d'autre ulcération. Les *vésicules séminales* disséquées avec soin, examinées à leur surface et sur des coupes, ne présentent pas de tubercules. La *prostate* coupée par tranches transversales minces ne renferme pas non plus de tubercules.

Mal de Pott; compression de la moelle ; paraplégie troubles, trophiques et syntômes de myelite ; phlegmatia. Mort rapide ; par M. le Dr Couty, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

Le cas suivant de compression de la moelle nous parait se distinguer par la marche rapide et la nature des accidents, de l'affection classique si bien décrite par M. Charcot et d'autres observateurs; mais ce fait ne pouvant être discuté utilement qu'après l'examen histologique de la moelle, nous allons simplement le résumer.

X..., vigoureux garçon de 25 ans, entré le 25 *février* 1876, dans le service de M. Villemin. Ses membres inférieurs engourdis et affaiblis depuis le 10 février, sont notablement parésiés; il marche en trainant, ne peut supporter aucun fardeau, etc.; légère diminution de la sensibilité des membres inférieurs; pas de troubles trophiques ou autres; déviation en arrière anguleuse mais régulière, de la colonne dorsale, ayant son sommet à la 6e vertèbre; le malade ne s'était jamais aperçu de cette saillie anormale, il n'a jamais eu de douleurs névralgiques ou d'autres symptômes.

Du 1er au 15 *mars*, la marche devient complétement impossible; l'anesthésie augmente; la miction est lente, paresseuse; l'excitabilité réflexe plantaire est abolie; les extrémités sont froides, et les sueurs y sont légèrement augmentées; aux extrémités supérieures les mains seulement, sont congestionnées par place, légèrement cyanosées.

Du 15 au 30 *mars*. Plus de mouvement volontaire des membres inférieurs : la sensibilité aux températures persiste seule et les autres excitations provoquent à certains jours des sensations associées.

Du 1er au 15 *avril*. Les mouvements d'ensemble, imprimés au tronc ou membres inférieurs paralysés, provoquent quelquefois dans les membres des contractures passagères durant 30 à 60 secondes. La contractilité des muscles des membres inférieurs examinée avec les courants faradiques est diminuée. La miction est plus difficile : le jet tardif, se fait lentement, en plusieurs fois. Les membres sont toujours froids. Temp. plantaire 26°, 28° etc; temp. palmaire 24° 8, 26° etc; les pieds sont devenus secs; les mains sont toujours cyanosées et suantes.

Du 15 au 30 *avril*. Les contractures momentanées sont plus fréquentes et surviennent même spontanément; elles portent toujours sur tout un membre, ou sur les deux et non sur un seul groupe musculaire. L'anesthésie jusqu'à l'ombilic est complète. La miction devient involontaire; mais le malade peut encore les premiers jours, quand il sent l'urine couler goutte à goutte, en provoquer volontairement l'expulsion. A cette période la vessie a été d'abord distendue pendant quelques jours, puis elle a repris son volume normal.

Du 1er au 15 *mai*. Il y a encore des contractures complètes, momentanées; mais même dans leur intervalle les membres

sont dans un état de semi contracture permanente, sans secousses fibrillaires: l'excitabilité reflexe plantaire est devenue considérable. Les pieds, les jambes sont secs et comme pytiriasiques; les mains sont toujours congestionnées et suent abondamment par le moindre effort. T. plantaire 30°,31° T. palmaire 25°. L'écoulement involontaire de l'urine est continuel; ce liquide dont la composition était toujours restée normale, est devenu trouble, louche, alcalin. Dès sa sortie de la vessie, qui n'est pas distendue, et avant qu'on ait eu recours à la sonde, il contient au moment de son émission des cristaux d'urate d'ammoniaque et de phosphate ammoniaco-magnésien abondants. L'*état général* du malade, son appétit, sa nutrition étaient jusque là restés convenables, normaux, malgré le séjour au lit; quand le 7 mai surviennent des frissons, de la fièvre vespéral; le 12, toux sans point de côté, ni gêne respiratoire notable. On constate un épanchement pleurétique gauche, qui, augmentant les jours suivants, nécessite la thoracentèse. Le 15, on extrait 3 litres 1/2 d'un liquide limpide, légèrement hémorrhagique, très-riche en gaz.

La résolution de la pleurésie est déjà complète quand le 17, on constate un œdème de tout le membre inférieur gauche devenu considérable les jours suivants; et malgré l'absence de symptôme douloureux, M. Villemin diagnostique une phlegmatia alba dolens, siégeant dans la veine iliaque; car l'œdème remonte jusqu'à la fesse. On constate qu'à cette période les urines toujours involontaires sont devenues très-peu abondantes, 1/2 litre par jour en moyenne; et surtout elles ont cessé d'être alcalines; plus de phosphates ni d'urates.

Vers le 25 *mai*, les symptômes musculaires et anesthésiques étant toujours les mêmes, la contracture permanente des membres inférieurs plus marquée; l'œdème du membre gauche est maximum : les urines deviennent abondantes, et même augmentées : 2 litres 1/2 à certains jours; de plus la vessie se distend pour la seconde fois, si bien que le 1er juin, pour la première fois, on sonde le malade; les jours suivants, le malade urine en comprimant lui-même avec ses mains sa vessie distendue, qui remonte 3 ou 4 cent. au-dessous de l'ombilic. Le 7 juin, la distension de la vessie a cessé d'être appréciable, l'écoulement involontaire, qui a toujours persisté, suffisant à la miction. L'urine pendant cette période a toujours été acide, limpide, couleur citron.

Pendant les premiers jours de juin, l'œdème a envahi le membre inférieur droit; en commençant par le pied, mais il a été plus lent, et est resté moindre que du côté gauche.

Le 7 *juin* on a constaté une rougeur vésiculeuse au niveau du sacrum; le 6 deux plaques rouges érythémateuses aux épines iliaques postérieures; des plaques d'eschares avec zône d'élimination et véritables clapiers purulents se forment les jours suivants en ces points et en d'autres. En même temps sur la cuisse droite distendue par l'œdème se forme, probablement par suite du contract de l'urine, une inflammation quasi érysipélateuse qui s'étendra à toute la cuisse, à la fesse et même sur les côtés de l'abdomen.

Sous l'influence de ces lésions, la fièvre a augmenté; l'état général du malade est devenu grave : nausées, vomissements, inappétence complète, facies tiré, etc.; le 13 juin, l'urine est noirâtre, fétide, les autres jours elle est acide, jusqu'au 20, où elle redevient et reste alcaline jusqu'à la mort avec dépôt de phosphates et d'urates, etc., la vessie gardant du reste son volume normal; le 21, surdité incomplète, hébétude; de plus diarrhée abondante; le 23, arthrite du coude droit, regardée comme pyohémique; tous les symptômes s'aggravent; le 26 mort.

La température axillaire était devenue fébrile depuis le 8 mai; variant entre 38° et 39° jusqu'au 22 mai; entre 37 et 38 jusqu'au 5 juin; elle était ensuite remontée entre 39° et 40°. La température palmaire et plantaire a été prise presque chaque jour depuis le 13 mai et voici ce que l'on a constaté; pendant la pleurésie, la température palmaire au lieu de varier entre 26° et 30°, s'est élevée entre 34 et 37° : la température palmaire est restée à peu près stationnaire; au contraire, pendant les lésions inflammatoires et gangréneuses du bassin et de la cuisse, la température palmaire est restée à peu près stationnaire entre 30° et 34°, et la température plantaire s'est élevée entre 34° et 40°.

Autopsie faite près de 40 heures après la mort. — Membres inférieurs distendus par l'œdème, surtout le gauche; *eschares* très-larges, la plupart ulcérées, au niveau du scrotum, des épines iliaques postérieures, des saillies trochantériennes et ischiatiques, et même aux angles inférieurs de l'omoplate.— Pus assez abondant dans l'articulation huméro-cubitale gauche.

Foie volumineux; poids 1,950 gr.; déprimé par le doigt, jaune à la surface et à la coupe. Sur cette coupe jaune uniforme trauchent des foyers noir foncé, multiples, de la grosseur d'une noisette à une noix, sans variation appréciable de la consistance.

Rate poids 280 gr.; assez consistante; surface pâle, anémie; à la coupe, larges foyers noirâtres, tranchant sur le tissu normal, sous forme spéciale, conique ou autre. *Reins* auémiés : petits points hémorrhagiques répandus irrégulièrement dans la substance corticale et tubuleuse, et dont les caractères comme ceux des autres lésions pyohémiques du foie et de la rate, n'ont pu être étudiés complétement à cause de l'état de putréfaction déjà avancée du cadavre.

Les bassinets, les uretères étaient énormément distendus, leurs tuniques amincies, mais normales; la vessie assez petite avait une muqueuse entièrement saine, et ses tuniques musculeuses paraissaient peut-être épaissies.

La *veine iliaque* gauche est disséquée avec soin; elle contient un caillot volumineux; noir foncé, consistant à son centre, remplissant complètement le calibre de la veine, mais sans adhérer intimement à ses parois. Ce caillot descend dans l'hypogastrique et assez bas vers la crurale; il remonte dans la veine cave sur une longueur de 5 à 6 centimètres, en s'effilant. Assez volumineux au niveau de la bifurcation, même à ce niveau, il ne remplit qu'incomplètement le calibre de la veine cave, dont les parois distendues sont séparées du caillot par un espace assez large; ce caillot se prolonge aussi dans la veine iliaque droite sur une étendue de 4 à 5 centimètres, mais sans oblitérer complétement son calibre.

Pas d'abcès par congestion dans la cavité abdominale; au niveau la face antérieure des vertèbres dorso-lombaires, le périoste est très épaissi, décollé par places, et recouvre des collections peu volumineuses, rénitentes sans fluctuation bien uette. La poche la plus volumineuse, située au niveau de la douzième dorsale et de la première lombaire, est ouverte. Elle contient quatre à cinq cuillerées d'une matière semi-liquide, jaunâtre, crémeuse, épaisse : il y a quelques autres collections, moins importantes, le long des vertèbres dorso-lombaires.

Le corps de toutes les vertèbres de la deuxième dorsale à la troisième lombaire est altéré; il n'y a pas d'exostoses, ni des lésions profondes, diffuses. La face antérieure du corps de ces vertèbres est seule creusée de petites cavités anfractueuses, très-nombreuses, peu profondes, grosses comme une amande environ ou moins; cavités remplies pour la plupart de cette matière caséeuse, jaunâtre, plus ou moins adhérente. La surface antérieure des corps vertébraux étant seule ainsi creusée irrégulièrement, le reste du tissu osseux parait sain, rouge par places, et peut-être un peu plus consistant.

Les cartilages intra-vertébraux paraissent sains, hormis celui situé entre la sixième et le septième vertèbre dorsale, qui a complétement disparu; les deux corps vertébraux correspondants, au lieu d'être simplement érodés sur leur face antérieure, ont disparu en partie, et ont perdu la moitié au moins de leur hauteur par usure de leurs surfaces osseuses en contact. Ces surfaces, surtout celle qui correspond à la sixième dorsale, sont obliquement taillés en biseau, d'avant en arrière, de telle sorte que ces deux vertèbres, faisant saillie vers le canal vertébral, servent de sommet à un angle très-obtus formé par l'incurvation en arrière de toute la colonne dorsale. — Les articulations costo-vertébrales ou vertébrales paraissent saines, ainsi que les surfaces osseuses et le périoste intra-vertébral; pas de collection purulente faisant saillie dans le canal rachidien. Les méninges sont saines, non adhérentes et seulement légèrement épaissies et rouges au niveau de la sixième vertèbre dorsale. La moelle à la surface et à la coupe paraît normale dans ses différents points comme consistance

et coloration. Elle est placée dans une solution d'acide chronique et sera examinée au microscope après durcissement.

Séance du 7 juillet. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

I. Atrophie sénile symétrique des pariétaux; par M. FÉRÉ, interne provisoire des hôpitaux.

M. FÉRÉ montre à la Société quatre calottes crâniennes qui proviennent de vieilles femmes de la Salpêtrière, âgées de 79 à 88 ans; elles présentent toutes la même lésion, un amincissement symétrique de la partie postéro-supérieure des pariétaux.

Sur deux de ces crânes, l'ossification des sutures est très-avancée, et on peut à peine distinguer quelques dentelures au niveau des sutures antérieures; sur les deux autres les sutures coronales sont très-apparentes, et on trouve encore des traces de la suture métopique; sur tous, les artères méningées ont tracé des sillons profonds à la surface interne.

Sur un de ces crânes qui appartenait à la femme la moins âgée (79 ans), l'atrophie est moins avancée: à gauche, elle se présente sous la forme d'une plaque transparente presque circulaire de 30mm. de diamètre; à droite, la plaque amincie est plus étendue, elliptique; le grand diamètre antéro-postérieur est de 43mm.

Sur un autre crâne (80 ans), la plaque transparente a 45mm. dans son plus grand diamètre à gauche; à droite 70mm.

Sur un troisième (84 ans), la plaque atrophiée présente un diamètre antéro-postérieur de 38mm, à gauche; ce diamètre atteint 60mm. à droite.

Ces trois pièces présentent la forme ordinaire de l'atrophie sénile symétrique des pariétaux. Sur toutes l'amincissement s'est produit aux dépens du diploé qui disparait (Rokitansky) et de la lame externe qui s'atrophie (Virchow): aussi la déformation porte-t-elle exclusivement sur la face externe de l'os qui est déprimée, tandis que la face interne ne présente aucune modification. Au niveau de l'atrophie, l'os est devenu transparent, son épaisseur est souvent de moins d'un millimètre et il est constitué seulement par la table interne et une mince lamelle de la table externe qui nulle part ne disparait complétement, à moins de perforation totale, de sorte que la surface de la dépression extérieure présente toujours un aspect lisse et analogue à celui des parties voisines.

Autour de la dépression, on remarque un épaississement en forme de bourrelet qui parait d'autant plus saillant que l'atrophie est plus prononcée; ces bourrelets paraissent formés par l'épaississement du diploé. Sur ces trois crânes, on voit bien aussi la forme elliptique des plaques d'atrophie, dont le grand axe est dirigé d'arrière en avant et en même temps de dedans en dehors. Jamais on ne voit l'atrophie s'avancer en dehors jusqu'à la ligne courbe temporale qui ordinairement est marquée par un bourrelet saillant; en dedans, elle s'arrête au moins à un centimètre de la ligne médiane.

Sur le quatrième crâne (88 ans), la lésion s'éloigne un peu du type ordinaire: elle est à peu près aussi étendue d'un côté que de l'autre; mais ces plaques transparentes ont une forme irrégulière qui prête mal à la mensuration; de chaque côté, l'atrophie se présente comme une traînée d'un peu plus d'un centimètre de large qui se dirige d'abord de dedans en dehors et un peu d'arrière en avant vers la ligne temporale, et qui arrivée à un centimètre de cette ligne représentée par une crête saillante, se recourbe pour lui devenir parallèle et se dirige directement en arrière.

Sur toutes ces pièces, comme sur celles qui ont été décrites [illegible], le degré d'amincissement et de transparence parait en raison directe de l'étendue de la plaque atrophiée.

On observe assez rarement la perforation complète de l'os: et quand elle existe, elle se produit le plus souvent au niveau d'une branche de la méningée moyenne qui use la table interne. On peut voir cette particularité sur la 4e pièce.

L'atrophie des os du crâne dans la vieillesse était bien connue [illegible]: Oribase l'attribuait à la calvitie qui aurait [illegible] dessèchement des parties molles et de l'os; Fallope [illegible] plus tard cette interprétation. Mais l'atrophie limitée des pariétaux n'a été bien décrite que depuis Béclard et Cruveilhier; l'étude histologique et chimique des os atrophiés a été faite plus tard en Allemagne par Rokitansky, Virchow, etc.

Dans ces dernières années, on a présenté isolément à la Société anatomique un certain nombre de pièces analogues à celles-ci. On a attribué la production de cette atrophie limitée à des causes très-diverses. La trophonévrose faciale produit assez souvent des troubles de nutrition des os; mais l'atrophie en masse d'un segment d'un os est bien plus fréquente que l'amincissement localisé. Et en outre, dans cette maladie qui se présente avec des caractères spéciaux et est ordinairement unilatérale, la lésion osseuse se prolonge rarement jusqu'à la région pariétale et n'y est jamais limitée.

M. Desprès (*Soc. anat.*, janv. 1870) a donné une autre explication qui pourrait rendre compte de la symétrie de la lésion. Il fait jouer un rôle aux contractions du muscle occipito-frontal qui produirait une usure de la surface externe de l'os. Mais l'état de la lame externe qui n'a jamais complétement disparu nous empêche d'admettre cette action de la contraction musculaire qui d'ailleurs n'expliquerait pas la localisation exclusive de la lésion sur la partie postérieure du pariétal. L'atrophie sénile symétrique des pariétaux occupe en effet toujours la même région. Sauvages (*Recherches sur l'état sénile du crâne.* Th. Paris, 1869) avait déjà fait remarquer qu'elle paraissait débuter et prédominait ordinairement au niveau de l'espace interforaminal, et les quatre pièces que je présente viennent à l'appui de son dire. Cette localisation exclusive, et la symétrie de la lésion m'ont porté à chercher sa cause dans le développement et l'évolution de l'os.

Le développement du pariétal a été étudié dans ces derniers temps par M. Broca (*Bull. Soc. anthrop.*, 18 mars et 20 mai 1875). Cet os se développe par un point d'ossification unique qui apparaît au 45e jour de la vie intra-utérine à l'endroit où sera la bosse pariétale. De ce point partent de nombreuses aiguilles divergentes disposées en deux couches représentant les 2 lames compactes. Les fibrilles de la couche profonde s'allongent plus vite que celles de la couche superficielle et arrivent plutôt à la périphérie. Quand les deux couches de fibrilles sont arrivées à la limite de l'os elles se réunissent pour former un épaississement en bourrelet déjà indiqué par Albinus et décrit par Breschet. Ce bourrelet est plutôt complet vers l'angle antéro-inférieur; il reste plus longtemps interrompu un peu en avant de l'angle postéro-supérieur. Sur des fœtus de 5 à 6 mois on trouve toujours les fibrilles divergentes moins serrées au niveau de ce point où le bourrelet périphérique se forme.

Ce détail de l'ossification du pariétal explique la localisation des arrêts de développement qu'on y observe, et qui siégent toujours dans le même point, à 2 centimètres ou un peu plus en avant du lambda: tels sont les incisures pariétales et les fontanelles sagittales accessoires.

M. Broca a démontré que les trous pariétaux qui peuvent offrir des dimensions considérables et présenter jusqu'à trois centimètres de diamètre comme dans le cas de M. Larrey, sont une trace de ces arrêts de développement. On peut voir quelquefois chez de jeunes sujets ces trous reliés à la suture sagittale par une fissure rectiligne. Mais qu'il y ait arrêt de développement ou non, c'est toujours dans la région de trous pariétaux, *région de l'obélion* (entre les trois cinquièmes antérieurs et le cinquième postérieur de la suture sagittale), que le travail d'ossification est le moins énergique; et ce défaut d'énergie se traduit par la simplicité de la suture à ce niveau et sa soudure précoce au moins dans les races blanches. L'atrophie sénile symétrique des pariétaux a son siége constant dans cette région. Cette localisation exclusive et la symétrie montrent que la lésion est en rapport intime avec l'évolution du pariétal, dont l'atrophie commence par les points où le développement a été le plus pénible.

Cette série de phénomènes de l'évolution du pariétal n'est d'ailleurs pas spéciale à cet os, on la retrouve dans toutes les parties du squelette: toujours la soudure des extrémités et des épiphyses des os longs se fait dans un ordre inverse de celui de l'apparition de leurs points d'ossification; et on voit sur le fémur, par exemple, comme sur le pariétal, que la ra-

réfaction du tissu osseux se manifeste d'abord et surtout dans la région où les soudures se sont effectuées les premières, sur le col.

Il est encore une circonstance qui vient à l'appui de l'opinion que je soutiens : M. Sauvage (*Recherches sur l'état sénile du crâne* ; Th. Paris, 1869) a déjà indiqué la prédominance de l'atrophie des pariétaux à droite : sur 26 cas dont les dimensions ont été notées, 24 fois elle était plus prononcée à droite, 7 fois elle l'était plus à gauche, et 5 fois seulement elle était égale des 2 côtés. Sur 3 des pièces que je présente, la lésion est aussi plus marquée à droite. Il est important de remarquer qu'à cette prédominance de l'atrophie du côté droit correspond une fréquence plus considérable du trou pariétal à droite.

J'ai passé en revue les statistiques de MM. Barkow, Broca et Augier (Recherches sur le développement des pariétaux à la région sagittale, Th. Paris, 1875,) qui donnent la relation de 1,000 crânes environ. J'ai tenu compte seulement des cas bien nets. De cet examen j'ai pu tirer les conclusions suivantes :

Dans un tiers des cas il n'existe pas de trous pariétaux ; dans un autre tiers environ il en existe un seul ; dans le dernier tiers il y a deux trous pariétaux ; exceptionnellement il y en a trois.

Quand il existe un seul trou pariétal, 164 fois sur 265 il est à droite. Quand il existe deux trous inégaux, 53 fois sur 82 le plus grand est à droite. Quand il y a trois trous pariétaux 9 fois sur 12 il y en a 2 à droite.

Un autre point important de l'histoire de ces atrophies symétriques, est la fréquence bien plus considérable chez la femme. M. Sauvage dit que sur 28 cas dont le sexe a été noté, 22 étaient des femmes ; nos observations viennent a l'appui de ce dire : sur 175 autopsies faites à la Salpétrière, j'ai rencontré 7 fois cette lésion ; à Bicêtre, où j'ai fait ou vu faire environ 60 autopsies, je ne l'ai jamais rencontrée, bien que je l'ai cherchée avec soin. Il serait intéressant de savoir si l'arrêt de développement du pariétal n'est pas aussi plus fréquent chez la femme ; mais je n'ai trouvé à cet égard dans les auteurs que des données insuffisantes.

On peut, quand elles sont très-marquées, reconnaître ces atrophies à travers les téguments ; mais la notion du siége, de la forme et de la symétrie ainsi que l'âge du sujet empêcheront de la confondre avec une lésion traumatique.

2. Cancer encéphaloïde de l'estomac avec intégrité des orifices ; par M. J. Baronoff, externe des hôpitaux.

Trembl... Marg., 57 ans, entrée, à l'hôpital Lariboisière (service de M. Jaccoud), le 28 juin.

Elle n'avait aucun antécédent pathologique, sauf quelques accidents dyspeptiques et quelquefois un sentiment de pesanteur stomacale. D'après son dire, le début ne remontait pas au plus d'un an. Elle était amaigrie, mais le facies n'offrait aucune teinte cachectique. En pratiquant la palpation, M. Jaccoud avait diagnostiqué un cancer des faces de l'estomac, car on sentait à la région épigastrique, une énorme tumeur résistante, très-dure, s'étendant jusque dans l'hypochondre gauche. Cette tumeur était douloureuse, surtout à la pression, et la malade n'avait eu dans le cours de cette affection ni vomissements, ni mélœna ; tout-à-fait au début il y avait eu quelques nausées, et le seul vomissement qu'elle ait présenté avait eu lieu l'avant veille de sa mort, ce fut un vomissement noirâtre, dont les produits remplirent environ deux crachoirs d'hôpital. La malade avait de la constipation, mais l'appétit était conservé, la langue était bonne, pas de mauvaise haleine.

A l'auscultation, le cœur et les poumons ne présentaient rien de remarquable à signaler. Le foie paraissait augmenté de volume ; il y avait en outre de l'œdème cachectique aux membres inférieurs. La malade est décédée le 3 juillet, à 4 heures du matin.

Autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, on voyait dans l'hypochondre gauche et à la région épigastrique une tumeur extrêmement volumineuse qui englobait ensemble l'estomac, et le côlon transverse, une anse de l'intestin grêle et le pancréas ; sur la face postérieure de cette masse le pancréas très-réduit de volume mais sain. L'anse intestinale qui était prise dans la tumeur était le duodénum. Au milieu du canal cholédoque, on trouvait un noyau de nature encéphaloïde ; à la partie supérieure passait le canal cholédoque, qu'il comprimait ; de là, dilatation de la vésicule biliaire. Toutes les branches du tronc cœliaque étaient dilatées ; le pancréas paraissait sain, mais il était tellement entouré de parties malades qu'il était difficile que son fonctionnement n'eût pas été troublé. Le cardia était sain ; la grande courbure aussi ; elle dépassait à gauche la masse de la tumeur, qui commençait au niveau du bord inférieur de cette courbure. L'intérieur de l'estomac, réduit de moitié, était ulcéré ; l'orifice pylorique était très-dilaté. Le cancer envahissait la portion inférieure du bord de l'intestin adhérente à l'estomac et avait rétréci le calibre de celui-ci. La dégénérescence cancéreuse avait envahi de même l'arrière cavité de l'épiploon et la face postérieure de l'estomac.

Poumons. Epanchement pleural du côté droit et adhérences à gauche. Le poumon était couvert de fausses membranes, mais le parenchyme était absolument sain. *Cœur.* Le cœur était petit, il y avait à la surface quelques plaques de péricardite laiteuse, décolorées ; quelques indurations légères au bord libre de la valvule mitrale. Il y avait en outre quelques plaques d'athérôme au bord des valvules aortiques. Le cœur était vide de sang. Les ganglions bronchiques et trachéaux étaient volumineux, noirâtres, marbrés de blanc.

Utérus. Rien de particulier dans l'utérus, ni dans les ovaires. — *Rate.* La rate était très-petite, de la consistance normale. — *Reins.* Les reins paraissaient sains. — *Foie.* La vésicule biliaire avait plus de 20 centimètres de longueur, ressemblait à une énorme poire allongée dans le sens longitudinal remplie par une bile noirâtre, graisseuse, extrêmement épaisse, cette bile était à l'état boueux avec des reflets mordorés. L'examen microscopique a montré qu'elle était formée d'une grande quantité de paillettes de cholesterine, de pigment biliaire et de graisse. Le foie était d'une couleur de cuir, très-gros et très-large ; les canaux biliaires très-dilatés ne contenaient pas de noyaux cancéreux.

3. Plegmatia alba dolens ; par M. Pitres, interne des hôpitaux.

M. Pitres fait voir à la Société les pièces relatives à une embolie pulmonaire consécutive à une thrombose cachectique de la veine fémorale. On constatait sur la même malade un œdème du membre supérieur droit, saus douleur, sur le trajet des vaisseaux. L'autopsie montra qu'une masse cancéreuse enveloppait le paquet vasculo-nerveux de la région, mais tandis que l'artère avait été respectée, la veine avait presque complétement disparu.

M. Houel. Ce fait rentre dans la règle, car il est rare qu'une masse cancéreuse envahisse une artère.

M. Pitres. Ce qui n'est pas classique dans ce fait, c'est de ne rencontrer aucun caillot dans la veine qui est englobée dans la masse cancéreuse, et dont le département vasculaire en amont est vide de sang.

M. Charcot. Dans bien des cas semblables à celui que vient de relater M. Pitres, j'ai cru à l'existence d'une thrombose, et néanmoins à l'autopsie je n'ai rencontré aucun caillot. Sur le même malade, dont la veine axillaire avait disparu, il existait une thrombose de la fémorale.

M. [illegible] demande s'il est possible de désigner l'altération qu'il vient de montrer sous le nom de *phlegmatia alba dolens.* Il ne le pense pas, car dans la phlegmatia la membrane interne du vaisseau est saine, et en outre on trouve un caillot étendu plus ou moins suivant son âge vers l'extrémité du membre.

M. Charcot répond que la phlegmatia alba dolens est une espèce clinique et non une espèce nosologique. On désigne sous ce nom la réunion de différents symptômes dont la cause peut être très-variable.

5. Aphasie et hémiplégie droite. — Foyer profond de la 3e circonvolution frontale. — Petit foyer de ramollissement dans la protubérance ; par M. Mayor, interne des hôpitaux.

Couet, 43 ans, entré le 29 mai, dans le service de M. Bou-

CHARD. Le malade a eu une seule attaque apoplectique il y a trois ans.—Il est resté paralysé des membres du côté droit et aphasique. — La face est à peine déviée. La langue ne l'est nullement, elle jouit de tous ses mouvements. — Le malade ne se sert plus pour s'exprimer que des mots oui et non qu'il emploie du reste très à propos et en les accompagnant des gestes de la tête qui correspondent à l'affirmation ou à la négation.— En outre, il répète souvent la syllabe tié. — L'intelligence paraît absolument conservée. Il faut fatiguer beaucoup le malade par des interrogations successives pour arriver à obtenir un signe d'affirmation tandis qu'on lui présente un objet auquel on donne un nom qui n'est pas le sien. — Couet n'a jamais su ni lire ni écrire. Après un court séjour à l'infirmerie, ce malade présente quelques troubles digestifs. En même temps, on constate la présence d'albumine dans l'urine; peu à peu des signes de sclérose des reins apparaissent assez nets, de l'œdème se montre d'abord dans les membres paralysés, puis des deux côtés. — Enfin des accidents urémiques l'emportent.

AUTOPSIE. On trouve un rein petit, contracté, et les diverses lésions qui accompagnent cette forme de la maladie de Bright. — Du côté de l'encéphale, on remarque les faits suivants : Les artères de la base sont extrêmement athéromateuses. Les circonvolutions paraissent au premier abord absolument saines. —Mais en faisant des coupes du cerveau, on trouve dans l'hémisphère gauche un ancien foyer de ramollissement siégeant dans le centre ovale de Vieussens en un point correspondant à la partie postérieure de la 3e circonvolution frontale. — Dans la partie moyenne de la protubérance, au niveau de l'étage moyen et du côté gauche, mais très-près de la ligne médiane on trouve une petite lacune celluleuse de la grosseur d'un grain de chenevis.

Cette dernière lésion explique l'hémiplégie droite. — Quant au premier foyer de ramollissement qui donnait lieu sans doute à l'aphasie, il ne trahissait nullement son existence à la surface de la circonvolution et il était assez peu étendu d'avant en arrière pour qu'à la rigueur il eût pu se trouver contenu dans l'intervalle de deux coupes et échapper ainsi à l'examen.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 novembre 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. TRÉLAT, à l'occasion du procès-verbal, demande à revenir sur le sujet de la discussion qui s'est élevée dans la précédente séance, à la suite de la présentation de M. Nicaise. Il s'agissait d'un épanchement sanguin intra-articulaire qui aurait duré quatorze mois. La discussion a porté en somme sur un seul point, à savoir : ce sang est il dû au traumatisme qui a eu lieu il y a 14 mois, ou bien est-il d'origine plus récente ? M. Verneuil dit que les globules sanguins ectopisés subissent forcément un travail destructeur en vertu duquel ils ne peuvent pas subsister.

M. Trélat estime que c'est là une pure hypothèse contre laquelle il s'élèvera jusqu'à ce que l'observation directe, histologique, du sort des hématies dans les épanchements, en fournissent un témoignage irrécusable. D'ailleurs si les relations microscopiques font défaut, il existe à ce sujet des matériaux précieux que la clinique et l'anatomie pathologique possèdent, et M. Trélat s'appuie sur les observations de D. Hu-tan, de Cruveilhier, de Malgaigne, de Virchow, de Broca, relatives à des épanchements sanguins dont la durée a été de plusieurs mois. Il faut tenir compte aussi des conditions particulières et surtout du siége et des tissus où les épanchements sanguins se produisent. Les épanchements sanguins de la chambre antérieure peuvent se résorber en quelques heures. En est-il de même de ceux qui se font entre le crâne et la dure-mère. Reste à déterminer quel peut être le maximum de ces différences. En tout cas, M. Trélat ne peut admettre comme *fatale* la disparition des éléments sanguins extravasés.

M. VERNEUIL se place à un autre point de vue que M. Trélat. M. Trélat envisage des cas particuliers et invoque des autorités incontestables. M. Verneuil, au contraire, part d'un *a priori* physiologique : l'anatomie pathologique et la physiologie expérimentale démontrent que lorsque des éléments anatomiques, des tissus ou des organes, sortent de leur milieu, ces éléments, ces tissus, ces organes périclitent et meurent. De deux choses l'une : ou bien les éléments quels qu'ils soient sont expulsés immédiatement par la suppuration ; ou bien ils sont tolérés, mais pour s'atrophier ensuite. C'est une loi qui a d'ailleurs été confirmée par les travaux de Robin, et par les recherches de Cornil et de Ranvier sur les transformations du sang épanché. Voillemier a aussi publié un article intéressant sur les épanchements sanguins traités par les ponctions capillaires, et il a pu assister ainsi aux métamorphoses que subit le liquide épanché. Enfin, les travaux plus récents qui ont trait aux hématocèles de la tunique vaginale, et aux hémorrhagies de la pachyméningite démontrent bien que les épanchements sanguins de ces formes d'hémorrhagies se produisent à des dates successives.

M. LEFORT est de l'avis de M. Verneuil en ce qui est relatif aux altérations des globules sanguins ; il est certain que ces éléments sont destinés à dégénérer ; mais il y a des cas exceptionnels où, après un laps de temps considérable, on peut retrouver les hématies qui existaient à l'époque où l'hémorrhagie a eu lieu. Seulement, elles sont disséminées dans un liquide noirâtre, glutineux, d'apparence sirupeuse, qui n'est plus du sang à proprement parler, mais qui n'est pas non plus un caillot. C'est particulièrement le cas de certains épanchements des cavités closes, cavités articulaires ou poches anévrysmales.

M. TRÉLAT. Le débat ne repose donc plus que sur une question : quelle est la durée des éléments épanchés ? L'altération est évidente ; mais les hématies sont reconnaissables.

M. LEFORT communique à la Société un cas de tuberculisation des organes génitaux chez une femme de 19 ans. E. B.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

1. Subkutane Injektionen von Karbolsaure gegen Phthite und Tuberkulose (*Injections sous-cutanées d'acide phénique contre la Phthisie et la Tuberculose*), von dr Joh. SCHNITZLER. (*Wiener med. Presse*, n° 32, 1876.)

Encouragé par les résultats de Trotz dans des cas de diphthérie, Sch. fut conduit à tenter ces injections dans diverses maladies fébriles. Dans le travail actuel, il expose les résultats obtenus par lui dans les cas de phthisie à symptômes fébriles. Les injections ont été employées dans les cas de phénomènes fébriles à marche rémittente ou intermittente, chez plus de 100 phthisiques, tant dans la clientèle privée qu'à la policlinique de Vienne, pendant les mois de juin et juillet 1876. La solution d'acide phénique était à 1 ou 2 0/0, la quantité de 1 à 2 seringues de Pravaz. Les injections se faisaient chaque jour, en une seule fois, et en deux fois dans quelques cas, ordinairement dans le dos ou à la poitrine.

Les résultats immédiats de l'injection consistaient particulièrement dans une chute de la fièvre : abaissement de la température, ralentissement, augmentation de force du pouls. Souvent, on a observé une respiration plus facile, une diminution de la lassitude, des douleurs des membres ; rarement cessation de l'insomnie, et seulement après des injections répétées. Continuées pendant 2 à 4 semaines chez les malades, les injections d'acide phénique semblent à Sch. aussi peu douloureuses que celles de morphine : la sensation de brûlure dure cependant un peu plus longtemps. Jamais elles n'ont produit d'abcès.

Les expériences n'ont pas duré assez longtemps pour qu'on ait pu constater une influence quelconque sur la marche de la phthisie. M. Sch. se propose de publier les résultats que lui fournira ultérieurement l'emploi de sa méthode, et il termine en priant ses collègues de lui en signaler les défauts et les avantages.

2. Karbolsaüre Injektionen bei Prurigo und Psoriasis (*Injections d'acide phénique contre le Prurigo et le Psoriasis*, von dr REZEK, in Teplitz). (*Wien. med. Presse*, n° 36, 1876.)

1° Il s'agit d'un jeune garçon de 16 ans, atteint depuis l'enfance de prurigo invétéré, contre lequel on avait employé

les pommades sulfureuse et au goudron, l'arsenic, les eaux sulfureuses, iodiques et indifférentes. Rezek employa d'abord sans succès les bains prolongés et les onctions de glycérine; il en vint alors à injecter une seringue de Pravaz de solution d'acide phénique à 1 0/0.

Le premier jour, les démangeaisons cessèrent, et le patient put dormir. Au cinquième jour, les croûtes sont tombées, les papules effacées, les rougeurs ont pâli, la peau a un tout autre aspect, le malade quitte Teplitz pour Breslau, où l'on continua le traitement.

2° M. Rezek employa de nouveau cette méthode sur une fille de 9 ans, atteinte depuis 9 mois de psoriasis héréditaire. Quatre semaines d'onctions avec la pommade au goudron n'avaient rien produit. Après la sixième injection, la plupart des élevures épidermiques ont disparu, et l'auteur estime que la guérison sera complète au quinzième jour. M. R. se promet du reste de dire si ces guérisons si merveilleuses se sont maintenues.

3. Ueber den Heilwerth der Salicylsäure bei akuten Exanthemen (*De l'emploi thérapeutique de l'acide salicylique dans les exanthèmes aigus*); par von dr Frust Schwimmer, Dozent in Budapest (*Wiener med. Wochenschrift*, nos 33, 34, 35, 36, 1876).

1° L'auteur rappelle d'abord les essais thérapeutiques, tant médicaux que chirurgicaux, dont l'acide sulfurique a été la base. Sous le premier point de vue, il a été employé par divers observateurs à peu près contre toutes les maladies fébriles. Ses effets se partagent, théoriquement au moins, en antipyrétiques et antiputrides. Les essais de M. Schwimmer ont porté sur les fièvres éruptives.

2° et 3° Les 75 cas de *variole* traités par M. Schw. se décomposent ainsi :

Varicelle	17
Variole modifiée	25
Variole légitime	33

La quantité d'acide salicylique donnée a été de 5 à 2 grammes par jour.

L'auteur rapporte 12 observations, choisies comme types. Sur les 75 cas observés, il y a eu 21 décès, soit 28 0/0, et ce chiffre se réduit même à 23, 6 0/0, si l'on élimine les malades apportés mourants (3), ou morts d'affection intercurrente (1).

4° Les cas se décomposent ainsi :

31 malades non vaccinés.	
8 de 0 à 1 an	2 morts.
4 de 1 à 2 ans	2 morts.
12 de 2 à 7 ans	8 morts.
19 de 7 à 65 ans	7 morts.

De 41 vaccinés, 3 morts. Sur les 3 autres apportés mourants, pas de renseignements quant à la vaccine. Ces résultats paraissent favorables à l'auteur, qui rappelle que la variole est presque toujours fatale chez les jeunes sujets non vaccinés.

L'acide salicylique parait donc à M. Schw. avoir diminué le nombre des décès. Quant au mode d'action du médicament, on le croit plutôt antiseptique qu'antipyrétique. C'est à peine si la dose quotidienne de 2 à 5 grammes a eu de l'influence sur la marche de la température.

Les cas de *scarlatine* (5), de *rougeole* (15), étaient exempts de complications. L'acide salicylique parait n'avoir pas eu grande influence sur la marche de la maladie. Il resterait à l'expérimenter dans les cas graves. J. Daye.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique des maladies de l'enfance; par MM. d'Espine et Picot, anciens internes des hôpitaux de Paris; chez J.-B. Baillière.

Ce livre fait le plus grand honneur à ses jeunes auteurs, et pourtant, c'était chose malaisée que de mettre entre les mains des élèves et des praticiens un ouvrage dans lequel ils fussent certains de trouver nettement indiquées les nuances et les variétés symptomatiques qui caractérisent les maladies de l'enfance.

On peut affirmer, sans partialité comme sans réserve, que MM. d'Espine et Picot ont été à la hauteur de la lourde tâche qu'ils ont entreprise et à laquelle les avaient, du reste, préparés leurs études dans les hôpitaux d'enfants de Paris autant qu'un long commerce avec les auteurs anglais et allemands.

Les descriptions de chaque maladie, pour être complètes, sont sobres, concises et très-claires: la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement (cela devait être dans un ouvrage éminemment pratique) sont les parties qui ont reçu le plus de développement. Chaque article est précédé d'indications bibliographiques capitales françaises et étrangères.

Les auteurs ont pris soin de réunir, en manière d'introduction, des considérations physiologiques du plus haut intérêt sur l'hygiène et la pathologie de la première enfance : c'est là, qu'on trouvera tout ce qui a trait à la taille, au poids, à la température, au pouls, à l'urine, aux selles, à la dentition et à l'alimentation du nouveau-né.

A ces prémisses physiologiques fait suite une bonne étude de séméiologie dans laquelle, la physionomie, le cri, l'attitude des nouveau-nés sont passés en revue ; après cela, sont exposés, d'après l'expérience et la pratique des maitres, les règles et les moyens d'examen dans les maladies de la seconde enfance. Cela fait, les auteurs entrent de plain-pied dans leur sujet : les maladies générales sont étudiées en premier. Dans ce chapitre nous recommandons spécialement la lecture de la fièvre typhoïde, de la diphthérie, de la tuberculose et du rhumatisme; cette dernière question est traitée avec une compétence spéciale.

Le chapitre II est consacré aux maladies du système nerveux; le chapitre III aux maladies de l'appareil digestif. Dans le chapitre IV sont étudiées les affections du cœur, dans le chapitre V et VI les maladies de l'appareil respiratoire et des organes génito-urinaires. Le dernier chapitre est consacré aux teignes et aux affections cutanées.

Ne pouvant, on le comprendra sans peine, analyser chacun des chapitres qui tous se recommandent par les mêmes qualités, nous préférons signaler à MM. d'Espine et Picot quelques légères omissions que nous n'aurions pas pris soin de relever dans tout autre livre moins complet et moins au courant de la science.

En regard des complications laryngées habituelles de la rougeole auraient pu être signalées les recherches intéressantes de M. Coyne. Peut-être y avait-il place, à côté de la tuberculose, pour une description du cancer qui affecte chez l'enfant des allures assez particulières et qui, chez lui, a une tendance marquée à la marche aiguë.

A côté de la scrofule, nous aurions voulu voir quelques lignes consacrées à la lymphadénie, affection encore peu connue, mais, qui en raison même de sa rareté et de son obscurité, eût pu être indiquée pour que le médecin, aux prises avec un diagnostic difficile, pût songer à la possibilité d'une de ces productions lymphatiques, dont on trouve trois observations, chez l'enfant, sur dix cas rassemblés dans le travail de Demange.

Dans les maladies du système nerveux peut-être souhaiterait-on un diagnostic différentiel plus explicite entre l'épilepsie et les attaques épileptiformes, entre la chorée et les chorées symptomatiques? Ce sont là des questions à l'ordre du jour que les auteurs ont sans doute cru devoir réserver, pour demander au temps et à la clinique des données mieux assises et plus certaines.

A côté de l'étude, si complète à tous points de vue, de la pneumonie nous avons été surpris de ne pas trouver mentionnée la congestion pulmonaire, dont l'existence comme maladie essentielle chez les enfants est certaine. MM. d'Espine et Picot doivent pourtant se rappeler tels de leurs petits malades chez lesquels ils ont observé, en même temps qu'une élévation rapide du pouls et de la température, une durée presque éphémère de la fièvre, de la matité et du souffle bronchique dont les caractères étaient si changeants et si mobiles que, de leur visite du soir à leur visite du matin, nos collègues se demandaient s'ils n'avaient pas été dupes d'une erreur d'observation. Cette brusquerie dans l'apparition et l'évanouissement des symptômes fonctionnels et des signes

physiques, sont, chez l'enfant, la caractéristique de la congestion pulmonaire qu'il importe aux médecins de ne pas méconnaître sous peine de faire une erreur de pronostic.

Si nous avons signalé ces légères lacunes qui sont fort peu de chose pour un ouvrage qui embrasse toute la pathologie infantile, c'est, que, sûr du succès rapide et complet du livre de MM. d'Espine et Picot, nous sommes persuadé, qu'avant peu d'années, il nous donneront une nouvelle édition que nous serons heureux d'annoncer pour le plus grand profit des élèves et des praticiens. L. LANDOUZY.

VARIA

Réunion des Médecins législateurs.

La réunion des médecins faisant partie du Sénat et de la Chambre des députés a tenu sa séance hebdomadaire à Paris.

Le président, M. LAUSSEDAT, expose l'état des travaux relatifs aux questions médicales soumises aux délibérations de la Chambre des Députés. Deux rapports vont être prochainement déposés : 1° Celui concernant le projet d'assistance publique dans les campagnes (TH. ROUSSEL, R. WADDINGTON) ; — 2° celui concernant les services hospitaliers dans les hôpitaux militaires (rapporteur, dr MARMOTTAN).

La Commission parlementaire doit entendre à ce sujet MM. les Ministres de la Guerre et de l'Intérieur ; on sait que le précédent Ministre de la Guerre, M. le général de Cissey, avait consenti à d'importantes modifications.

M. LIOUVILLE communique à la réunion l'amendement qu'il va déposer relativement à l'utilisation des médecins de l'armée territoriale dans certains hôpitaux militaires. — M. TESTELIN insiste sur la situation déplorable faite jusqu'à ce jour au corps de santé militaire. — M. LAUSSEDAT indique également l'état des travaux de la commission des eaux minérales.

M. TIERSOT donne des renseignements sur les travaux de la Commission nommée pour examiner le projet de loi concernant les Commissions administratives d'assistance publique. (Projet PLESSIÉ).

M. MOREAU appelle l'attention sur la situation de la pharmacie dans les hôpitaux de province, et sur les réformes à y introduire pour faire observer les prescriptions de la loi.

M. MOLLIEN parle à son tour de la question de l'exercice illégal de la médecine, diverses observations sont échangées entre MM. LIOUVILLE, TESTELIN et LAUSSEDAT. — M. LEMONNIER dépose un travail émanant de la Société des médecins de la Sarthe concernant différentes questions d'intérêt général. *Le secrétaire*, LIOUVILLE.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon.

Dans la séance du 9 novembre 1876, le Conseil municipal a adopté le projet de délibération suivant proposé par M. le docteur Gailleton :

Le Conseil municipal, vu le rapport de M. le Préfet du Rhône, en date du 29 mai 1875 ; vu les pièces du dossier comprenant un projet de cadre et budget transitoire et un projet de cadre et budget définitif de la Faculté de médecine et Ecole supérieure de pharmacie de Lyon ; sur le projet de cadre et budget transitoire ; considérant que ce projet n'est plus actuellement en cause ; qu'il est inutile de le discuter. Délibère :

Le projet de cadre et budget transitoire n'est pas adopté. Sur le projet de cadre et budget définitif ; considérant que la ville de Lyon a voté des sommes considérables pour la construction des bâtiments de la Faculté ; qu'elle a pris envers l'Etat l'engagement de rembourser pendant une période de douze années l'excédant des dépenses sur les recettes ; qu'elle a donc un intérêt de premier ordre à assurer l'avenir de la Faculté ; que cet avenir dépend des conditions d'organisation ;

Considérant que le projet soumis au Conseil a été élaboré à une date déjà éloignée ; que, depuis cette époque, M. le Ministre de l'Instruction publique a pris devant l'Assemblée nationale l'engagement d'introduire des réformes dans l'enseignement supérieur ;

Considérant que le projet est la simple reproduction du type des Facultés de médecine françaises sans les réformes décidées en principe ;

Considérant qu'il est du devoir du Conseil d'indiquer à M. le Ministre les réformes que commandent les considérations particulières dans lesquelles se trouve placé à Lyon l'enseignement médical ;

Considérant que la base fondamentale de l'enseignement de la médecine repose sur les *instituts techniques* et sur les *cliniques* ; qu'il ne suffit pas de bâtir des instituts, mais qu'il faut, pour les diriger, des professeurs de mérite ; que la condition essentielle d'un bon recrutement du personnel est d'assurer aux maîtres une rémunération suffisante ;

Considérant que le traitement des professeurs fixé à un taux uniforme est insuffisant pour les professeurs de science pure ; qu'il y a lieu de prendre des mesures pour modifier un état de choses qui aurait pour effet en province de détourner les intelligences d'élite de cet enseignement ;

Considérant que l'enseignement clinique doit être largement distribué et que le projet n'est pas suffisamment complet sur ce point ;

Considérant que le projet ne contient aucune disposition concernant l'enseignement libre, auxiliaire nécessaire de l'enseignement officiel ; qu'il y aurait lieu d'indiquer dans l'organisation les mesures propres à assurer son succès et son entretien.

Pour ces motifs, approuvant les propositions et les vœux exprimés dans le rapport de la Commission spéciale, délibère :

Le Conseil ajourne le vote du projet qui lui est présenté. Invite M. le Préfet à transmettre à M. le Ministre les vœux du Conseil contenus dans le rapport et à poursuivre une prompte solution de l'affaire dans le sens des intentions du Conseil.

Université d'Alsace-Lorraine.

On lit dans le *Journal d'Alsace* du 18 novembre : Les inscriptions à l'Université étant terminées, il est possible de donner une statistique exacte de la fréquentation de cet établissement. Des 678 étudiants pour le semestre d'été de 1876, il en est resté 435 ; il y a lieu d'y ajouter 268 pour le semestre présent, de sorte que le nombre total des étudiants est de 704 (le chiffre le plus élevé atteint jusqu'à présent). Ces jeunes gens se répartissent de la manière suivante sur les différentes Facultés : Faculté de théologie, 41; Faculté de droit, 188 ; Faculté de médecine, 199 ; Faculté de philosophie, 158 ; Faculté des sciences mathématiques et naturelles, 118. Il y a lieu d'y ajouter les personnes autorisées à prendre part aux cours, au nombre de 37, ce qui donne un total de 741.

Parmi les étudiants inscrits, il y en a 95 de l'Alsace-Lorraine dont 75 de la Basse-Alsace, 15 de la Haute-Alsace et 5 de la Lorraine. La participation aux études des jeunes gens d'Alsace-Lorraine va en augmentant ; 29 nouveaux étudiants de ce pays se sont fait inscrire pour le semestre présent et se répartissent sur les différentes Facultés comme suit : 7, 8, 6, 3, 5. Sous le rapport de la nationalité 564 étudiants appartiennent à l'Empire allemand, savoir : Bade, 29 ; Bavière, 28 ; Hesse-Darmstadt, 15 ; Wurtemberg, 13 ; Prusse, 307 Les autres pays de l'Europe fournisseut le chiffre de 119 étudiants (contre 88 dans le semestre d'été) ; savoir : la Belgique, 3 ; la France, 2 ; la Grande-Bretagne, 9 ; la Grèce, 2 ; la Hollande, 1 ; le Luxembourg, 10 ; l'Autriche-Hongrie, 15 ; la Russie, 19 ; la Suède, 2 ; la Suisse, 54 ; l'Espagne, 1. Les étudiants originaires des Etats non européens sont au nombre de 20, dont 1 du Brésil, 2 du Chili, 1 de Cuba et 15 des Etats-Unis.

Hygiène des chemins de fer.

On lit dans le *Journal de Saint-Pétersbourg*. Nous avons annoncé il y a quelques jours, que la direction du chemin de fer de Finlande se proposait de faire examiner par un oculiste tous les employés de cette ligne. Le Helsingfors Daghladet nous apprend, qu'en effet, le docteur Krohn vient de procéder à cet examen. Il en est résulté que 43 employés ne pouvaient pas distinguer la couleur verte de la couleur rouge. Dans le nombre se trouvent un chef de station et un aiguilleur ; celui-ci servait depuis sept ans à la gare de Saint-Péterbourg.

Asile Vacassy.

Le *Journal des Débats* annonce la création prochaine d'une maison de secours destinée à recevoir des indigents ou des ouvriers des deux sexes victimes, dans Paris, d'accidents occasionnés notamment par les voitures, les incendies, les travaux de construction de bâtiments, le fonctionnement des usines ou des fabriques, et généralement pour quelque cause que ce soit. Cette maison de secours qui portera le nom d'asile Vacassy, sera fondée grâce à la munificence d'un homme de bien, M. Jean-Joseph Vacassy, qui par un testament olographe a laissé dans ce but divers biens meubles et immeubles évalués à 1,200,000 fr. environ.

Enseignement médical libre.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT continue son cours sur *les maladies du système nerveux*, tous les dimanches, à neuf heures et demie.

Cours d'accouchement. — MM. BUDIN et PINARD ont commencé le mercredi 15 novembre à 4 h. 1/2, un cours d'accouchement. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en 4 parties : 1re partie, Anatomie, Physiologie, Grossesse. 2e Eutocie. — 3e Dystocie. — 4 Exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 20, rue Monsieur-le-Prince.

Voies urinaires. — A partir du mardi 28 novembre, M. le dr H. PICARD fera son cours à son dispensaire, 13, rue Suger, à 4 h. au lieu de midi 1/2, et le continuera les mardi, jeudi et samedi suivants à la même heure.

Cours sur la dystocie. — M. le dr HAMON (de Fresnay) recommencera son cours sur la dystocie, le jeudi 30 novembre, à 3 h. de l'après-midi. Les élèves seront exercés à la manœuvre du rétroceps, du forceps à branches parallèles et à tractions concentriques, du forceps croisé, du forceps-céphalotribe, du levier, de l'incitateur cervical hydrostatique, ainsi qu'à la pratique des opérations manuelles. On s'inscrit d'avance de 1 h. à 3 h. 10, rue des Saints-Pères.

Maladies de la peau et syphilis. M. le dr VÉRITÉ a commencé son cours sur les affections de la peau et la syphilis, le mercredi 22 novembre, à 8 h. du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique et le continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure.

Cours public des maladies des yeux. — Le dr GALEZOWSKI a commencé

son cours jeudi dernier, 23 novembre, à 8 h. du soir à l'Ecole pratique (amphithéâtre n° 2) et le continuera les mardis et jeudis suivants à la même heure. Le cours comprendra : 1° Amblyopies et amauroses toxiques ; 2° altérations de la vue dans les affections hystériques ; 3° altérations de la rétine et du nerf optique dans les tumeurs cérébrales et les méningites ; 4° troubles visuels dans l'aphasie, l'apoplexie cérébrale et les périeucéphalites ; 5° troubles visuels dans l'ataxie locomotrice et les scléroses en plaques ; 6° altérations des membranes internes des yeux dans la syphilis, la glycosurie, l'albuminurie, la goutte, etc., démonstrations ophthalmoscopiques à la fin de chaque séance.

Pathologie interne. — Le d[r] HALLOPEAU commencera l'étude des maladies de l'appareil digestif, le samedi 25 novembre, à 4 h. et la continuera les mardi, jeudi et samedi suivants.

Troisième examen de doctorat et 1[er] de fin d'année.— M. le Dr LELORAIN, licencié es-sciences naturelles a recommencé le 16 novembre, son cours préparatoire à ces examens. Durée du cours 6 semaines, 2 leçons par jour. Interrogations fréquentes. Droguier complet. — S'inscrire chez le Dr LELORAIN, 9, rue Bertin-Poiré, de 4 à 5 heures.

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS. — Population, d'après le recensement de 1872. — 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 16 nov. 1876, on a constaté 1,114 décès, savoir : variole, 5; rougeole, 16; scarlatine, 5; fièvre typhoïde, 130; érysipèle, 3; bronchite aiguë, 37 ; pneumonie, 76 ; dyssenterie, 2; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2; choléra nostras, »; angine couenneuse,16; croup, 41; affections puerpérales, 3 ; autres affections aiguës, 253; affections chroniques, 460 dont 182 dues à la phthisie pulmonaire, affections chirurgicales, 30; causes accidentelles, 17.

Pendant la semaine finissant le 23 novembre 1876, on a constaté 965 décès, savoir : variole 5 ; rougeole 12; scarlatine 1 ; fièvre typhoïde 103 ; érysipèle 4 ; bronchite aiguë 30 ; pneumonie 59 ; dysenterie » ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants 2; choléra nostras » ; angine couenneuse 12; croup, 36 ; affections puerpérales 1 ; autres affections aiguës 219 ; affections chroniques 399, dont 148 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales 55 ; causes accidentelles 27.

LONDRES. — Population : 3,489,428 hab. Décès du 5 au 11 novembre 1876, 1,635 : variole, 48; rougeole, 19; scarlatine, 32: fièvre typhoïde, 2: érysipèle, 12 ; bronchite, 281 ; pneumonie, 117; dyssenterie, »; diarrhée, 16; choléra nostras, »; diphthérie, 8; croup, 10; coqueluche, 22.

LONDRES : Population 3,489,428 habitants. — Décès du 12 au 18 novembre 1876, 1.886. — Variole 9 ; rougeole 3 ; scarlatine 6 ; fièvre typhoïde « ; érysipèle 1 ; bronchite 377 ; pneumonie 153 ; dysenterie » ; diarrhée 16; choléra nostras » ; diptherie 6 ; croup 18; coqueluche 27.

Nous ferons remarquer que l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde a une tendance sérieuse à décroître : en effet, la mortalité qui, dans la semaine du 2 au 9 était de 171 décès, est heureusement descendue cette semaine à 103.

ECOLE D'ANTHROPOLOGIE — *Cours de démographie et de géographie médicale*, à l'école pratique de la Faculté de médecine, au siége de la Société d'anthropologie. Le d[r] BERTILLON, ancien président de la Société d'anthropologie, commencera ce cours, le mardi 28 novembre, à 5 h. du soir, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine aux mêmes heures.

Programme du cours : Statistique des peuples et des races ; influence des climats et des altitudes ; pathologie comparée des races humaines.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — AVIS. — Le secrétaire a l'honneur de rappeler à MM. les étudiants qui ont subi les examens de fin d'année (1[er], 2[e] et 3[e]), qu'ils doivent prendre l'inscription du trimestre, immédiatement après avoir subi l'examen.

COURS D'HISTOLOGIE. — M. Farabeuf, agrégé, suppléant de M. le professeur Charles Robin, a commencé le cours d'histologie le samedi 18 novembre à cinq heures du soir, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

COURS COMPLÉMENTAIRE SUR LES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES. — M. le d[r] BALL, agrégé de la Faculté, commencera ce cours le samedi 25 novembre, à 8 h. du soir dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

COLLÉGE DE FRANCE. — Les candidats à la chaire d'histoire naturelle des corps organiques, par suite du décès de M. Charles Sainte-Claire-Deville, sont avertis qu'ils ont un mois à partir du 21 novembre 1876,pour produire leurs titres auprès de l'assemblée des professeurs de cet établissement.

HOPITAUX DE BORDEAUX. — A la suite du concours ouvert à l'hôpital Saint-André, M. Dubourg a été nommé chef interne pour la période 1877-1880.

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — Nous apprenons l'élection, comme conseiller d'arrondissement de Beaulieu (Corrèze), d'un excellent républicain, le docteur FerdinandTaule, qui a obtenu 1,222 voix, contre 720 données au candidat bonapartiste.

NÉCROLOGIE. — M. FINET, officier de santé, reçu en 1827, est décédé à Epernon (Eure-et-Loir), à l'âge de 75 ans.

NÉCROLOGIE. — L'Angleterre médicale vient de perdre un des membres les plus éminents de la profession, le docteur *H.-W Rumsey*, qui avait acquis une grande notoriété comme médecin légiste et hygiéniste. M. Rumsey a pris une part importante dans le développement de la *British medical Association*. Il a publié un grand nombre de travaux sur l'hygiène et les sciences sociales. Il était depuis 1863, membre du Conseil général médical de la Grande-Bretagne.

AVIS A NOS ABONNÉS. — Tout abonné du *Progrès médical* qui enverra une bande à son adresse ou tout lecteur qui enverra cet avis avec deux francs en timbres-postes à M. Albert Collignon, 34, rue Richer, à Paris, recevra pendant six mois LA VIE LITTÉRAIRE, hebdomadaire.

VACANCES MÉDICALES. — Un jeune docteur, ancien interne des hôpitaux de Paris, désirerait une clientèle à Paris ou dans les environs. — S'adresser aux bureaux du *Progrès, de midi à 5 heures*.

Aux Bureaux du Progrès médical.

BOURNEVILLE. Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde. Ouvrage couronné par la Société de médecine du Nord. Paris, 1873. In-8 compacte de 80 pages, avec 4 planches en chromo-lithographie et 2 pl. noires. 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr.

CHARCOT (J.-M.). Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpétrière, recueillies par BOURNEVILLE. 1[re] série : *Troubles trophiques ; — Paralysie agitante ; — Sclérose en plaques ; — Hystéro-épilepsie.* In-8 de 428 p. avec 25 fig. et 10 pl. en chromo-lithographie. 13 fr.

Librairie V. A. DELAHAYE et C[ie], place de l'École-de-Médecine.

RECUEIL DE QUESTIONS posées aux examens de médecine, de pharmacie et d'accouchements. Ph. fr. Acc. 3f.

DEMARQUAY (J.-N.). Maladies chirurgicales du pénis. Ouvrage publié par les docteurs Voelker (O.) et Cyr (J.). 1 vol. in-8 de 632 pages avec figures dans le texte et 4 planches en chromo-lithographie. Broché 11 fr. Cartonné 12 fr.

GUDDEN (B.). Recherches expérimentales sur la croissance du crâne, traduit de l'allemand par le D[r] A. Forel. Paris, 1876, 1 vol. in-4°, avec 11 pl. photographiques, prix 12 fr.

COLLIN (E.). Du diagnostic de la congestion pulmonaire de nature arthritique et de son traitement. Paris, 1876, in-8.

Librairie G. MASSON, rue Serpente.

BOINET (A.-A.). Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement, précédé d'une étude anatomique et physiologique de ces organes. De l'ovariotomie, 2[e] édition entièrement revue et augmentée. Paris 1876. 1 vol. in-8° de 696 pages, 9 fr.

MAREY. Physiologie expérimentale. Ecole pratique des hautes études. Travaux du laboratoire de M. le professeur Marey, année 1876, tome II. 1 vol. in-8°, avec 198 figures. Le volume correspond à l'année 1875. — Prix 15 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

BOUCHUT (E.). Du nervosisme aigu et chronique et des maladies nerveuses, 2[e] édition. Paris, 1876, 1 vol. in-8° de 405 pages. — Prix, 5 fr.

KIRN (M. L.). Sur les préparations de fougère mâle et de leur efficacité dans le traitement du ténia. Typog. de Hennuyer. Paris, 1874.

LEPAGE (P. H.), PATROUILLARD (CH.). Guide pratique pour servir à l'examen des caractères physiques, organoleptiques et chimiques que doivent présenter les préparations pharmaceutiques officinales inscrites au codex, ainsi que pour l'essai des médicaments chimiques. Paris, 1876, 1 vol. grand in-8°. Cartonné, 4 fr. 50.

D'ESPINE (A.) ET PICAT (C.). Manuel pratique des maladies de l'enfance. Paris, 1876, in-8 de 592 pag. 6 fr.

HERINCQ (F.). La vérité sur le prétendu Silphion de la Cyrénoïque (silphium cyrenaïcum du d[r] Laval). Ce qu'il est, ce qu'il n'est pas. Paris,1876. Gr. in-8 de 51 pag., avec fig. et une carte, 2[e] édit.

Librairie Berger-Levrault, rue des Beaux-Arts, à Paris.

LOMBARD (A.). Influence de la digitale sur la température, le pouls, la tension artérielle et la respiration. Nancy, Berger-Levrault, 1876. Gr. in-8 de 44 pag. avec tracés.

Librairie Gamberini, à Bologne (Italie).

MURRI (A.). La diagnosi delle lesioni sifilitiche del cervello. Bologne, chez Gamberini. 1876 in-8 de 74 pag.

AVIS DIVERS ET RENSEIGNEMENTS.

Roi des médicaments, mais c'est à la condition toutefois que la précieuse écorce du Pérou aura subi une préparation *fixe, déterminée, identique* et *vraiment scientifique*. Or, notre exercice médical nous a donné quelque expérience sur le maniement du Quinquina, et nous en sommes facilement arrivés à cette conviction, que l'*Extrait complet de Quinquina* de Laroche est la préparation qui répond le mieux à ces indications, car l'effet est aussi prompt que durable. (*Gazette des hôpitaux*).

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Fournier. Salle St-Thomas (F.) : 4, syphilide ulcéreuse de l'anus ; 5, pityriasis rubra; 13, ulcère gommeux du pharynx ; 16, hydroa ; 18, acné de la face; 26, uréthrite ; 37, syphilide tuberculo-crustacée du front, lésions osseuses multiples ; 42, syphilide gommeuse en nappe de la lèvre supérieure. — Salle St-Louis (H.) : 30. hémiplégie par syphilis cérébrale ; 23, chancre syphilitique de l'amygdale ; 41, gommes du testicule ; 51, exostoses du tibia ; 46, acné sébacée concrète de la face ; 58 lésion tertiaire des os du nez, nodule gommeux de l'aile du nez.

Service de M. Guibout. Salle St-Charles: 32, chancre induré, plaques muqueuses : 37, pemphigus, prurigo herpétique; 52, psoriasis, 57, Eczéma symétrique fluent des jambes ; 69, syphilide ulcéreuse en groupe. — Salle Henri IV : 41, scrofulide érythémato-squameuse ; 48, syphilide papuleuse, plaques muqueuses ; 49, syphilide ulcéreuse serpigineuse de la face ; 57, lichen hypertrophique de la vulve ; 64, corps fibreux de l'utérus.

Chirurgie. Service de M. Duplay. Salle Ste-Marthe (F.) : 56 fracture du bassin ; 58, 62, cancer du sein opéré ; 57, 59, 91, kystes de l'ovaire ; 69, péritonite tuberculeuse ; 67, corps fibreux de l'utérus, métrorrhagie. — Salle Ste-Augustine (H.) : 12 fracture du bassin ; 13, autoplastie de la région temporale après ablation d'un épithélioma superficiel ; 14, épanchement traumatique articulaire ; 17, fracture du gros orteil ; 18, plaie et perforation de la cornée, hernie de l'iris de cause traumatique ; 19, ostéite profonde du tibia ; 21, fracture de l'extrémité inférieure du fémur, écartement des deux condyles, traitée avec succès par l'extension et la traction continues ; 22, coxalgie suppurée ancienne ; 25, évidement du tibia ; 27, anévrysme cirsoïde de la tibiale antérieure ; 30, abcès ossifluents inguinaux, lésion probable des os du bassin ; 32, 38, fractures du radius ; 33, kyste de l'orbite en voie de guérison ; 37, fistule urethro-périnéale ; 40, abcès du coude ; 39, évidement du tibia ; 49, rétrécissement de l'œsophage ; 51, œdème lymphatique de la jambe gauche avec adénite inguinale suppurée.

Maladies de la peau : M. Lailler, leçons le veudredi, à 8 h. 3/4. — M. Hillairet, leçons le jeudi, à 9 heures.

Chirurgie : M. Duplay, leçons le jeudi, à 9 heures.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

4e ANNEE. — N° 49 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 2 DÉCEMBRE 1876.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. SIMON.

De l'épidémie de tétanie de Gentilly (Seine).

Leçon recueillie par P. REGNARD, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Je vous ai promis de vous tenir au courant de l'épidémie de tétanie que nous observions, M. P. Regnard et moi, dans le village de Gentilly, près Bicêtre (1). Dans deux réunions antérieures, je vous ai apporté les résultats des enquêtes que nous avions faites dans la localité même, le 16 et le 17 courant, et je vous ai présenté la petite Louise B... comme un spécimen de l'affection régnante. Nous nous sommes rendus une troisième fois, au foyer de cette épidémie, et riche de 14 observations, je viens vous signaler les particularités qui s'y rattachent.

Vous n'avez pas oublié sans doute l'origine de nos recherches et le début de cette singulière tétanie. Permettez-moi de vous les rappeler en deux mots.

Le 15 novembre dernier, on nous présente à la consultation de l'hôpital, une fillette, âgée de 10 ans, atteinte depuis la veille, le 14, d'une contracture des deux mains. Cette tétanie qui avait duré une heure environ le premier jour, était revenue le second, depuis la matinée, et durait encore à 9 heures 1/2 du matin, au moment de notre examen.

L'enfant, qui était apyrétique, et ne présentait aucun trouble général, se plaignait de fourmillements dans les avant-bras, ne pouvait ouvrir spontanément ses deux mains bien fermées, le pouce sous les doigts, dans la paume de la main.

Après quelques tentatives infructueuses, je finis par redresser les phalanges, non sans provoquer de la douleur dans le membre. — L'enfant put jouir un instant de la liberté de ses mains et, au bout de 2 à 3 minutes, la tétanie se reproduisit sous nos yeux. Les membres inférieurs étaient indemnes. Nous avions affaire à la maladie connue sous le nom de tétanie, ou contracture essentielle des extrémités. Jusqu'ici rien de bien extraordinaire. Mais quelle ne fut pas notre surprise, quand les parents de cette enfant nous apprirent que dix-huit petites filles de la classe communale venaient d'être frappées de la même affection ! Pas un enfant fréquentant les autres écoles n'était atteint de contracture !

Ce récit nous parut fort étrange et, sans plus tarder, nous nous sommes livrés à un minutieux contrôle des assertions de cette famille.

Après l'examen direct de dix enfants, et les renseignements puisés auprès de l'institutrice et de la municipalité, nous sommes en mesure de vous décrire les caractères de cette épidémie et de la comparer à celles dont la science possède déjà la relation.

L'école des petites filles est seule le foyer de la maladie. Un asile, un pensionnat, et une école de garçons sont complétement épargnés. Ce qu'il y a de curieux, c'est que l'école des garçons, située sur le même terre-plein que celle des filles ne présente nulle différence d'orientation ni de construction.

Les garçons, comme les petites filles, vivent dans le même village, et ne fréquentent la classe qu'à des heures identiques. On ne voit point dans les conditions d'hygiène des petites filles une influence appréciable qui permette d'expliquer ce fâcheux privilége.

(1) Consulter. *Compte-rendu de la Société de Biologie*, séance du 18 novembre 1876.

La contracture a commencé par se manifester graduellement. — Des premiers jours d'octobre au 6 novembre, on ne nous a signalé que quatre cas isolés.

Le premier, c'est la petite B..., âgée de dix ans, qui fut atteinte aux deux mains d'une contracture type, les doigts allongés et réunis avec le pouce, à la façon d'un cône. Ses attaques duraient plusieurs heures, une partie du jour et de la nuit. Elle sentait des fourmillements dans les avant-bras; plus tard, elle accusa même des douleurs qui s'irradièrent au bras et à l'aiselle. Les jambes restèrent libres, et toutes les articulations conservaient leur intégrité. L'état général était excellent, et la gaieté n'était troublée qu'au moment des accès de contracture.

Quelques jours après, une autre fillette, G..., âgée de dix ans, fut aussi prise des deux mains. En juillet dernier, cette enfant avait déjà présenté ces mêmes symptômes de tétanie, mais comme ils s'étaient dissipés au bout de peu de temps, et que le cas était isolé, personne ne s'en était occupé.

La tétanie gagne ensuite, dans ce même mois d'octobre, deux autres enfants: l'une, âgée de 12 ans; l'autre, de dix, d'ailleurs bien portantes, absolument apyrétiques. Chez la première, la maladie s'étend aux quatre extrémités ; chez la seconde, elle ne porte que sur les deux mains.

En résumé, comme vous le voyez, la contracture se développe successivement chez quatre fillettes, élèves de la même classe.

A partir du 6 novembre, la scène change. — On voit naître onze cas de tétanie dans le même jour, et dans les dix jours qui suivirent, la proportion s'éleva à 28 cas — et toujours chez les petites filles de la même école. — L'institutrice elle-même fut atteinte de contracture d'un seul doigt pendant quelques instants.

On ferma la classe le 16, et depuis cette époque l'épidémie s'éteint. On ne nous signale plus de cas nouveaux. Parmi ceux que nous avons suivis, la plupart sont guéris ou en voie de déclin.— Si bien qu'aujourd'hui 29 novembre, c'est-à-dire trois semaines après l'invasion brusque de l'épidémie, on peut la considérer comme à peu près terminée. — Les cas les plus rebelles s'observent chez deux enfants primitivement atteintes avant que la tétanie prît cette allure envahissante. Notez bien tous ces faits, nous chercherons à les interpréter plus tard.

Telle est, esquissée à grands traits, l'histoire sommaire de l'épidémie de tétanie de Gentilly.

Entrons dans les détails, et cherchons-en les symptômes les plus saillants.

Notre attention a tout d'abord été attirée vers les conditions étiologiques, et nous devons l'avouer, nous ne sommes pas complétement édifiés sur cette influence.

Dire que le village de Gentilly est situé dans une vallée encaissée, humide, et faire remarquer que la saison actuelle doit favoriser l'apparition de la tétanie, c'est relater une notion topographique et météorologique, importantes sans doute, qui rentrent, vous le savez de reste, dans les données habituelles de l'étiologie de la contracture essentielle, mais qui ne satisfont pas complétement l'esprit, puisque les petits garçons et les autres enfants du village sont exempts de la tétanie.

Les petites filles prennent, comme les petits garçons, leur repas chez leurs parents, et on ne leur fait suivre aucune pratique, aucun exercice qui leur soient propres. Conséquemment, si l'influence du froid et de l'humidité agit sur les fillettes de la classe communale, il reste à prouver comment elle n'exerce aucune influence sur d'autres enfants du village, et surtout sur les garçons, instruits dans une école en tous points semblable à celle des filles.

Toutes nos petites malades sont comprises entre 9 et 15 ans à l'exception de l'institutrice qui ne fut atteinte qu'un instant. Si nous voulions en conclure que la tétanie affecte plus particulièrement les filles, et surtout celles de 10 à 12 ans, ce serait proclamer le résultat incontestable qui découle de notre statistique personnelle, mais qui ne peut avoir plus de valeur que ceux de Corvisart et des autres auteurs sur le même sujet, par la simple raison qu'ils reposent sur un nombre de cas trop restreints.

Tout ce que nous pouvons affirmer, c'est que la tétanie sévit ici exclusivement sur des jeunes filles et qu'elle peut à juste titre être considérée comme une maladie du jeune âge, mais nous ne nous croyons pas autorisés à généraliser cette constatation et à prétendre que la tétanie frappe de préférence les enfants de 10 ans.

Aucune de nos petites filles n'était préalablement malade. — La contracture était primitive. — Il nous est donc permis d'en tracer un tableau qui ne laissera pas les doutes que font naître certaines épidémies de tétanie, compliquant les pyrexies graves, et présentant des lésions médullaires à la nécropsie. (Exemple: celle de Saunier, *Arch. de méd. belges.*)

En passant à l'étude des symptômes, nous avons constaté pour ainsi dire toutes les formes de la tétanie.

Dans la plupart des cas, la contracture était précédée de sensation de malaise, de faiblesse, ou de fourmillements, siégeant dans les membres supérieurs. Dans un tiers des cas à peu près, la contracture apparut subitement sans prodrôme précurseur. Une fois déclarée, elle se manifesta par accès, qui durèrent depuis quelques instants, jusqu'à plusieurs heures, et même une partie de la nuit.

Au moment des attaques, nous avons examiné toutes les positions signalées. Tantôt la main était contractée, les éminences rapprochées, le creux palmaire plus profond, et les doigts et le pouce réunis de manière à donner à l'ensemble la forme d'un cône. Tel était le cas de la petite N.... la première atteinte.

Tantôt la main se fermait avec force, le pouce se plaçant au-dessous et en dedans des doigts fortement crispés. (Louise B... et d'autres.) Cette disposition fut la plus fréquente parmi nos 14 malades. Quelquefois les doigts s'appliquaient avec énergie dans la paume de la main, mais le pouce restait libre. Ce fut le cas le plus rare. Enfin nous avons observé chez la petite Louise B... l'extension après la flexion des doigts.

La contracture bilatérale était la plus commune ; elle portait dans presque tous les cas, sur les deux membres supérieurs. Peu d'enfants, trois à notre connaissance, ont également été atteints de contracture des jambes et des pieds, (B... et L...).

Quand elle affectait les deux mains, elle nous parut toujours plus forte à droite qu'à gauche, et quand un membre seul était atteint, nous avons le plus souvent noté la main droite. (Ex.: S... 9 ans, L. M. 10 ans.)

Le spasme d'ordinaire énergique cédait à nos efforts, et dans une seule séance, le 16 novembre, nous avons pu ouvrir les mains de 8 enfants qui nous furent présentées au même moment.

La plupart éprouvaient des douleurs dans l'avant-bras pendant cette extension forcée, puis elles ne conservaient plus qu'un sentiment de fatigue. La tétanie reparut sur une petite fille quelques minutes après notre manœuvre, et ne se reproduisit chez les autres que beaucoup plus tard.

Au moment de l'attaque les petites malades se plaignaient de vives douleurs dans la continuité des membres. Chez quelques-unes, ces douleurs irradiaient dans l'aisselle. Il nous a été impossible de constater, ni d'étudier l'anesthésie de la région atteinte, ainsi que vous en trouverez des exemples dans les remarquables travaux de Manouvriez, et de Colas. Toutes celles que nous avons observées, nous ont semblé conserver toutes leur sensibilité absolument intacte, et, chez quelques-unes même plus vive, plus exquise que de coutume.

Après l'attaque, soit qu'elle eut cessé spontanément, soit que nos efforts d'extension l'aient dissipée, il existait dans l'avant-bras, et même quelquefois le bras des sensations désagréables de fourmillements et de coups d'épingles.

Chez les petites filles atteintes de contracture bilatérale des mains, sans tétanie des membres inférieurs, on notait dans les deux jambes, des douleurs, des crampes revenant par accès, et s'accompagnant chez une fillette de formation de nodosités, très-douloureuses, non-colorées, qui disparaissaient avec la fin du spasme des mains (Cas de la fillette B. Adèle, âgée de 10 ans 1/2).

Exceptionnellement, plusieurs enfants ont senti leurs doigts fléchir isolément dans le creux de la main, et l'attaque se dissipait. Nous sommes en mesure aussi de vous assurer que plusieurs enfants, c'était il est vrai le plus petit nombre, ne souffraient en aucune façon pendant la durée ni dans l'intervalle des contractures.

L'état général, toujours excellent, ne nous a jamais présenté des phénomènes spéciaux. L'appétit était conservé, les fonctions digestives normales, l'intelligence nette, l'apyrexie complète et, à part la tristesse survenant sous l'action de la douleur spasmodique, on ne trouvait rien de changé dans la santé de ces écolières.

Une seule enfant se plaignait d'une douleur sur le sommet de la tête qu'on exagérait, disait-elle, par la pression.

Les cas que nous avons étudiés ne nous ont jamais offert de contracture généralisée aux muscles du tronc.

Les attaques, nous vous l'avons dit, duraient depuis un instant, 10 minutes, jusqu'à des heures entières, et même des demi-journées. Leur retour avait lieu indifféremment le jour et la nuit. Chez un certain nombre d'enfants la fréquence d'apparition et le retour des accès se reproduisaient pendant les classes ou les réunions des enfants dans une même salle. — Quand l'épidémie a éclaté, c'est surtout à l'heure de la classe, ou peu de temps après, que les enfants ont été frappées de contracture. Plus tard l'affection se développa sans fixité. Nous vous prions de retenir ces circonstances qui nous aideront peut-être à jeter quelque lumière sur l'ensemble de cette singulière évolution morbide.

Après trois semaines d'activité, la tétanie a cessé de se propager. *Il ne s'est plus déclaré de nouveaux cas*, et la plupart de ceux qui nous appartiennent sont en pleine voie de convalescence ou de guérison. Deux des quatre premières atteintes restent encore sous le coup des attaques, qui cependant s'amendent de jour en jour. — En écoutant la narration des faits que nous vous produisons, vous ne pouvez douter un seul instant de l'existence d'une tétanie, ou contracture essentielle, sous forme épidémique.

L'absence de désordres généraux, et la rapide extension du mal à toute une classe de petites filles, constituent les preuves irréfutables des caractères idiopathiques et épidémiques de cette tétanie.

Mais sous quelles influences s'est-elle développée, et comment a-t-elle pu frapper un si grand nombre de jeunes filles? Si nous ne connaissions que les quatre premiers faits du mois d'octobre, nous n'hésiterions point à nous prononcer, et nous vous dirions : l'état sanitaire du village, la saison humide et froide, voilà, à n'en point douter, les causes de la tétanie, et nous ne sortirions point ainsi du cercle étiologique de la contracture essentielle des extrémités, qui a été envisagée par bon nombre d'auteurs comme d'origine rhumatismale. — Rien ne semblerait plus logique et plus acceptable.

Mais veuillez bien vous souvenir que ces quatre premiers cas ne forment que l'avant-garde de notre épidémie, et qu'il reste à élucider : 1° la question de la localisation du foyer ou une classe de petites filles, celle de l'école communale; 2° à se rendre compte de l'immunité des petits garçons, du même âge, fréquentant une école identique, construite à quelques mètres de distance sur le même emplacement, et à s'expliquer aussi l'immunité des autres écoles et des autres enfants de la localité qui tous, comme les petites filles, ne sont que des élèves externes. (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Quelques observations à propos du pansement de Lister ;

Par le Dr **Samuel POZZI**, agrégé à la Faculté de médecine de Paris (1)

Voici une autre observation qui n'est pas moins frappante que la précédente. Une amputation de la jambe au tiers supérieur guérie au bout de quatre jours d'élévation de température ; la malade se levant le septième jour ; la cicatrisation des parties profondes faite complétement par première intention ; celle des parties superficielles presque complétement — tels sont les principaux traits que nous y ferons ressortir :

OBSERVATION II. *Carie des os du tarse.—Amputation de la jambe au lieu d'élection.*

Dubois Lucie, âgée de 53 ans, entrée le 19 septembre, salle des femmes n° 11. Cette femme avait déjà subi l'année dernière un évidement du calcanéum; guérie pendant quelque temps elle avait été de nouveau obligée de s'aliter pour des lésions pires que les anciennes. Le stylet arrivait par plusieurs fistules sur les divers os du tarse carié; la partie inférieure de la jambe était en outre très-infiltrée; les gaînes musculaires paraissaient atteintes.

Ajoutons que cette femme affaiblie par une longue suppuration et par la misère était pâle, maigre, et déclinait de jour en jour.

L'amputation au tiers supérieur fut proposée et acceptée.

Opération le 25 septembre. — Lambeau externe. On fait huit ligatures d'artères avec du fil de soie ordinaire. — Les chefs des fils sont ramenés aux deux angles de la plaie. — Le lambeau est appliqué exactement à l'aide de 3 poiuts de suture profonde faits avec du gros fil d'argent dont les extrémités s'enroulent sur six plaques du diamètre d'une pièce d'un franc. Ces plaques sont placées à 3 centimètres environ des bords de la plaie et à une même distance l'une de l'autre. — Un gros tube à drainage, affleurant au point le plus déclive de la plaie a été couché dans sa profondeur avant de serrer la suture profonde. Les téguments sont réunis dans les 3/4 de la longueur de la plaie par dix points de suture superficielle faite avec du fil d'argent. Ou n'achève pas de réunir par la suture la partie postéro-inférieure de la plaie superficielle, la coaptatiou étant déjà très-exacte sans cela.

Lanière protectrice de baudruche Hamilton; première couche de coton perméable phéniqué imbibé d'eau phéniquée ; seconde couche du même coton sec. Plusieurs couches de ouate ordinaire et compression avec des bandes, de manière à obtenir un appareil ouaté de Guérin.

Le lendemain 26 la malade a dormi, se trouve bien; la température est prise le soir : elle donne 38° 6.

Le 3e jour (27) même état satisfaisant; la température de 38° 1 le matin monte le soir à 39°, 1. — Le 28 elle est de 38°, 6.

Le 29, matin, température 38°, 1. Le soir elle tombe à 37°,6; elle remonte par une dernière oscillation ascendante, à 38°,1, le 30 au soir, et depuis lors ne s'élève plus jamais au-dessus de la normale. Dès le second jour, l'appétit était apparu beaucoup plus vif qu'avant l'opération. La malade ne souffrait que très-peu, et dormait bien la nuit. Aussi le dimanche 30 septembre, six jours après l'opération, lui fut-il permis de se lever sur un fauteuil pour recevoir la visite de ses parents.

Le mardi 2 octobre, huit jours après l'amputation, le pansement est levé pour la première fois. Le coton perméable imbibé de sérosité sanguinolente, est desséché et forme une sorte de coque solide qu'on enlève tout d'une pièce. Au-dessous on trouve le moignon sans aucune trace de gonflement. Les sutures superficielles sont complètement ôtées. La réunion est presque parfaite : profondément tout est réuni, sauf le trajet du tube qu'on retire et celui des fils qui tiennent encore. Superficiellement, il ne reste plus qu'un écartement d'un demi-centimètre dans une longueur de six centimètres environ où l'on n'a pas fait de suture superficielle, et une solution de continuité longue de 1 centimètre en avant, à l'angle où sont ramenés une partie des fils.

Le lendemain, ablation des sutures profondes.

On presse fortement le moignon sans éveiller la douleur et sans faire sourdre de pus. La malade qu'on peut considérer comme guérie, est pansée tous les deux ou trois jours. Elle passe toutes ses journées assise sur un fauteuil. Le 4 octobre le dernier fil à ligature tombe. Trois semaines après l'amputation il ne restait plus *rien* à cicatriser. Un mois, jour pour jour après cette même date, elle essayait son pilon.

L'observation qui va suivre sera rapportée avec un peu plus de détails, vu la rareté de l'opération qui en est le sujet. J'appelle l'attention du lecteur sur l'extrême bénignité des suites, d'autant plus frappantes, que cette résection est loin d'être toujours sans gravité. Sur 25 sujets opérés soit par le procédé d'Esmarch, soit par celui plus simple encore de Rizzoli, M. Duplay a compté 4 morts (*Archives générales de médecine*, 6e série, T. IV, 1864. 2. p. 478) et il suffit de lire les observations pour remarquer la lenteur ordinaire de la cicatrisation et les accidents qui la retardent. Or, chez notre malade, il n'y a eu *qu'un seul jour* de fièvre (deuxième jour : 38°,4). Dès le troisième jour, l'opéré s'est levé et n'a pour ainsi dire plus été malade ; la plaie profonde était cicatrisée et il n'y avait qu'une plaie superficielle d'une étendue insignifiante.

OBSERVATION III. — *Résection d'un segment triangulaire du maxillaire inférieur pour une ankylose temporo-maxillaire (opération d'Esmarch).*

Ange... Joseph, 22 ans, entré le 6 octobre, salle des hommes, n° 18. Ce jeune homme a toujours eu une mauvaise santé. A l'âge de quatre ou cinq ans, il a eu une adénite cervicale suppurée du côté gauche, qui a laissé une large cicatrice. Il y a sept ans, périostite suppurée du tibia droit (face interne) et du fémur gauche au tiers inférieur ; on en voit les traces profondément marquées.

Il y a six ans, au devant de l'articulation maxillaire, sur la joue droite, est apparue une tumeur indolente, molle, qui atteignit le volume d'une noisette dans un espace de sept à huit mois.

Pendant cette période le malade a ressenti une gène toujours croissante des mouvements de mastication. Il lui est devenu de plus en plus difficile d'ouvrir la mâchoire. Un jour il se heurte violemment à la joue : la tumeur s'ulcère et il s'en écoule une assez grande quantité de sang. L'ouverture resta fistuleuse et pendant trois ou quatre mois il sort de la plaie à plusieurs reprises de petits fragments osseux. La cicatrisation n'est complète qu'au bout d'une année.

Depuis cinq ans les mouvements de la mâchoire sont devenus tout à fait impossibles.

Au niveau du col du condyle, il existe une çicatrice déprimée, adhérente à l'os; c'est la seule lésion qu'on puisse découvrir : il n'existe aucune bride soit extérieurement, soit à la partie interne de la joue; le masséter pris entre les doigts est souple et ue se tend que dans les efforts volontaires du malade.

Il est impossible d'écarter les mâchoires l'une de l'autre. Du côté droit, les arcades dentaires sont si fortement serrées que les dents de la mâchoire inférieure sont notablement inclinées et pour ainsi dire *couchées* d'arrière en avant. Il y a un léger degré de chevauchement des dents supérieures sur les inférieures. A gauche un chevauchement analogue existe de haut en bas, mais les dents n'appuyent pas les unes contre les autres comme à droite; il y a un écartement de deux millimètres d'avant en arrière entre la couronne des dents supérieures et celle des dents inférieures. Cet écartement peut être porté à environ un demi centimètre entre les molaires par les efforts du malade. Grâce à ce faible mouvement de diduction latérale et en forçant les aliments avec les dents de sa fourchette il les introduit par parcelles à travers cette sorte de laminoir. Chacun de ses repas nécessite un long travail et se compose surtout de mie de pain. La parole est indistincte, la voix sourde. Le malade est entré à l'hô-

(1) Voir le n° 48.

pital pour une douleur de la cuisse qui paraît être symptomatique d'un coxalgie au début. Avant qu'il ne demande sa sortie, on lui propose une opération destinée à lui rendre les mouvements de la mâchoire. Elle est acceptée et pratiquée le 20 octobre.

Le sujet soumis à l'anesthésie et dans une résolution complète, on introduit avec difficulté entre ses arcades dentaires un mince levier et on essaie vainement par des pressions énergiques d'écarter les mâchoires. Il ne se produit pas le moindre ébranlement au niveau de l'articulation temporo-maxillaire droite. A gauche, on sent très-nettement un déplacement léger de la branche montante. L'ankylose est donc complète à droite et il y a tout lieu de croire que l'articulation est entièrement saine à gauche. L'opération était donc formellement indiquée. Une difficulté véritable était constituée par l'enclavement exact de toutes les dents. Pour parvenir à enlever la deuxième grosse molaire inférieure, il fallait d'abord ôter son homologue à la mâchoire supérieure qui la recouvrait et la protégeait contre toute tentative d'arrachement. L'avulsion de cette dernière est reconnue impossible : on prend le parti de la sectionner au niveau de son collet à l'aide d'un ciseau étroit et d'un coup de maillet. Grâce à la brèche ainsi obtenue, on peut passer le crochet de la clef de Garrengeot et enlever la première grosse molaire inférieure droite.

L'opération est ensuite conduite de la façon suivante : en s'inspirant du précepte sur lequel insiste avec tant de raison M. le professeur Verneuil de ne pénétrer dans la cavité buccale que le moins et le plus tard possible, une incision de 5 centimètres est faite au niveau du bord inférieur du maxillaire. Elle commence à un centimètre en arrière de l'insertion du masséter. Les tissus sont divisés couche par couche jusqu'à l'os en avant de l'insertion musculaire. L'artère faciale est coupée et liée aussitôt, ainsi qu'une artériole d'assez fort calibre, la sous-mentale probablement ; — les deux bouts de la faciale sont liés, ce qui donne trois ligatures faites avec du fil de soie, faute de catgut. La perte de sang est insignifiante.

Incision du périoste avec un fort scalpel, décortication de l'os avec une rugine, jusqu'au bord alvéolaire, sur une petite surface située au-dessous de la première grosse molaire qu'on a enlevée.

Jusqu'à ce moment on n'est pas entré dans la bouche. Le malade, parfaitement endormi, n'est nullement incommodé par le peu de sang qui coule de son alvéole vide. Une aiguille courbe est alors passée au-dessous du maxillaire, pénètre dans la cavité buccale en arrière du bord alvéolaire et en ressort en avant de lui, entraînant une scie à chaîne qui se trouve à cheval sur l'alvéole de la seconde grosse molaire.

La section est faite rapidement à ce niveau. Immédiatement on abaisse la partie antérieure du maxillaire, on la dépouille de son périoste dans une petite étendue et avec une forte pince de Liston on fait une section oblique de haut en bas et d'arrière en avant; on enlève ainsi un segment triangulaire dont la base, correspondant au bord inférieur, a un centimètre d'étendue. La section obtenue par l'action de la pince n'est pas nette, elle offre des aspérités; on la régularise à l'aide de tricoises, ce qui enlève encore une portion d'os qu'on peut évaluer à cinq millimètres. Le coin réséqué est donc en somme un triangle dont la base a un centimètre et demi et dont le sommet très-aigu correspond à l'alvéole de la première grosse molaire.

Pansement : Un point de suture profonde maintenu à la partie moyenne de la plaie à deux centimètres de chacune des lèvres, par de petites plaques de plomb; quatre points de suture superficielle ne laissent de jour vers la profondeur de la plaie que vers le milieu de la plaie au niveau du passage des trois fils à ligature.

Bandelette protectrice de baudruche Hamilton. Coton perméable phéniqué. Taffetas gommé. — Compression légère avec une bande.

Avant d'appliquer la bande, on a introduit un bouchon de grosseur moyenne entre les arcades dentaires du côté gauche. L'écartement n'a pas été mesuré à ce moment, mais deux jours après, mesuré avec une glissière, il était de douze millimètres et demi entre les incisives.

Le 20, jour de l'opération, le malade n'a pas eu de fièvre : il a un peu dormi la nuit; mais salivation extrêmement abondante, un peu sanguinolente.

Le 21, second pansement. La plaie est en bon état. Pas de suppuration ; pas de fièvre. Température axill. 37°, 6. Dans la journée le malade prend du bouillon et du vin. — Soir : température axill. 38°, 4.

Le 22, troisième pansement. La plaie est réunie, sauf à la partie moyenne (passage des fils). Léger écoulement purulent par cet orifice. — Salivation muqueuse avec quelques petits flocons de pus.

Pas d'odeur de la bouche. Températ. axillaire, 37°,4; même pansement. — Soir : température 37°, 9. On enlève les quatre points de suture superficielle, et la suture profonde. La salivation est parfaitement claire. On pratique avec une seringue un lavage de la plaie; le liquide (phéniqué) passe en petite quantité dans la cavité buccale. Pas d'odeur de la bouche. — Ecartement des mâchoires 12 mm. 1/2. Dans la journée le malade se lève pendant plusieurs heures. Température, matin, 36°,7. — Soir : 37°,4. Le 24 matin, Température 37°,2. Soir : 37°,7. Le 25 matin. T. Ax, 37°,3. Soir, T. Ax. 37°3.

Le 26. A partir de ce moment on n'a plus pris la température. Le malade s'est toujours bien porté, a mangé avec appétit, des potages, des purées, des viandes hachées. Un pansement par jour. La communication des deux plaies a persisté jusqu'au 31 octobre.

31 *octobre*. Ce jour là l'injection du liquide phéniqué, par la plaie externe, ne pénètre plus dans la cavité buccale. Le malade exécute spontanément des mouvements de mâchoire qui ont une amplitude très-notable. Ecartement maximum 2 centimètres 1/2 au niveau des incisives. Minimum 6 millimètres. Ce dernier écartement est permanent; il est produit par le retrait en arrière du segment antérieur de la mâchoire. C'est un écartement dans le sens antéro-postérieur et non pas un écartement suivant la hauteur. La parole, qui avait été très-difficile dans la première semaine, ne coûte plus aucune gêne au malade.

14 *novembre*. La plaie est complétement cicatrisée. Il reste à la partie moyenne un petit bourgeon charnu que l'on cautérise avec le nitrate d'argent. (*A suivre.*)

PATHOLOGIE EXTERNE

De l'épithélioma térébrant du maxillaire supérieur ;

Par le Dr **RECLUS**, interne des hôpitaux (1).

Mieux encore que dans la première observation nous verrons, dans la seconde, la rapidité d'évolution de l'épithéliome cavitaire du maxillaire supérieur. Les opérations successives qui furent pratiquées n'ont eu pour résultat que de hâter la terminaison fatale, survenue au moment où la troisième tentative d'extirpation allait être faite.

Observation II. — *Epithélioma cavitaire du maxillaire supérieur ayant débuté par des douleurs intenses avec des exacerbations nocturnes. — Profonde cavité creusée dans l'épaisseur du maxillaire et tapissée de bourgeons épithéliaux. — Sur le rebord alvéolaire, orifice fistuleux d'où s'écoule un liquide sanieux et du pus. — Opérations multiples. — Examen histologique démontrant l'existence de globes épidermiques. — Récidives. — Mort.* (Thèse de Jacquelin.)

Elisa Droguet, sans profession, âgée de 59 ans, et entrée le 30 mars 1875 dans le service de M. Verneuil, pour une affection du maxillaire supérieur.

Cette femme a toujours été bien portante ; il n'existe, dans ses antécédents, ni syphilis, ni scorbut; elle est mariée et a eu quatre enfants dont trois sont morts scrofuleux à un âge peu avancé ; le dernier survivant est lui-même scrofuleux ; son père est mort accidentellement ; quant à sa mère, elle a vécu jusqu'à 80 ans ; on ne peut trouver dans la famille aucun vestige cancéreux.

(1) Voir le n° 47. — Ce travail a été communiqué à l'*Association française pour l'avancement des sciences*, session de Clermont.

Elle a toujours eu de très-mauvaises dents, celles de la mâchoire supérieure se sont détruites une à une; la dernière a été arrachée il y a 4 ans environ. Un appareil dentaire a été posé qui bientôt a déterminé une vive irritation des gencives. Cependant, malgré ses souffrances, la malade conservait encore son râtelier, lorsqu'au mois de janvier dernier, trois mois avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise de douleurs violentes qui, de la mâchoire supérieure, s'irradiaient vers la cavité orbitaire et le conduit auditif. Elles étaient beaucoup plus intenses la nuit que le jour, et violentes au point d'empêcher le sommeil. C'est vers cette époque que la malade en promenant la langue sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur reconnut l'existence d'un gonflement anormal. Elle consulta un dentiste qui explora la mâchoire avec un stylet et aurait, dès cette époque, prononcé le mot de cancer. La malade se décida alors à se présenter à l'hôpital et M. Verneuil l'admit dans ses salles.

On constate à gauche, au niveau de la première grosse molaire, un orifice étroit limité par un rebord fongueux et qui laisse pénétrer un stylet à une profondeur de trois à quatre centimètres.—M. Verneuil, dont l'attention n'était pas encore attirée sur cette variété de tumeur, crut à une nécrose circonscrite du bord alvéolaire. Il voulut extraire le séquestre et pour le mettre à nu incisa la muqueuse autour de la fistule et la décolla, mais au lieu de trouver une portion osseuse malade, le doigt pénétra dans une cavité anfractueuse, couverte de bourgeons charnus qui furent enlevés à l'aide d'un instrument mousse. M. Longuet en pratiqua l'examen histologique et reconnut qu'il s'agissait d'un épithélioma papillaire à éléments plus petits que ceux qu'on rencontre ordinairement; plus tard, M. Nepveu qui fit le même examen sur une végétation récidivée, enlevée d'un coup de ciseaux par M. Verneuil, retrouva, lui aussi, les mêmes amas épithéliaux contenant des globes épidermiques.

L'opération incomplète de M. Verneuil n'apporte aucune modification dans la marche de la tumeur. Par l'orifice s'écoulait, d'une manière continue, une eau rousse, fétide, tenant quelques détritus en suspension; un liquide tantôt sanieux, tantôt purulent et toujours d'une odeur repoussante; des végétations rouges, molles, un peu saignantes se développent sur le pourtour de l'orifice fistuleux qu'elles limitent; les douleurs sont toujours très-vives, lancinantes et s'irradient vers l'œil et l'oreille, surtout pendant la nuit. La joue est rouge, tuméfiée, soulevée par la tumeur; à son niveau la moindre pression est douloureuse. M. Verneuil renouvelle sa première opération; il met à nu la cavité et en rugine les parois recouvertes de bourgeons charnus exubérants. La paroi interne lui parut fort épaisse, aussi renonça-t-il à sa première opinion d'après laquelle cette cavité n'était autre que le sinus maxillaire.

Peu de jours après, la tumeur récidive avec plus de violence; M. Verneuil propose alors une opération radicale, il enlève la plus grande partie du maxillaire, mais il ne peut cependant poursuivre la tumeur dans tous ses prolongements. La malade perdit une quantité de sang assez considérable; les jours suivants, elle se plaignit de douleurs atroces dans le pharynx, de dysphagie et, le 16 juin, elle succombait, deux mois et demi après son entrée à l'hôpital, six mois après le début probable de son épithélioma. Il ne fut pas possible de déterminer nettement la cause de sa mort et l'autopsie ne put être pratiquée.

Au premier abord, on pourrait croire que ces singulières tumeurs ont pour origine le sinus maxillaire. Leur siége à la mâchoire supérieure, leur nature épithéliale, l'existence d'une cavité profonde éveillent naturellement cette idée. Ne serait-ce donc pas une variété spéciale d'épithélioma du sinus et différente de la forme ordinaire en ce que, au lieu d'obstruer l'antre d'Highmore de ses végétations, elle en tapisserait simplement les parois sans en remplir la cavité?

Non, car dans ce cas nous eussions eu des déformations des cornets et de la cloison, des épistaxis et l'écoulement par le nez de liquides sanio-purulents; ce sont là des signes de premier ordre et sur lesquels insistent, dans leurs thèses, MM. Fourdrignier et Jacquelin. Et puis, comme le revêtement du sinus est un épithélium cylindrique, l'examen au microscope nous eût donné sans doute non pas ces globes épidermiques et ces amas stratifiés qui naissent le plus souvent sur des muqueuses à épithélium pavimenteux, mais bien plutôt des éléments cylindriques analogues à ceux qui tapissent le sinus. Enfin M. Verneuil — et cette preuve nous suffirait — a dans un cas mis à nu la tumeur; il a ouvert sa cavité, il en a ruginé les parois, et après cet examen direct, il rejeta sa première hypothèse d'après laquelle l'épithélioma aurait pris naissance dans l'épaisseur du sinus maxillaire.

Aussi a-t-il adopté promptement une nouvelle interprétation. — Il n'est pas rare, lorsqu'on pratique l'avulsion d'une dent, d'enlever avec elle de petits kystes pyriformes appendus aux racines. Ces kystes ont l'aspect d'un ballonnet rempli de liquide, d'une vésicule blanchâtre du volume d'un pois à celui d'une cerise; leur surface interne est recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié. M. Magitot, qui en a fait une étude spéciale, les désigne sous le nom de « kystes périostiques. » D'après cet auteur ils se développeraient à la suite d'un décollement du périoste alvéolaire: sous l'influence d'une légère inflammation ou même d'un traumatisme, ce périoste se détacherait; une exsudation purulente ou séreuse se ferait qui séparerait de plus en plus la racine de son périoste, et le kyste agrandi par la résorption progressive des os qui l'environnent serait alors constitué par une poche membraneuse au milieu de laquelle pointerait la racine dénudée de la dent.

Cette théorie est passible de graves objections; il est des cas dans lesquels les conditions étiologiques invoquées par M. Magitot manquent complétement; il n'y a pas eu de traumatisme, de tentatives d'extraction; il n'existe pas sur la dent, saine de sa racine à sa couronne, la moindre trace inflammatoire. Et puis la naissance sur le périoste d'un épithélium stratifié qui se formerait de toutes pièces dans le cours d'une inflammation, est pour le moins exceptionnelle. Il se peut que l'opinion des auteurs, de Thiersch en particulier, qui veulent que tout épithélium naisse d'un épithélium soit trop absolue, et l'on a dit que les bourgeons charnus et les fistules peuvent se recouvrir de cellules épithéliales; mais ces cas sont fort rares et une théorie sérieuse ne saurait s'étayer sur des faits douteux ou exceptionnels. Aussi avant d'accepter l'opinion de M. Magitot, nous voudrions qu'il nous citât plusieurs observations d'abcès dont la membrane limitante se soit recouverte d'épithélium.

Ne serait-il pas plus simple d'expliquer avec M. Verneuil l'origine de ces kystes et de leur épithélium par un état embryonnaire persistant?... Toutes les fois que des éléments se développent dans un tissu qui, d'ordinaire, n'en contient pas, il faut rechercher si, à quelque période de l'état embryonnaire ou fœtal, ces éléments n'existent pas d'une manière normale: ils ont été par mégarde oubliés dans l'organisme, mais tout à coup ils se réveillent et l'on voit naître une tumeur qu'aucun lien apparent ne rattache aux tissus qui l'environnent. N'est-ce pas à cette méthode que nous devons nos notions les plus exactes sur certains kystes de l'ovaire et du cordon, sur les fistules congénitales, les tumeurs dermoïdes et — pour ne pas quitter les maxillaires qui nous occupent maintenant — sur les kystes des alvéoles?

On peut voir dans les planches annexées au remarquable mémoire de MM. Magitot et Legros « *Sur l'origine et la formation du follicule dentaire* » des traînées épithéliales en plus ou moins grand nombre qui parcourent les tissus du maxillaire. Parfois, elles s'anastomosent entre elles en un véritable réseau ou se terminent par des extrémités arrondies; parfois, une portion semble s'être détachée d'une traînée voisine et se présente sous l'aspect d'un globe épidermique isolé. Leur origine est maintenant très-connue: lorsque le follicule dentaire se referme sur les éléments de la dent future qu'il entoure en entier, il rompt en un point le cordon qui soutient l'organe de l'émail; aussitôt ce cordon bourgeonne dans sa portion libre et, par une sorte de rivu-

lation, pousse en divers sens des prolongements qui le font assez bien ressembler à un delta sillonné par des bras en grand nombre. Ce bourgeonnement s'observe d'ailleurs aussi bien pour le cordon primitif que pour le cordon secondaire ; pour celui des dents temporaires que pour celui des dents permanentes. Il est vrai que ces débris épithéliaux se résorbent d'une manière graduelle au moment de l'éruption de la dent, mais quelques vestiges peuvent persister ici, comme pour le testicule et l'ovaire persistent le *corps de Giraldès* et l'*organe de Rosenmüller*. Ne serait-ce pas eux que Serres, puis Kölliker et Bowman ont décrit dans l'épaisseur de la muqueuse sous le nom de glandes tartriques ? Cette opinion nous paraît très-vraisemblable.

Nous voici maintenant en possession de l'organe embryonnaire dont la persistance anormale pourra nous expliquer l'apparition chez l'adulte de toutes les tumeurs épithéliales du maxillaire. L'épithélioma central de cet os ?... mais pour qu'il se produise il suffit simplement que les globes épidermiques végètent et envahissent les tissus ambiants. — Les kystes périostiques de Magitot ?... mais au lieu d'invoquer une inflammation hypothétique n'est-il pas plus naturel de croire à une dilatation des cylindres épithéliaux qui se remplissent de sérosité ? C'est du moins ainsi que les choses se passent dans le « *corps de Giraldès* » lorsque, par un développement anormal, il donne naissance aux hydrocèles enkystées du cordon. Maintenant, que ces kystes du maxillaire s'agrandissent par la résorption des parois osseuses ; que l'épithélium qui les tapisse végète comme il végète parfois dans les glandes sébacées et notre épithélioma cavitaire sera constitué !

Telle est, d'après nous, la pathogénie véritable de l'épithélioma térébrant du maxillaire supérieur. Nous tenons à notre hypothèse car elle a, du moins, l'avantage d'expliquer l'apparition de cette tumeur singulière d'après les lois ordinaires de la pathologie générale. Rien n'est en effet mieux connu que la production des kystes aux dépens d'organes embryonnaires oubliés pour ainsi dire au milieu des tissus adultes et nous avons cité comme exemple les kystes du ligament large et du cordon ; nous pourrions ajouter les odontômes, certains kystes du cou et de la queue du sourcil. Voilà pour le premier point. — Le second ne nous paraît pas moins bien établi, car on ne compte plus les cas où des tumeurs épithéliales ont pris naissance sur les parois de cavités kystiques, de tannes, de glandes sébacées ou même sur le revêtement des bourses séreuses normales ou anormales. Tout récemment encore, on nous parlait d'une curieuse observation d'épithéliome développé dans un vieil hygroma prérotulien. — Ainsi, organe embryonnaire préexistant, cavité kystique secondaire, prolifération exagérée des cellules pariétales du kyste, telles sont les trois étapes que semble parcourir notre épithélioma cavitaire.

Conclusions.

Les trop longs développements qui précèdent peuvent se résumer en trois propositions fort courtes :

1° Le maxillaire peut être le siége d'épithéliomas à marche rapide, caractérisés par une cavité spacieuse et tapissée de bourgeons exubérants.

2° Il est probable que ces épithéliomas cavitaires ont pour origine les kystes si fréquemment appendus aux racines des dents.

3° Ces kystes eux-mêmes, ainsi que les épithéliomas ordinaires des mâchoires, naîtraient des débris épithéliaux, vestige du bourgeonnement des cordons des dents temporaires et permanentes.

Bibliographie.

Broca. *Des odontômes en général, Traité des tumeurs.*

Fourdrignier. *Des tumeurs solides du sinus maxillaire.* Thèses de Paris, 1868.

Guillaume. *Tumeurs malignes du maxillaire supérieur.* Thèses de Paris, 1875.

Guyon. Article *Maxillaire* (pathologie), *Dictionnaire de Dechambre.*

Jacquelin. *Etude sur l'épithélioma des maxillaires.* Thèses de Paris, 1875.

Magitot. *Mémoires sur les kystes des mâchoires* (*Archives générales de médecine*, 1872 et 1873).

Magitot et Legros. *Origine et formation du follicule dentaire chez les mammifères* (*Journal de l'anatomie et de la physiologie de Robin*, 1873).

Verneuil. Clinique inédite, 1876.

REVUE CLINIQUE.

Hospice de la Salpêtrière. — **M. CHARCOT.**

Du tremblement dans la maladie de Parkinson. (*Paralysie agitante.*)

M. Charcot a consacré une bonne partie de sa leçon du 19 novembre à la *paralysie agitante* en insistant toutefois plus particulièrement sur différents points de l'histoire de cette maladie.

I. Tout d'abord M. Charcot s'est attaché à montrer que la dénomination de *paralysie agitante* est impropre. Il est, en effet, singulier de donner le nom de *paralysie* à une affection dans laquelle, durant longtemps, la force musculaire est conservée. Le mot « paralysie » outre qu'il n'est pas justifié, a encore l'inconvénient d'inquiéter les malades, de les conduire à s'imaginer qu'ils ont une lésion organique grave, tandis que, en réalité, jusqu'ici, on n'a jamais découvert d'altération sérieuse et constante et cela bien que les examens microscopiques les plus attentifs aient été pratiqués.

Le qualificatif « agitante » ajouté au mot « paralysie » n'est pas non plus absolument exact — au moins appliqué à certaines formes, cependant très accusées, bien que le tremblement fasse défaut, et dont le diagnostic peut être rigoureusement établi.

Ces considérations ont amené M. Charcot à proposer d'appeler cette affection : *maladie de Parkinson*, du nom du médecin anglais qui, le premier, en 1817, a sérieusement attiré l'attention sur elle.

II. On sait que c'est à M. Charcot que revient le mérite d'avoir séparé nettement la paralysie agitante d'une autre maladie, très-intéressante, elle aussi, la *sclérose en plaques*. On connaît la description minutieuse qu'il en a tracée et dont chaque année ses auditeurs, par l'examen direct des malades, peuvent vérifier l'exactitude. Néanmoins, la conviction n'est pas faite, paraît-il, dans les esprits et, en particulier, on a contesté les assertions de M. Charcot relatives aux caractères du tremblement de la tête.

D'après M. Charcot, le tremblement de la maladie de Parkinson débute le plus souvent par l'un des membres et se généralise ensuite peu à peu « tout en respectant cependant la tête (1). »

A un autre endroit de ses *Leçons*, M. Charcot répète que, dans la règle, la tête et le cou restent indemnes. (*Loc. cit.* 1re édition, p. 154).

Plus loin, enfin, lorsqu'il compare le tremblement dans la sclérose en plaques et dans la paralysie agitante, M. Charcot s'exprime ainsi à ce sujet sur deux femmes atteintes de paralysie agitante.

« Vous observerez, en outre, que chez elles la tête ne prend pas part au tremblement ou si elle paraît agitée par des oscillations, celles-ci lui sont évidemment communiquées ; il s'agit là d'une transmission des secousses dont les membres et le torse sont le siége. L'absence du tremblement de la tête me paraît être un fait à peu près général dans la paralysie agitante. » (*Loc. cit.*, p. 203).

L'opinion de M. Charcot, on le voit, est exprimée d'une façon formelle. Quelques médecins ont contesté la réalité de ce fait et ont avancé que « *les oscillations rhythmiques, dans certains cas de paralysie agitante, portent également sur l'extrémité céphalique.* (Voir *Mouv. méd.*, mai) » Or, dans la paralysie agitante, les mouvements qui animent la tête lui sont communiqués par le tronc. M. Charcot compare ce phénomène de transmission à celui qu'éprouve le

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1re édition, p. 145.

cavalier qui subit les mouvements que lui communique sa monture.

Pour prouver que cette explication est vraie, M. Charcot a eu l'idée de faire disposer sur la tête de ses malades, et perpendiculairement au front, une baguette terminée par un plumet : chacun des assistants a pu constater chez plusieurs sujets atteints de maladie de Parkinson que, quand les malades sont libres, le plumet est sans cesse en mouvement. Mais si, à l'aide d'un artifice quelconque, par exemple en élevant fortement le tronc et les bras, on arrête les mouvements des membres supérieurs, on suspend du même coup celui de la tête et les plumets deviennent immobiles. Il ressort de là bien évidemment que l'opinion formulée par M. Charcot est rigoureusement exacte et que, dans la règle, *la tête ne tremble pas*, du moins par elle-même.

III. Un autre point sur lequel M. Charcot a beaucoup insisté, c'est que le tremblement ne constitue pas un symptôme nécessaire de la maladie de Parkinson. Il est, en effet, une forme de cette maladie, *forme fruste* par excellence, pour employer les expressions mêmes de M. Charcot, dans laquelle le tremblement est si léger qu'il passe inaperçu des malades, ou n'apparaît qu'au bout de trois ou quatre ans, ou même fait complétement défaut.

Déjà dans la première édition de ses *Leçons*, M. Charcot a parlé de cette forme fruste. Il a rapporté sommairement l'histoire d'un malade de sa clientèle privée et nous avons consigné dans une note l'observation d'une malade de son service, à la Salpêtrière, nommée Guill.., et chez laquelle le tremblement n'avait paru que quatre ans après le début du mal. M. Charcot a rappelé ces faits et, de plus, il en a cité deux autres qu'il a bien voulu nous communiquer.

OBSERVATION I. — *Habitation humide; chagrins. — Névralgie frontale (?). — Faiblesse du pouce de la main gauche, puis de la main droite. — Lenteur de la démarche. — Attitude générale. — Aspect de la physionomie. — Propulsion. — Besoin de déplacement. — Sensation de chaleur. — Circonscription du tremblement qui a passé inaperçu du malade. — Caractères de l'écriture.* (Obs. de M. CHARCOT.)

M. R..., associé d'une grande maison de tapisserie à Paris, âgé de 47 ans, s'est présenté dans mon cabinet en décembre 1868. Il m'a raconté que durant de longues années, il a demeuré habituellement, pendant toute la durée du jour, dans un bureau humide. Mais il insiste surtout, parmi les causes qui, dans son opinion, ont dû contribuer à développer la maladie dont il souffre, sur les grands tracas qu'il n'a cessé d'éprouver depuis qu'il est associé.

Il y a 4 ans, M. R... a souffert pendant 2 ou 3 mois d'une douleur de tête très-vive, siégeant sur le front du côté gauche et à la racine du nez du même côté. Les douleurs, revenant par paroxysmes, s'accompagnaient souvent d'une rougeur intense de l'œil gauche. Elles se sont terminées, comme il le raconte, par un rhume de cerveau, occupant la narine gauche. Auparavant, il y a 12 ou 15 ans, il avait éprouvé à plusieurs reprises des douleurs articulaires, qui n'ont jamais été assez intenses toutefois pour constituer une véritable maladie.

C'est peu de temps après la cessation de la névralgie frontale (?) que la maladie actuelle aurait débuté. Le premier symptôme observé paraît avoir été ce que M. R... appelle une faiblesse du pouce de la main gauche. Il s'en est aperçu en jouant aux cartes. Il éprouvait une certaine difficulté à tenir son jeu de cette main; peu à peu la main, puis l'avant-bras, et le membre tout entier enfin sont devenus faibles. Jamais il n'a existé dans ces parties de fourmillements, d'engourdissement, de douleurs d'aucun genre. Il n'y a jamais existé non plus, le malade l'assure du moins, la moindre trace de tremblement. La main droite s'est prise plus tard de la même façon; alors M. R... a commencé à ne plus pouvoir écrire que lentement, péniblement. Bien que l'écriture soit restée régulière, les caractères tracés sont tellement petits, qu'il faut s'armer d'une loupe pour les lire distinctement. Les membres inférieurs se sont affaiblis en dernier lieu.

Lors de l'entrée du malade dans mon cabinet, j'ai été frappé immédiatement de la lenteur de sa démarche et, en général, de tous ses mouvements. Son attitude et sa physionomie présentaient également quelque chose de tout-à-fait caractéristique. Il se tient, marche et s'assied tout d'une pièce; on le dirait empoté, soudé dans toutes les articulations. La tête est légèrement inclinée en avant; il lui est impossible de la tourner vivement soit à droite soit à gauche. Le regard est fixe, les traits sans mobilité : ils expriment, à un certain degré, la stupeur et la tristesse. M. R... ne peut qu'à grand'peine faire une grimace. Le visage offre une pâleur singulière; on le dirait recouvert d'un masque. — Le débit est particulièrement lent : chaque parole coûte un effort, la moindre conversation produit de la fatigue. Du reste, pas traces d'embarras dans l'articulation des mots.

M. R... marche le corps incliné en avant; il progresse à petits pas; les membres inférieurs, et les supérieurs eux aussi, sont rigides, demi-fléchis. Il ressent parfois une certaine tendance à la propulsion, c'est-à-dire qu'il se voit obligé de marcher plus vite qu'il ne le voudrait.

Il éprouve un incessant besoin de changer de place; quand il est assis il désire se lever et, à peine levé, il voudrait s'asseoir. En un mot, comme il dit : il ne se trouve bien nulle part. Cela est surtout marqué la nuit, au lit : les membres ont à peine pris une attitude qui paraît favorable au repos, qu'il la faut changer, en raison du sentiment de fatigue douloureux dont ils deviennent bientôt le siége.

D'ailleurs, à part cette sensation de fatigue, de pesanteur qui existe dans les membres pour ainsi dire d'une façon permanente à un certain degré, on ne constate chez M. R... aucun trouble de la sensibilité : pas d'anesthésie, pas d'hyperesthésie, seulement de temps à autre, principalement la nuit, un sentiment de chaleur qui le porte à se découvrir. Il s'est produit depuis quelques mois un amaigrissement général assez prononcé, mais on n'observe aucune trace d'atrophie partielle. Aucun désordre à noter, du reste, dans la santé générale.

Pendant le temps que j'examinais M. R..., je m'aperçus que, par instants, *sa main gauche, abandonnée sur le genou correspondant, était agitée par un léger tremblement*. Je le lui fis observer. Il en parut fort étonné, et m'assura une fois de plus qu'il n'avait jamais remarqué dans aucune partie de son corps la moindre trace de tremblement. « Toute ma maladie, ajouta-t-il, me paraît consister en ce que ma volonté, d'ailleurs aussi ferme que par le passé, n'est plus écoutée par les muscles qui ne répondent que lentement et tardivement. »

Je me suis assuré que la main gauche était la seule partie qui présentait le tremblement en question. Je priai M. R..., de prendre la plume de la main droite et d'écrire quelques mots. Il traça lentement, mais d'une main ferme, des caractères réguliers, tellement fins à la vérité que, ainsi que je l'ai dit plus haut, on peut à peine les déchiffrer à l'œil nu.

Les mains ne présentent pas de déformation permanente; mais les doigts prennent facilement et sans que le malade en ait conscience, l'attitude particulière qu'ils offrent lorsqu'on tient une plume à écrire.

A une époque où, chez M. R..., tous les autres caractères assignés par M. Charcot à la paralysie agitante étaient présents et avaient acquis une intensité déjà considérable, seul le tremblement — que quelques auteurs tendent à considérer comme un trait essentiel à la maladie, était pour le moins à peine accusé puisqu'il avait échappé au malade lui-même. De plus, il était de date récente et la maladie existait — avec tous ses autres symptômes, depuis quatre années. Le second fait n'est pas moins démonstratif.

OBSERVATION II. — *Rhumatisme articulaire aigu. — Malaises. — Douleurs et raideurs musculaires. — Bave. — Attitude générale. — Lenteur de la démarche. — Latéro-pulsion. — Aspect de la physionomie. — Ecriture normale. — Absence complète de tremblement.* (Obs. communiquée par M. CHARCOT.)

Mme G..., âgée de 40 ans environ, est attachée à un éta-

*

blissement hydrothérapique bien connu, à titre de professeur de gymnastique.

Elle a subi il y a 20 ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu ; un peu plus tard une fièvre typhoïde qui paraît avoir été assez grave ; en dernier lieu une pneumonie.

Peu de temps après la guerre, elle commença à ressentir certains malaises indéfinissables ; elle était moins alerte, elle se sentait raide, incapable d'exécuter des mouvements rapides et par conséquent fort gênée dans ses excercices. Un jour, en montant une échelle, elle ressentit dans la jambe gauche une douleur vive avec crispation des orteils. Ces crampes douloureuses se reproduisent encore aujourd'hui dans le même membre de temps à autre. Des douleurs sourdes accompagnées de raideur musculaire se sont fait sentir alors et se font sentir encore actuellement à la nuque, dans les reins, quelquefois aux épaules.

Il y a 6 mois, la malade a remarqué qu'une grande quantité de salive s'écoulait involontairement de sa bouche. Le phénomène s'est modifié depuis quelques semaines sous l'influence d'un traitement approprié. (Hyoscyamine : 4 ou 5 milligr. par jour en pilules.)

Aujourd'hui, l'attitude de Mme G... est particulièrement raide et pour ainsi dire empesée. La démarche est lente et pénible : le départ est surtout difficile et précédé d'un temps d'hésitation. Il n'y a pas de tendance à la propulsion ou à la rétropulsion, mais de temps en temps Mme G... se sent invinciblement entraînée vers le côté gauche.

Au repos, comme pendant la marche, la tête reste immobile, légèrement fléchie. Les traits sont inertes, les yeux fixes, la bouche serrée. Les paroles s'échappent lentement, faiblement articulées et avec un timbre légèrement nasonné.

Les deux bras, pendant le long du corps, sont un peu rigides dans la demi-flexion. Les doigts des mains sont légèrement fléchis, les poignets un peu étendus ; la volonté peut modifier ces attitudes, mais non sans effort.

Il n'existe pas la moindre trace de tremblement, même aux mains. La malade peut écrire encore d'une écriture très-fine, mais très-lisible et dont les caractères ne paraissent nullement tremblés, même quand on les examine à l'aide d'une loupe. Ces caractères sont tracés lentement, péniblement, et il a fallu en ma présence plus d'un quart d'heure pour écrire une dizaine de mots.

Bien qu'il n'y ait pas, comme on voit, à proprement parler de tremblement des mains, il y a lieu de remarquer qu'à l'occasion de certains actes, comme celui de prendre un mouchoir dans la poche, les doigts sont quelquefois agités de quelques secousses rhythmées, d'ailleurs très-fugitives.

A part le tremblement qui manque complétement, nous retrouvons chez Mme G... tous les symptômes principaux de la maladie de Parkinson. L'aspect général de cette dame, plus peut-être encore que celui de M. R..., nous rend compte d'une singulière erreur de diagnostic qui est quelquefois commise. En raison de l'attitude empesée des malades, de la gêne des mouvements devenus d'une lenteur extrême ; en raison de l'immobilité des traits qui font ressembler la figure à un masque en cire et imprime un certain cachet d'hébetude à la physionomie ; en raison aussi de l'écoulement involontaire de la salive et de l'embarras de la parole, on s'est imaginé plusieurs fois avoir affaire, en pareille circonstance, à un ramollissement du cerveau, principalement lorsque la rigidité est surtout prononcée sur les membres d'un côté. C'est là une erreur complète ; les facultés intellectuelles dans la maladie de Parkinson, dont nous venons de parler, sont intactes. M. Charcot ne manque aucune occasion de relever cette intégrité de l'intelligence qui persiste le plus ordinairement jusqu'à la fin.

Des détails dans lesquels M. Charcot est entré et que nous avons analysés succinctement, — des faits qu'il a cités, il nous paraît ressortir d'une façon indubitable : 1° que le tremblement de la tête qui se voit quelquefois dans la *maladie de Parkinson*, est un tremblement communiqué, contrairement à ce qui a lieu dans la sclérose en plaques ; — 2° qu'il existe une forme de cette maladie dans laquelle le tremblement ne se montre pas ou tout au moins ne se manifeste que tardivement alors que depuis des années la maladie est parfaitement constituée.

BOURNEVILLE.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Les Affaires médicales de l'Armée.

Les réformes, depuis si longtemps désirées dans l'organisation du service de santé militaire, viennent de recevoir un commencement d'exécution par un vote au Sénat, vote qui n'a pas été sans incidents. Désormais la cause est gagnée. La Chambre des Députés acceptera, nous n'en doutons pas, la loi sur l'administration de l'armée ; toutefois, nous aurions encore quelque crainte sur la réalité de l'autonomie médicale à établir par le réglement d'administration publique, si M. le Ministre de la Guerre n'avait déclaré que, malgré son amendement, il était entièrement d'accord sur le fond avec la Commission. Les décisions du Conseil d'Etat resteront donc conformes non-seulement au texte même de la loi, laquelle est trop concise, mais elles seront encore inspirées par les considérations mêmes de cette Commission et du projet Freycinet.

Le principe de toutes ces réformes, la base essentielle que nous n'avons cessé de réclamer pour nos confrères de l'armée, est une direction du service de santé au ministère, avec un inspecteur médical comme chef : cette clef de voûte étant placée, il nous semblerait inutile d'exposer à nos lecteurs les remarques que nous avons pu recueillir çà et là, sur le volontariat, et les médecins réservistes ; car le fonctionnement de ces deux institutions ayant été jusqu'ici placé entre les mains de personnes non médicales, il était bien évident qu'il ne pouvait rien en résulter de bien pour le service de l'armée, et en tout cas les résultats obtenus ne doivent en rien être attribués au corps de santé, lequel, nous le répétons, n'a pas eu, en réalité, jusqu'ici voix au chapitre. Ces faits acquis sont néanmoins tellement bizarres qu'il nous a paru intéressant de les consigner dans notre Bulletin.

Quel service font aujourd'hui les volontaires d'un an, étudiants en médecine ? Ces jeunes gens, pour arriver au volontariat médical et être infirmiers, ont dû faire une demande spéciale, et ils commencent par rester pendant trois mois sous les ordres absolus d'un officier comptable pour apprendre l'exercice du fusil. Bien qu'il puisse être utile à un infirmier de posséder le maniement du chassepot, nous ferons remarquer que passer le quart du volontariat à acquérir des connaissances prohibées dans leur application par la *Société de Genève*, peut paraître exagéré. Le jeune volontaire apprend, ensuite, dans une Ecole dite des infirmiers de visite, la tenue des cahiers de visite et la rédaction des relevés d'aliments et de pharmacie.

Le service qu'il fait dans les salles d'hôpital militaire atteint à peine aux fonctions d'externe ; les pansements importants, les observations, l'étude des malades en un mot appartenant de plein droit aux médecins aides-majors.

Voilà comment est employée l'année du volontariat, et si l'on réfléchit au petit nombre des malades dans les hôpitaux militaires, il est aisé de comprendre quelle minime besogne revient en dernier lieu au volontaire : il tient les

cahiers de visite et fait les relevés, tel est son rôle principal. Aussi pour quiconque a revu, après leur sortie des rangs, ces jeunes étudiants en médecine, l'institution est jugée : elle est inutile, et dès lors dangereuse. Les volontaires d'un an qui n'ont acquis aucune connaissance nouvelle sérieuse rapportent en effet trop souvent un esprit de dégoût, sinon d'indiscipline, pour tout ce qui concerne leurs anciennes fonctions. Puis, toute cette année est perdue ; c'est une vexation dont il faut chercher à diminuer l'intensité par tous les moyens possibles.

Or, si la Faculté de médecine de Paris compte à elle seule en 1876, plus de 5,000 étudiants, nous pensons qu'il y a là une force vive considérable perdue pour le fonctionnement de la médecine d'armée.

Les réservistes ne sont pas mieux partagés pendant leurs 28 jours : tel arrive sans autre recommandation que son diplôme de docteur, frotte les parquets, nettoie les salles et les cabinets ; tel autre au contraire, quelque peu étudiant, à su se procurer une permission permanente pour 28 jours, et n'arrive à l'hôpital qu'en amateur assister à la visite : celui-là, et nous l'en félicitons, obtient les fonctions d'aide-major aux grandes manœuvres.

Cette incohérence de fonctions suffirait pour juger déjà l'institution sur la forme : mais dans le fond c'est pis encore, les réservistes infirmiers sont remis par l'état-major à l'intendance, laquelle les laisse au comptable d'un hôpital, lequel les place directement sous les ordres d'un sergent dit d'exploitation. C'est ce dernier qui emploie ces auxiliaires comme bon lui semble, c'est-à-dire à la propreté des salles. Au bout de quelques jours, l'influence du médecin en chef, indigné de semblables procédés, se traduit par le triage des étudiants en médecine. Ils deviennent *auxiliaires de visite*, mais restent néanmoins sous l'autorité immédiate du comptable et du sergent en dehors des heures de protection du médecin.

Quant à la plus légère instruction médicale, militaire, il ne saurait en être question. Et de tels faits se reproduisent pendant quatre ans lors du fonctionnement régulier de la loi ! Il suffit de le signaler pour qu'une prompte réforme, nous n'en doutons pas, parte de la direction future du service de santé.

Nous ne dirons rien du service médical de l'armée territoriale, il est *assuré* suivant certains journaux et suivant l'*Annuaire* par *deux aides-majors* de première classe. Aucune nomination n'a été inscrite pour les régiments, et cependant combien de demandes, d'avis, d'affiches mêmes ont été adressées aux intéressés depuis quatre ans.

Ainsi néant pour les volontaires d'un an, néant pour les réservistes, néant pour les médecins de l'armée territoriale ; voilà notre réorganisation du service de santé dans l'armée. Il est vrai que, d'après les lois anciennes, l'intendance est responsable de son exécution.

Nous allons exposer maintenant en quelques lignes les réformes urgentes acceptées du reste, chez les nations voisines. Le but poursuivi par le législateur, en laissant aux étudiants en médecine la faculté de remplir dans l'armée des fonctions médicales, a été d'organiser les secours aux blessés et de fournir, en temps de guerre, un personnel instruit aux cadres de la médecine militaire. En même temps, ces jeunes éléments étant destinés à passer dans l'armée territoriale, la réorganisation médicale serait complète si on y ajoutait les hommes que leur spontanéité, leur autorité scientifique désigneraient au choix du ministre.

En Suisse, où tout le monde est soldat, et non volontaire, le praticien de 25 à 30 ans, quitte sa clientèle pendant six semaines, pour aller au camp d'instruction. Nous n'avons pas encore cette dose de patriotisme, mais profitons au moins du temps qui nous est accordé et instruisons réellement les volontaires et les réservistes dont, jusqu'ici, l'éducation médicale militaire a été absolument négligée.

A côté des Ecoles du service de santé, qui seront probablement rétablies et modifiées, à côté de l'Ecole d'application où ne seraient admis que les docteurs, il doit exister des centres d'instruction pour les volontaires, les réservistes et l'armée territoriale. Les programmes des études sont tracés d'avance par l'âge même de ces différentes catégories. Aux volontaires d'un an qui ne seraient appelés qu'à 22 ans, il faut enseigner : la petite chirurgie pratique d'armée, les applications d'appareils, l'installation des ambulances, les règlements des hôpitaux militaires, la tenue des cahiers de visite. — Aux réservistes qui sont appelés trois fois pendant 28 jours, vous apprendrez : les blessures de guerre, les épidémies des armées et la médecine opératoire.

Qui pourrait nier la supériorité de cette disposition sur la situation actuelle ? L'Etat se préparerait ainsi un personnel nombreux, prêt à entrer en campagne, aide précieux pour les cadres de nos confrères de l'armée — et les erreurs bien pardonnables de la *Société de Genève* ne reparaîtraient plus dans cette organisation.

Les réformes que nous demandons auraient grande chance d'être étouffées avec l'ancienne direction de l'intendance. Aujourd'hui, sous l'initiative énergique du Président du Conseil de santé, lequel est pourvu en droit, à cet effet, d'une autorité nouvelle, nous avons la conviction qu'elles sont déjà en voie de préparation, tellement elles ont dû frapper tous les esprits désireux du bien de leur pays.

BOURNEVILLE.

L'épidémie de fièvre typhoïde à Paris.

La population de Paris subit, depuis quelques mois, les atteintes d'une épidémie de fièvre typhoïde, qui paraît tendre à son terme, mais qui a présenté, par le nombre et la gravité des cas observés, une importance véritablement exceptionnelle.

« Chaque année, » dit M. Ernest Besnier (1), dans son Rapport trimestriel sur les maladies régnantes, « à Paris comme dans toutes les villes et tous les pays où la fièvre typhoïde existe en permanence, la maladie subit dans la période estivo-automnale une exacerbation considérable et constante, variable dans son degré, mais immuable dans sa régularité chronologique. »

Ce fait, bien connu de tous les médecins, est mis en lumière d'une façon frappante par les tableaux schématiques que l'on trouve dans l'ouvrage de Murchison (2), et qui sont dressés d'après le nombre des admissions à *The London Fever Hospital*, pendant une période de 24 années (de 1848 à 1871). Le second de ces tableaux (n° XIV, p. 446) nous paraît surtout caractéristique sous ce rapport : le nombre des admissions est classé par saisons et l'on cons-

(1) *Société médicale des Hôpitaux.* (*Union médicale.*)
(2) *A Treatise of the continued fevers.* 2e éd.

tate à première vue que le printemps (mars, avril, mai) est la saison la moins chargée, alors que l'automne (septembre, octobre, novembre), présente un chiffre considérable; après l'automne vient l'été, puis l'hiver.

Cette exacerbation est généralement très-marquée à Paris, mais elle a été tout-à-fait exceptionnelle cette année-ci, ainsi qu'en témoignent les chiffres donnés par M. Besnier, pour les mois de juillet, août et septembre, et surtout les chiffres de la mortalité pour les mois suivants. Les années précédentes, le total des décès par la fièvre typhoïde, pour les 3 mois de juillet, août, septembre, avait été élevé de 256 en 1872, de 309 en 1873, de 286 en 1874, de 220 en 1875; au contraire, en 1876, il a atteint 655, et nous pouvons, dès maintenant, prévoir que cette proportion sera largement dépassée dans le trimestre suivant. Voici, en effet, d'après les bulletins publiés chaque semaine par la préfecture, les chiffres de la mortalité par la fièvre typhoïde. En juillet, nous trouvons les chiffres suivants : 6, 13, 15, 21 ; — en août : 40, 38, 87, 82, 78 ; — en septembre : 78, 72, 61, 59; — en octobre, 35, 45, 29, 40 ; — enfin, en novembre : 59, 171, 150, 103.

Comme on le voit, d'après les chiffres qui précèdent, l'épidémie a débuté dans le mois de juillet, et a atteint un premier maximum vers la fin d'août et le commencement de septembre; elle a été ensuite en décroissant, mais cette diminution n'était que transitoire, car dès le milieu d'octobre, le nombre des cas de décès augmentait notablement et atteignait, dans le mois de novembre, un second maximum, bien supérieur au premier.

Nous devons, du reste, faire ici une remarque importante : les chiffres que nous venons de rappeler indiquent la mortalité par la fièvre typhoïde, mais ils ne donnent qu'une idée approximative de la marche de l'épidémie, car il est très-possible que la maladie ait présenté une gravité beaucoup plus grande sans que le nombre des cas ait augmenté en proportion.

La statistique des hôpitaux permet d'apprécier d'une façon plus exacte la marche réelle de la maladie. Malheureusement, nous ne possédons sur ce sujet que des documents insuffisants, c'est-à-dire le nombre des admissions pendant les trois premiers trimestres, mais nous ignorons encore les chiffres qui se rapportent aux mois d'octobre et de novembre, c'est-à-dire à la période pendant laquelle la mortalité a été considérable. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que, à ce moment, tous les hôpitaux recevaient chaque jour un grand nombre de malades atteints de la fièvre typhoïde, à tel point que dans certains services, ces malades formaient la moitié de l'effectif de la salle. Mais ce ne sont là que des données tout-à-fait approximatives. Nous attendrons donc, pour étudier d'une façon précise la marche de l'épidémie, la publication du rapport de M. Ernest Besnier sur les maladies régnantes du dernier trimestre de 1876. L'exacerbation que nous traversons actuellement sera alors, nous l'espérons, complétement terminée, et nous pourrons avec plus de fruit étudier les caractères particuliers qu'aura présentés la maladie pendant cette période. Il pourra être intéressant aussi de chercher à déterminer les causes de cette exacerbation, qui parait d'ailleurs s'être limitée à Paris ; car dans les autres grandes villes, Lyon, Bordeaux, Rouen, le Havre, Toulouse, le chiffre des décès a été inférieur à la moyenne correspondante des années précédentes ; à Caen seulement, la fièvre typhoïde a été assez sérieuse. A. S.

Congrès médical international de Philadelphie.

Le 4 septembre 1876, s'est ouvert à *Philadelphie* un Congrès médical international, sous la présidence du docteur S. D. *Gross*. Des invitations avaient été envoyées par les soins du comité à tous les notables du corps médical du monde entier : beaucoup se rendirent à cet appel ; aussi trouvons-nous dans la liste des présidents de section des représentants de la science médicale en Australie, au Japon, à Pétersbourg, en Allemagne, en Angleterre et en Belgique, etc., — et malheureusement pas un nom français. Cette regrettable abstention de nos confrères s'est particulièrement fait sentir dans nombre de discussions où ils eussent pu avantageusement intervenir pour revendiquer en faveur de la France la priorité de plusieurs découvertes.

Ce Congrès était divisé en neuf sections : médecine, biologie, chirurgie, dermatologie, accouchements, ophthalmologie, otologie, hygiène, maladies mentales. — Il nous serait impossible de donner le compte rendu exact des nombreux travaux traités dans cette importante session, et dont l'analyse résumée occupe plusieurs nos du « *New-York med. Record*, du « *Boston med. journal*, du « *Philadelphia med. Times* » et surtout du « *Virginia med. Monthly* » (no 7 oct. 1876).

La séance d'ouverture fut occupée par la lecture de plusieurs discours traitant des progrès des sciences médicales en Amérique, dans la période centenaire qui venait de s'écouler. Peu à peu la médecine américaine s'est dégagée des liens qui la rattachaient à la science européenne : en 1776, il n'y avait que deux écoles de médecine, une à New-York, l'autre à Philadelphie; en 1800, il existait déjà vingt écoles auxquelles se rattachaient deux mille étudiants ; depuis, toute ville importante possède son Université et l'enseignement ressort principalement de la pratique nosocomiale. De nombreux ouvrages originaux se publient et permettent de se passer des livres européens. L'hygiène des opérés a fait de grands progrès et c'est avec une légitime satisfaction que les orateurs citent tour à tour le rôle important de la méthode américaine dans l'établissement des ambulances lors de la triste guerre Franco-Allemande. Peu à peu aussi, l'Ecole américaine est arrivée à se faire remarquer par sa hardiesse et son esprit pratique ; aussi devait-elle surtout faire des progrès sensibles dans l'art de la chirurgie et dans celui des accouchements ; plusieurs branches importantes de la médecine opératoire ont été approfondies et l'appareil instrumental singulièrement perfectionné. Il ressort de la lecture des actes des sections que ce congrès n'aura pas été une tentative stérile et que quelque instruction peut être tirée des discussions engagées ; nous citerons brièvement, dans notre prochain numéro, quelques-uns des principaux mémoires. H. DE B.

LA CRÉMATION AUX ETATS-UNIS. — La crémation se propage en Europe. Peut-être s'acclimatera-t-elle avec plus d'enthousiasme aux Etats-Unis. Un riche planteur de la Caroline du Nord avait demandé par testament que le feu consumât ses restes, menaçant de déshériter ses héritiers s'ils n'obéissaient pas à cette injonction testamentaire. Les journaux d'Amérique assurent que les ordres du défunt ont été scrupuleusement exécutés. — (*Lyon médical*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 25 novembre 1876. — PRÉSIDENCE DE M. Cl. BERNARD.

M. MAGNAN donne quelques renseignements sur l'épidémie de tétanie signalée à Gentilly, et dont M. Regnard, en son nom et en celui de M. J. Simon, a entretenu la Société dans la séance du 18 novembre. (1) La première enfant atteinte fut une petite fille de 10 ans, qui, du 15 juillet au 10 novembre, eut à des intervalles irréguliers, des contractures dans le membre supérieur droit. Le 11 novembre, la jambe droite se prit : le 23, la malade était guérie. Pendant le mois d'octobre et les premiers jours de novembre, 4 filles furent successivement atteintes de contractures des mains et des jambes. La dernière même eut des convulsions cloniques et toniques avec perte de connaissance. L'épidémie commença, à proprement parler, le 13 novembre 1876, jour où 8 filles furent prises pendant la classe. Le 14 novembre, il se produisit onze cas nouveaux. L'école ayant été alors fermée, l'épidémie s'arrêta. M. Magnan cite, comme ayant dû prédisposer à ces accidents nerveux, le spectacle des autres enfants en proie à la contracture et poussant des cris de douleur, et aussi le bruit répandu dans le village que le clergé avait jeté un sort sur l'école. Il a été impossible de découvrir aucune autre influence étiologique.

M. CHARCOT revient sur un sujet dont il a entretenu la Société dans la dernière séance, la production d'attaques à la suite de quintes de toux ou d'irritation laryngée. Certains faits expérimentaux peuvent élucider cette question. C'est ainsi que M. Bert, dans son mémoire sur l'irritation du pneumogastrique, dit que quelquefois les animaux, chez qui le tronc central du vague est excité, présentent une sorte de sidération des centres nerveux. C'est la seule explication possible d'une mort rapide qui ne peut être rattachée ni à l'asphyxie ni à la syncope. On doit aussi rapprocher de ces faits certains cas de mort subite, à la suite de l'introduction des corps étrangers dans les voies aériennes, ou de la cautérisation ammoniacale du pharynx, employée à un certain moment contre l'asthme.

M. GELLÉ fait part à la Société d'une observation de M. Collin, en tous points comparable à celle de M. Charcot.

M. PICARD a fait une série de recherches sur l'urée du sang. Il se borne aujourd'hui à indiquer un nouveau procédé de dosage de cette substance, au moyen de sulfate de soude, procédé qui se rapproche de celui employé par M. Cl. Bernard pour la glucose.

M. YVON emploie pour le dossage de l'urée le procédé ancien, avec quelques modifications importantes. Entr'autres faits observés, il a constaté que chez les hémiplégiques, le sang du côté paralysé était plus pauvre en urée que celui du côté sain.

M. DARSONVAL, en étudiant les lois de l'écoulement des liquides dans les tubes élastiques, est arrivé à cette conclusion : que le maximum de l'écoulement ne correspond pas à la largeur maxima du tube. Ce fait présente un certain intérêt au point de vue de la circulation capillaire.

M. JOUSSET communique à la Société un fait tératologique intéressant. Chez une femme heureusement accouchée, on trouva dans les membranes, après extraction du délivre, un petit corps allongé que l'on prit d'abord pour une môle. Mais il renferme à son intérieur une masse viscérale, nette et est recouvert d'une couche cutanée bien développée. M. Jousset se propose de donner plus tard les résultats d'une dissection plus attentive. La Société se forme en comité secret à 5 heures un quart. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 novembre 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. KŒBERLÉ, de Strasbourg, porte devant l'Académie une réclamation de priorité pour l'emploi des pinces hémostatiques dont il a le premier fait usage en 1865 et 1867. Sa méthode d'hémostase définitive a été employée depuis par d'autres chirurgiens qui l'ont donnée comme nouvelle. Parmi ces chirurgiens, M. Kœberlé cite surtout M. Péan (1).

M. PROUST lit une observation extrêmement intéressante, relative aux localisations cérébrales. Il s'agit d'un jeune homme qui, 12 jours après une rixe dans laquelle il avait reçu un coup de sabre-bayonnette sur la région pariétale gauche, eut une hémiplégie faciale inférieure droite, une parésie du membre supérieur droit et un certain degré d'aphasie, sans phénomènes généraux. S'appuyant sur les données physiologiques récemment publiées de MM. Hitzig, Ferrier, Carville et Duret, Charcot, M. Proust conclut à une compression limitée de l'hémisphère cérébral droit. Et, en effet, une exploration pratiquée par M. Terrillon aidé de M. Monod, vint démontrer qu'un fragment du pariétal gauche avait été enfoncé dans l'intérieur de la boîte crânienne. A l'aide d'une couronne de trépan, plusieurs esquilles furent enlevées et *presqu'instantanément* les phénomènes paralytiques et l'aphasie diminuèrent et disparurent peu à peu. Le malade est aujourd'hui complétement guéri. M. Proust pense que la lésion portait sur la circonvolution pariétale ascendante au niveau du point où elle reçoit la 2e frontale transverse. De là, l'irritation se serait transmise dans une zône plus étendue, qui comprend précisément les centres moteurs de la face et du bras, centres bien démontrés sur le singe et le chien.

M. GAIRAL présente une sonde spéciale pour l'insufflation pulmonaire dans les cas d'asphyxie des nouveau-nés.

M. PASTEUR raconte l'observation d'un jeune homme qui fut guéri d'une fièvre intermittente quarte grave, et datant d'un an, par 2 injections hypodermiques de 100 gouttes d'une solution au 2,5 0/0 d'acide phénique. Ce jeune homme aurait guéri à l'aide du même traitement deux habitants de la Sologne en proie à une fièvre intermittente des plus rebelles.

L'Académie se forme en comité secret à 4 h. 1/2. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance de juillet 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

12. Pneumonie, péricardite purulente; par le dr COUTY, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

Laurent, 6e bat. chas., 25 ans, vigoureux, entre le 25 mai à l'hôpital du Val-de-Grace (service de M. VILLEMIN).

Il a été pris le 19, sans cause appréciable, de frissons violents, avec fièvre, puis point de côté, toux etc. Le 26 au matin, on constate tous les signes d'une pneumonie droite : matité complète au sommet droit se prolongeant vers la base, en devenant plus incomplète : souffle intense jusqu'au niveau de l'angle de l'omoplate ; etc., etc, à la base du poumon, la respiration est seulement rude et ronflante. En avant, du côté droit, submatité; pas de souffle net, disparition presque complète du meum-vésiculaire. Du reste, gêne respiratoire peu considérable; pouls bon; facies pneumonique franc; on entend les bruits cardiaques ; peut-être cependant l'examen de cet organe a-t-il été fait un peu rapidement.

T. matin 39° 6, soir 40° 2.

27 *mai*. T. matin 39° 2, soir 39° 8 même état : 28 *mai* T. 38° 8, soir 39° 2. Portion avec 40 g. alcool. 29 *mai*. T. matin 38° 3, soir 38° 7. La fièvre persiste au-delà les limites ordinaires, et de plus la gêne respiratoire au lieu de diminuer a augmenté; le pouls est devenu plus fréquent et moins fort. On constate l'existence d'un épanchement péricardique assez considérable : les bruits du cœur très-lointains sont à peine entendus; la matité mesure 5 à 6 travers de doigts : et on ne peut sentir la pointe du cœur à la palpation. — Du reste pas de douleur locale ou irradiée ; pas de symptômes objectifs accusés par le malade.

30 *mai*. T. matin 38° 2, soir 38° 8 ; 31 *mai*. T. matin, 38° soir 38° 4. L'état général est plus grave : le malade urine, involontairement; sans distension de la vessie; constipation, pouls irrégulier, gêne respiratoire augmentée.

(1) Voir plus haut, p. 833, la leçon de M. J. Simon.

(1) Nous nous rappelons avoir vu employer par M. Giraldès, à la même époque, des pinces hémostatiques : Il se les était procurées en Angleterre, si nos souvenirs sont exacts. (B.).

1er *juin*. T. matin 37° 2, soir 37°. Oppression considérable; respiration très-fréquente: pouls très-irrégulier de force et de fréquence: cependant la respiration dans le poumon gauche est très-nette et même augmentée: pas de congestion pulmonaire. — 2 *juin*. T. matin 37°, soir 38° 2.

3 *juin*. T. matin 37° 2, soir 38°. 4 *mai* T. matin 37°, soir 37° 2. On remplace la potion alcool. par une pot. avec 3 décig. poudre de digitale.

4, 5, 6 *juin*. L'état général s'est amélioré; l'oppression a beaucoup diminué; le pouls toujours un peu irrégulier est assez fort: le malade parle, demande à manger; soupe, lait à partir du 5. Cependant l'épanchement persiste et paraît même avoir augmenté. 5 *juin*. T. matin 37° 2, soir 38°. 6 *juin*. T. matin 37° 2, soir 38°. 7 *juin*. T. matin 37° 4. soir 38°. 8 *juin*. T. matin 37° 1; soir 38°.

9 *juin*. La fièvre reste la même, mais l'état général s'est aggravé; dyspnée considérable; cœur très-irrégulier; il y a des intervalles pendant lesquels le pouls est à peine senti; et des pulsations très-faibles sont suivies d'une ondée assez forte; les veines sont légèrement dilatées; la face, la peau du corps est pâle et n'a pas l'aspect cyanosé.

10 *juin*. T. 37 2, soir 37° 4. Toujours même état; face toujours pâle.

11 *juin*. Le malade paraît sur le point de mourir; le pouls très-fréquent, irrégulier, est très-faible, à peine senti; cependant il ne meurt que dans la nuit.

Autopsie le 13 *juin*. *Rate*, *reins* normaux peut être un peu congestionnés; *foie* volumineux, congestionné et offrant déjà l'aspect type du foie muscade. *Poumon* gauche un peu congestionné: poumon droit encore très-infiltré surtout au sommet qui, placé dans l'eau, ne surnage pas. *Plèvre* gauche saine: adhérences néo-membreuses très-intimes, sans liquide dans toute la plèvre droite, hormis à la base où l'on trouve un foyer enkysté, plus large en avant où il a 6 à 8 centimètres, foyer qui contient un pus très-épais.

Péricarde distendu, volumineux, ouvert pendant l'autopsie, il laisse échapper du pus jaune verdâtre épais; ce pus est en très-grande quantité, 500 à 700 gr. au moins. — Péricarde pariétal épaissi, à surface irrégulière; péricarde viscéral recouvert d'une couche jaunâtre, friable mais assez consistante, très-irrégulière; épaisse en certains points de 6 à 8 mill. sur la face antér. du cœur; elle existe à peine sur la face postérieure.

Cette couche fibrineuse irrégulière, se détache facilement et au-dessous on trouve le péricarde épaissi, couvert en avant de petites saillies végétantes irrégulières; beaucoup plus régulier sur la face postér. du cœur.

Au-dessous du péricarde, entre lui et la couche musculaire légèrement décolorée, couche jaunâtre graisseuse, sans aucune apparence de tissu musculaire, couche épaisse de un à deux millimètres, et correspondant à une transformation graisseuse complète du tissu musculaire superficiel. Cette couche paraît même un peu plus épaisse au niveau du ventricule droit, si bien que, en certains points, la paroi musculaire de cette cavité est réduite à moins d'un millimètre.

J'ai fait au laboratoire de M. Vulpian, avec M. Bochefontaine, l'*examen microscopique* de différentes parties du cœur. Dans la couche jaunâtre sous-péricardique, on ne trouve plus que des faisceaux de tissu conjonctif, et des amas de vésicules adipeuses: c'est à peine si quelques points présentent [illegible] apparence de stries irrégulières. Si on compare le tissu musculaire des parois droites et gauches dans ses parties restées saines en apparence, on voit à droite toutes les fibres être plus ou moins granuleuses, plus ou moins altérées, les stries sont irrégulières, et même par places ont complétement disparu. Dans la paroi gauche, certains faisceaux de fibres [illegible] d'autres sont granuleux, mais [illegible] assez nettes. Nous avons [illegible] droit et gauche, tricuspidien [illegible] est plus grande que dans les parois, [illegible] entre les muscles [illegible] le muscle valvulaire gauche examiné, [illegible] granuleux, les noyaux sont [illegible], quelques fibres sont fragmentées, mais nulle part l'aspect strié n'a disparu. Dans le muscle valvulaire droit, il y a une disparition presque complète de certains faisceaux musculaires: ce n'est plus que par places qu'on trouve des amas granuleux, offrant un aspect strié assez net.

Réflexions. — Ce cas de pneumonie droite compliquée de péricardite nous a paru présenter quelques particularités intéressantes: d'abord, sa marche rapide. L'épanchement péricardique, qui n'existait pas le sixième jour de la maladie, était déjà très-abondant le dixième. Cet épanchement devint rapidement purulent, sans qu'aucune cause diathésique ou autre, pouvant expliquer cette transformation, ait été reconnue, et la mort est survenue quinze jours à peine après l'inflammation séreuse. Notons que cette complication a coïncidé avec une pneumonie droite; notons aussi que l'inflammation du péricarde, cependant très-néoplasique, n'a entraîné qu'une fièvre très-légère, variant de 37° à 38°. Mais, il n'y a pas eu, au moment où s'est produit l'épanchement, d'abaissement de la température, comme l'ont constaté dans des cas analogues MM. Charcot et Joffroy; c'est même la persistance anormale de la fièvre pneumonique qui a fait rechercher la complication.

L'examen histologique du cœur a présenté des particularités intéressantes; la dégénérescence de la fibre cardiaque a été beaucoup plus marquée dans le ventricule droit, et pour les deux ventricules, beaucoup plus considérables dans les muscles tenseurs valvulaires et moindre dans les parois. La dégénérescence fibreuse du cœur n'a donc pas été, dans ce cas, un effet direct local de l'inflammation péricardique; cette dégénérescence est un résultat fonctionnel, dû au surcroît de travail produit par la présence d'un épanchement dans le péricarde, et à la modification consécutive des conditions du cours du sang à travers les orifices cardiaques.

M. Joffroy. La température du malade a-t-elle été prise? Cette recherche a une véritable importance, car M. Charcot a signalé la modification que subit la courbe thermique et permet de reconnaître le développement d'une péricardite. Cette modification consiste en un abaissement de la température.

M. Couty. La température du malade a toujours été basse; quant à la courbe, elle n'a pas été faite, car la température fut prise irrégulièrement.

4. Cancer du médiastin. — Propagation au péricarde et aux oreillettes. — Péricardite hémorrhagique. — Propagation à la plèvre droite et pleurésie; par M. A. Doléris, interne provisoire.

Ber.., 55 ans, entre à l'infirmerie de Bicêtre (service de M. Bouchard), le 3 juillet 1876.

Depuis plusieurs jours il souffrait d'une dyspnée considérable, accompagnée d'accès de toux avec expectoration très-abondante de matières purulentes et épaisses. Il ne signale pas d'autres troubles.

4 *juillet*. On constate une élévation thermique anormale 41°; le pouls est rapide, la langue sèche, tout le corps est couvert d'une sueur profuse, le facies est cyanosé et la dyspnée est extrême. La toux amène le rejet de crachats très-opaques d'aspect purulent. On entend nettement en approchant du malade des bouffées de gros râles humides qui paraissent provenir des racines des bronches et couvrent à la fois les bruits respiratoires et les deux temps du cœur.

La percussion dénote uniquement de la matité dans les 2/3 inférieurs de la poitrine à droite; en ce point comme partout ailleurs la respiration est voilée par des rhonchus d'une abondance extrême. Malgré la difficulté de l'exploration, on finit par percevoir vers la pointe du cœur le rhythme normal des bruits assez nettement frappés; pas de souffle. Parfois quelques irrégularités. — La matité transversale de la région cardiaque est augmentée et fait supposer une hyperthropie modérée.

L'*urine* contient des proportions notables d'albumine; l'examen microscopique y fait découvrir une quantité énorme de tubes hyalins englobant çà et là, quelques cellules épithéliales granuleuses. En raison, de la chronicité de la toux de-

puis plusieurs années, et de l'existence des râles dans tous les organes respiratoires, le diagnostic s'établissait naturellement ainsi: « Catarrhe bronchique chronique, hypertrophie du cœur, albiminurie ». Il faut cependant noter que la température anormale ne trouvait d'autre explication que dans l'abondance de la secrétion purulente de la muqueuse des bronches.

5 juillet. L'expectoration est modifiée, plus diffluente que la veille et mélangée par places de légères proportions de sang qui lui communiquent une couleur rougeâtre. — On y constate en outre la présence de quelques grumeaux plus opaques et d'aspect blanchâtre.

Comme la veille on perçoit la matité à droite, les rhonchus dans toute la hauteur et des deux côtés, l'existence des bruits du cœur, nets, sans signes anormaux. Mêmes accès de suffocation; pas de points douloureux. Dyspnée extrême. T. 39°,2. Urines comme le jour précédent. Le malade meurt dans cet état à deux heures de l'après-midi.

AUTOPSIE le 7 juillet. — Le poumon droit est refoulé en haut et en dedans par une poche remplie de liquide pleurétique citrin, limitée par une fausse membrane et épaisse, de formation déjà ancienne : le long de la colonne vertébrale, la fausse membrane doublée de la plèvre est épaissie et irrégulière; elle a subi par places la dégénération cancéreuse en raison de sa contiguïté à la tumeur qui occupe le médiastin postérieur. Cette *tumeur* est volumineuse, portée un peu à droite, où elle s'insinue jusqu'au hile du poumon correspondant; elle occupe les ganglions du médiastin qui sont réunis en une masse molle, blanche à la coupe et laissant écouler un suc laiteux caractéristique. — Tous les organes de la région, œsophage, trachée, origine des bronches et des gros vaisseaux sont entourés par le tissu dégénéré. L'œsophage occupe sa situation normale et ne paraît pas avoir éprouvé d'altérations; sa muqueuse est saine. La trachée est légèrement déformée au niveau de sa bifurcation. Quant aux bronches primitives, elles ont subi des deux côtés une réduction de calibre notable ; celle du côté droit surtout, est déformée, et la masse cancéreuse la comprime fortement. En l'ouvrant, on constate, à peu près au niveau du point où elle se bifurque dans le poumon, une ulcération, qui paraît récente, et qui permet l'introduction du tissu cancéreux dans sa cavité ; on en retrouve des parcelles déposées sur la muqueuse. Cette ulcération répond aux ganglions bronchiques du hile, qui font corps avec la tumeur. Du côté des gros vaisseaux on constate une altération cancéreuse formant tumeur à la surface des veines pulmonaires sans intéresser la tunique interne.

A l'ouverture du *péricarde* il s'écoule un litre environ de liquide fortement teinté en rouge par des proportions de sang assez considérables et tenant en suspension quelques caillots. La séreuse est injectée, épaissie et porte çà et là des plaques pseudo membraneuses. A la surface externe des veines caves et sur la paroi de l'oreillette droite, la tumeur se prolonge le long du péricarde viscéral sous forme de plaques molles, blanchâtres, irrégulières, surélevées et présentant à la coupe le même aspect que la masse cancéreuse du médiastin; l'auricule droite est intéressée, et les plaques dégénérées se retrouvent également sur la paroi de l'oreillette gauche ne dépassant pas d'ailleurs le sillon inter-auriculo-ventriculaire.— Les cordons nerveux de la région pneumogastrique et sympathique, sont isolés, en arrière de la tumeur, entourés de tissu cellulaire en couche mince mais intact. — Les *poumons* ne présentent pas d'autres lésions que des zones de congestion prédominante vers les bases.

Remarquons que l'absence à cette période des troubles fonctionnels du côté de la voix, de la vue, des fonctions respiratoires, etc., en un mot de tous les organes que la tumeur devait gêner dans leur fonctionnement, et d'autre part le début subit des accidents dyspnéiques, leur intensité en même temps que l'obscurité des signes des lésions réelles, étaient de nature à détourner le diagnostic de l'idée d'une tumeur dont la marche ordinaire est toute différente.

Les seuls phénomènes restés inexpliqués : l'état général et l'élévation de la température, trouvent à l'autopsie leur interprétation dans l'existence des phlegmasies ultimes secondaires, et en première ligne la péricardite. Il faut ajouter que la force, l'intensité, le nombre des rhonchus qui existaient aux origines bronchiques ont seuls pu, par leur retentissement dans tous les points de la cavité thoracique faire méconnaître l'existence d'un épanchement, que la matité du côté droit semblait accuser.

Anomalies du cerveau ; par M. FÉRÉ, interne provisoire.

La *scissure interpariétale* qui naît un peu en arrière de la scissure perpendiculaire externe qu'elle contourne et dont elle est séparée par le pli de passage supérieur, décrit une courbe à concavité inférieure sur la convexité de l'hémisphère et vient se jeter en avant dans le sillon *postrolandique* parallèle au sillon de Rolando et limitant en arrière la circonvolution ascendante postérieure. Cette scissure interpariétale est une de celles qui présentent le plus de variétés. Dans les trois quarts des cas, elle est interrompue par un pli de passage qui réunit les deux lobules pariétaux. Ces plis partent le plus ordinairement du pli courbe, moins souvent de son lobule ; plus rarement encore les deux existent à la fois ; fréquemment ils continuent la direction des circonvolutions marginales. On a exagéré en disant que ces plis de passage transversaux sont constants chez l'homme et ne manquent que chez les sujets faibles d'esprit qui se rapprocheraient par là des primates inférieurs.

Quelquefois on trouve, comme sur l'hémisphère gauche de ce cerveau, un pli de passage parallèle à la circonvolution ascendante postérieure et situé immédiatement derrière; la scissure interpariétale n'arrive pas jusqu'au sillon postrolandique et il existe une 3e circonvolution ascendante.

On a signalé récemment cette variété comme une anomalie rare, bien qu'elle ait déjà été décrite et avec raison comme assez fréquente (Gronier : th. p. 96 et suiv.). On lui a attribué aussi une signification qu'elle n'a pas, car on peut la retrouver à tous les âges, même chez le fœtus ; il existe au laboratoire d'anthropologie plusieurs moules d'enfants en bas âge sur lesquels on la voit nettement.

Sur l'hémisphère droit du même cerveau, on voit une disposition plus exceptionnelle, mais qui n'est pas non plus excessivement rare, c'est la présence de quatre circonvolutions ascendantes. Cette variété est constituée par le développement considérable de deux plis de passage transversaux disposés parallèlement aux circonvolutions ascendantes normales. La scissure interpariétale n'existe plus qu'à l'état de vestige et est représentée seulement dans sa partie postérieure par un sillon très-court qui sépare les deux premiers plis de passage pariéto-occipitaux; il est impossible de limiter les lobules pariétaux. Cette variété ne se rencontre pas seulement sur des cerveaux riches, comme celui-ci qui appartenait à un vieillard n'ayant jamais présenté de troubles intellectuels ; on peut aussi la rencontrer chez des idiots, comme j'en ai montré dernièrement un exemple. On ne peut donc pas accorder une valeur absolue à ces plis qui peuvent manquer ou être très-développés chez des idiots comme chez des sujets d'une intelligence normale.

Il existe en outre sur ce cerveau une disposition symétrique qu'on a signalée comme une simple variété, mais qui certainement est exceptionnelle, c'est le renversement sur la face interne du premier pli de passage pariéto-occipital qui réunit, non plus le lobule pariétal supérieur au lobe occipital mais le lobule quadrilatère au coin. Il résulte de ce renversement qu'il n'existe point sur ce cerveau de scissure perpendiculaire externe.

Voici l'hémisphère gauche d'un autre cerveau qui présente une anomalie remarquable de la circonvolution pariétale ascendante antérieure. Ce pli est interrompu vers le milieu par un sillon aussi profond que le sillon de Rolando qui semble se bifurquer à ce niveau. L'incisure accessoire se dirige obliquement d'arrière en avant et de bas en haut jusque vers la scissure interhémisphérique dont elle est seulement séparée, à son extrémité, par un pli peu épais; elle est bordée en avant et en bas par la racine de la 2e circonvolution frontale qui se continue avec la moitié inférieure de l'ascendante antérieure, et par un pli saillant qui unit la 2e à la 1re frontale. En arrière,

on trouve un petit lobule triangulaire à sommet inférieur, relié en haut et en avant avec la 1re frontale par le pli qui sépare l incisure accessoire de la scissure interhémisphérique, et en haut et en arrière par uu petit pli semblable a l'extrémité supérieure de la circonvolution pariétale ascendante postérieure, dont il est séparé plus bas par la partie postérieure du sillon de Rolando. Cette partie du sillon de Rolando est moins profonde que la moitié inférieure et comblée en partie par un pli assez saillant mais n'arrivant pas jusqu'à la surface. Le lobule triangulaire représente la moitié supérieure de la circonvolution ascendante antérieure.

Sur la face interne, on voit que le lobule paracentral est absolument rudimentaire et n'est représenté que par l'extrémité assez grèle d'une circonvolutiou frontale interne accessoire qui se recourbe en haut au niveau de l'extrémité interne du sillon de Rolando.

L'autre hémisphère ue présentait point ces anomalies.

M. Charcot. Ces anomalies sont assez fréquentes pour que l'on doive moins s'occuper de la configuration des départements cérébraux que de leur structure. L'anatomiste doit imiter le géologue qui s'attache moius au relief qu'à la configuration des terrains.

Tumeur blanche du genou avec mouvements de latéralité ;
par M. Moutard-Martin, interne des hôpitaux.

Loich..... Marie, 38 ans, domestique, entre le 28 mai dans le service de M. Gosselin pour une tumeur blanche du genou droit dont le début remonte à quatre années. L'articulation qui est suppurée offre des mouvements très-nets de latéralité. La préseuce de tubercules arrivés à leur troisième période au sommet des poumons interdisant toute opération, le traitement fut limité à l'application de topiques destinés à calmer les très-vives douleurs que ressentait la malade. Elle succomba le 2 juillet aux progrès de la tuberculisation pulmonaire, et l'autopsie nous montra les altérations suivantes :

Fémur; condyle interne: le cartilage d'encroûtement a disparu sur les deux tiers de la surface articulaire; là où il persiste, il est ramolli, et se laisse facilement pénétrer par le scalpel. Condyle externe : il a entièrement disparu à ce niveau. Le périoste qui recouvre l'épiphyse du fémur est très-notablement épaissi, mais il ne présente pas de fongosités et le tissu osseux ne parait pas sensiblement altéré. — La *rotule* est pourvue de cartilage, mais on constate son altération profonde, et sa décortication facile.

Tibia. — Le tissu de l'os est raréfié, vascularisé, et gras en différents points. Surfaces articulaires : elles sont dépourvues de cartilage sur presque toute leur étendue ; le cartilage ne forme que des ilôts peu épais et très-peu étendus là où il persiste.

La lamelle sous-cartilagineuse n'existe plus.

Les ligaments périphériques ne sont pas envabis par les altérations : ils ont conservé leur coloration, leur brillant, leur solidité, tandis que les parties molles voisines sont très-altérées. Les ligaments croisés sont très-solides, très-résistants; en outre, des adhérences fibreuses qui unissent l'espace inter-condylien au tibia, divisent en deux parties absolument indépendantes l'articulation : il y a là une cloison complète au tiers postérieur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 novembre 1876. — Présidence de M. Houel.

M. Kœberlé lit à la Société une partie d'un mémoire qu'il a communiqué à l'Académie de médecine, et intitulé : de l'hémostase définitive par la compression excessive.

M. Duplay présente à la Société une femme chez laquelle il a pratiqué l'anastomose du tendon du long extenseur du pouce avec le premier radial externe. Cette femme, âgée de 36 ans, subit, il y a quelques mois dans un mouvement violent, une torsion exagérée du pouce à laquelle l'extension de ce doigt devint absolument impossible. Dans les mouvements de flexion qui étaient douloureux, une saillie apparaissait sur la face dorsale.

L'examen attentif permit de porter le diagnostic de rupture du tendon du long extenseur. Six semaines après l'accident on tenta la suture. L'incision tomba exactement sur l'extrémité du bout inférieur du tendon; mais il fut impossible de retrouver le bout supérieur, en prolongeant même assez haut l'incision dans dans la région anti-brachiale. Le muscle le plus voisin étant le premier radial externe, M. Duplay prit alors le parti d'anastomoser le bout inférieur du tendon avec ce muscle. Une attelle plâtrée fut appliquée ensuite et ne fut enlevée que 20 jours après l'opération. Déjà à cette époque le pouce se maintenait dans la situation normale. Un mois et demi après l'opération, la plaie se referma sauf au niveau du fil de suture. Aujourd'hui les mouvements volontaires sont redevenus possibles.

M. Tillaux, par une coïncidence bizarre, a pratiqué il y a huit jours, exactement la même opération que M. Duplay. — Dans le cas de M. Duplay, il n'y eut pas d'adhérences entre la peau et la suture. Peut-être y en aura-t-il dans le cas auquel M. Tillaux fait allusion, et qu'il compte présenter à la Société. On a allégué en effet que les malades ainsi opérés recouvraient le fonctionuement des muscles suturés, grâce à l'adhérence de la cicatrice tendineuse avec les téguments qui, cessant de glisser sur les parties profondes, subissaient les tractions du corps charnu. M. Notta (de Lisieux) a fait voir à M. Tillaux des malades opérés par lui, et chez lesquels il n'existait à coup sûr aucune adhérence.

M. Pozzi présente un malade chez lequel il a pratiqué la section du maxillaire inférieur par le procédé d'Esmarck, pour une tumeur blanche de l'articulation de la mâchoire. L'observation est publiée page 835.

M. Chauvel lit à la société l'observation d'un malade mort du cancer du rectum, et dont la vessie contenait des calculs d'urostéalithe. E. B.

CORRESPONDANCE

Sur les libres incisions dans les maladies des os.

Cashel (Irlande) 1er novembre 1876.

Dans le courant de la présente année, M. Gosselin a publié une leçon, qui a attiré vivement l'attention des savants de notre pays, sur les avantages qui peuvent résulter des libres incisions, dans les affections sérieuses des os (1). Tout le monde avait, depuis longtemps, reconnu la nécessité d'un pareil traitement, quand il y avait lieu de suspecter la présence d'un abcès. Les vues du savant professeur out donné une impulsion nouvelle à cette opération chirurgicale, et en ont favorisé l'application à d'autres maladies des os.

Le cas suivant, qui récemment s'est présenté à mon observation, corrobore la valeur du traitement en question. La femme B. R., appelant une servante, se foula le coude gauche, en novembre 1871. Un malaise peu sérieux fut l'effet immédiat; le malaise s'accrut jusqu'en mars 1872, quand elle se vit obligée d'entrer à l'hôpital. Elle y passa trois mois, et éprouva, après divers traitements, une certaine amélioration. Elle quitta alors l'hospice, et, après sa sortie, la douleur continua à augmenter, avec des degrés variables d'intensité, jusqu'à ce qu'en novembre 1874, elle se vit forcée de rentrer a l'hôpital. La douleur était alors devenue intolérable, et le bras manifestait plusieurs symptômes locaux, qui faisaient croire à la présence d'un abcès dans l'os. Tous les efforts de la médecine étaient stériles, et l'angoisse de la malade était extrême. Le sommeil avait entièrement disparu. Rien ne pouvait lui procurer le moiudre soulagement. Tout donnait lieu de croire qu'elle finirait ses jours au milieu de tourments déchirants. Croyant a la présence d'un abcès, je résolus de faire une opération. La malade fut soumise à l'action de l'éther par mon assistant clinique, le Dr Hourigan.

Les os composant la jointure du coude furent mis à découvert au moyen d'une incision au-dessus de chaque condyle, et la lame du bistouri incisa le périoste, et entra quelque peu

(1) Voir le *Progrès Médical* du mois de septembre 1876. (*Revue chirurgicale.*)

dans l'os. J'enlevai de plus un morceau circulaire du condyle externe en même temps que la tréphine, ce point d'os se trouvant précisément à l'endroit où je suspectais la présence de l'abcès. Je fus trompé dans mon attente : *point d'abcès ne parut. Cependant un soulagement immédiat s'ensuivit* et la malade ne se sentit plus de joie. Elle dormit parfaitement la nuit suivante, et chaque nuit pendant plusieurs semaines sans sentir aucune douleur. Quelques jours après l'opération, j'enlevai quelques morceaux de charpie, pour hâter la guérison : la douleur reparut aussitôt; je dus m'empresser de remettre la charpie, et la douleur disparut. Je la retirai une seconde fois, après quinze jours, et la douleur ne reparut plus. Pendant plusieurs mois, la personne en fut entièrement délivrée. Plus tard la douleur revint graduellement et obligea la malade à gagner l'hôpital une troisième fois, en décembre 1875. Elle ne sentait aucune douleur dans la partie extérieure du bras, qui avait été tréphinée, et la douleur de la partie intérieure du coude, bien que sérieuse, n'était nullement comparable à celle qu'elle avait ressentie avant l'opération.

Encouragé par le succès partiel de la première opération, je résolus de tréphiner le condyle interne. Cette opération, comme la première, eut pour résultat l'enlèvement total de toute souffrance ; mais, comme la première fois, la douleur revint après quelques mois, toutefois sous une forme mitigée. En envisageant les effets et les résultats de l'opération précédente, nous ne voulons et nous ne pouvons précisément conclure à un succès complet. Nous osons cependant affirmer qu'une opération qui a procuré un soulagement évident, bien que non permanent, à une malade en proie à des douleurs atroces, là où tous les autres traitements avaient échoué, est un grand bienfait pour l'humanité et une bien précieuse addition à notre science thérapeutique.

Th. LOFFAR.

BIBLIOGRAPHIE

Variation du nombre des globules blancs du sang dans quelques maladies; par le Dr Henri BONNE. Paris, Adrien Delahaye et Ce, libraires-éditeurs.

Le travail de M. le Dr Bonne, est un travail d'actualité : la question des variations du nombre des globules blancs du sang, dans les maladies, est aujourd'hui à l'ordre du jour. Depuis que la science se trouve en possession d'instruments qui permettent d'évaluer, d'une façon assez précise, le nombre des globules du sang, un certain nombre de travaux importants ont été publiés sur la question. MM. Malassez et Hayem, en créant la méthode, ont ouvert, aux investigations rigoureuses, un champ bien vaste et déjà très-fructueux. Elève de M. Brouardel, à qui l'on doit plusieurs communications importantes sur ce sujet, M. le Dr Bonne résume, dans un travail très-bien fait, les idées de son maître.

Il passe d'abord en revue, après avoir établi l'historique de la question, les divers procédés de numération : il décrit en détail celui de M. Hayem, dont il s'est servi plus spécialement. Toutes les recherches faites sont marquées au coin de la plus rigoureuse exactitude. L'auteur n'a pas pu tirer des résultats auxquels il est arrivé, de conclusions rigoureuses, indiscutables ; le sujet est trop vaste, trop complexe, et en cela, M. Bonne fait preuve d'un esprit scientifique excellent ; avant de généraliser, il faut étudier une question sous toutes ses faces, et celle du nombre des globules blancs du sang, dans les diverses maladies, demandera encore bien des recherches, bien des labeurs.

Les causes susceptibles de faire varier le nombre des globules blancs du sang ne sont même pas toutes connues, loin s'en faut. Parmi celles dont l'influence est mise hors de doute, sans contestation, il en est de *physiologiques*, l'alimentation, l'âge, le sexe, le travail, etc., et d'autres, de *pathologiques*, maladies des appareils lymphatiques, création de pus dans l'économie, etc. Pour prendre ce dernier cas, l'auteur conclut de ses recherches qu'il existe une relation constante entre la production du pus et la présence d'un excès de globules blancs dans le sang. Ainsi un abcès évolue ; pendant tout le temps de son évolution, il y a un excès de globules blancs dans le sang ; au contraire, aussitôt que le pus s'écoule au dehors ce nombre exagéré des globules blancs disparait. De même, alors qu'il existe une plaie avec suppuration, on trouve des globules blancs en excès et, dans toutes les maladies fébriles internes, la période de leucocytose ne semble pas correspondre à l'excès de température mais à la formation du pus dans l'organisme ; ainsi, dans la fièvre typhoïde, l'augmentation des globules blancs se fait remarquer au début de la maladie et au commencement de la convalescence ; dans la pneumonie, à la période d'hépatisation seulement.

L'auteur a encore constaté une relation évidente entre l'éruption d'un groupe d'herpès et la quantité des globules blancs, ceux-ci diminuant lorsque l'éruption s'est produite. Les lochies, qui suivent les couches, les pertes blanches, dans des cas analogues, amènent la diminution des leucocytes. Le travail de M. le Dr Bonne, est accompagné de treize observations ; chacune d'elles porte, en regard, la courbe du nombre des globules blancs, aux diverses périodes de la maladie. Nous ne pouvons que féliciter l'auteur de ce travail, qui a demandé de si longues et de si patientes recherches, de l'avoir conduit à bonne fin.

PHARMACOLOGIE

Traitement de la phthisie, par le dr DUPASQUIER.

Nous avons eu l'occasion de soigner beaucoup de phthisiques et par conséquent nous avons dû chercher, creuser comme on dit, le traitement rationnel de cette maladie, et nous sommes parvenu à la voir guérir dans la proportion de 75 à 80 pour 100, lorsque nous pouvons intervenir *avant la fonte des tubercules*, et de 30 pour 100 à la période de *suppuration*. (1).

Ces succès ayant fait sensation dans notre région, j'ai été amené à devenir spécialiste dans ces maladies, et des confrères m'écrivent de tous côtés pour connaître ce traitement si efficace. C'est pour répondre à leurs demandes que je vous prie de vouloir bien insérer dans votre journal le résumé de ma méthode.

Pour guérir la tuberculose, il faut placer le malade dans des conditions opposées à celles qui ont favorisé l'éclosion du mal, c'est-à-dire dans de bonnes conditions de *nutrition, d'air*, de température, et éloigner du poumon ou faire résorber le principe qui s'y est localisé, favoriser la transformation crétacée des tubercules, ou, s'il y a des cavernes, en amener la guérison par cicatrisation ; enfin, *modifier*, en l'améliorant, la constitution ou la diathèse.

De même que certains parasites, comme les poux, la teigne, se développent de préférence sur les enfants maladifs ou misérables, de même la tuberculose croît et prospère chez les sujets strumeux ou affaiblis par les excès ou les privations. La guérison de cette maladie est plus facile et plus fréquente qu'on ne le pense.

Pour cela, en même temps qu'on entoure le sujet de soins hygiéniques il est nécessaire de RAMENER L'APPÉTIT. C'est une condition indispensable afin qu'il puisse manger beaucoup et restaurer l'économie appauvrie. Toutes les fois qu'on voit un de ces malades prendre un bon appétit on peut pronostiquer sa guérison.

Il faut donc : 1° *Placer le malade dans de bonnes conditions d'hygiène*, séjour à la campagne, s'il est possible, température uniforme, bon air, flanelle, sobriété en toutes choses, gaieté, distraction, éviter le froid aux pieds, tenir la bouche et les gencives en bon état avec de fréquents collutoires au borax.

2° *Exciter l'appétit et favoriser la nutrition* : j'emploie dans ce but la *médication reconstituante et apéritive de Lavie* médication vraiment puissante, alternant les pastilles et les granules de Lavie 15 jours des uns et 15 jours des autres). Dès que l'appétit le permet, le malade prend une alimentation réparatrice : viande de bœuf ou de mouton peu cuite ou même crue, œufs, lait, bière, café, vin de quina, ou Malaga, et un petit verre de curaçao après les repas.

(1) Tous les renseignements qui peuvent contribuer à remédier aux accidents dus à la tuberculose méritent d'attirer l'attention, c'est pourquoi nous insérons cette note, tout en faisant des réserves sur les chiffres.

S'il survient un peu de fièvre les soirs, donner du sulfate de quinine et du tannin, parfois un peu de digitale. En cas d'hémoptysie, ergot de seigle, digitale, sinapismes.

3° *Produire une dérivation* en plaçant successivement, surtout au début, plusieurs vésicatoires et un exutoire. On entretient ce dernier plusieurs mois avec du diachylum, et au besoin avec de la pommade de garou. Les vésicatoires, si redoutés des malades, sont peu pénibles si l'on a soin de les laisser peu de temps de 6 à 12 heures suivant l'âge et la susceptibilité nerveuse, et de les panser le premier jour avec des cataplasmes bien clairs de farine de lin.

4° *Modifier la diathèse* : C'est ce que font d'abord les *granules de Lavie* ; puis les *gouttes dépurato-régénératrices* de Lavie, auxquelles il est utile de revenir de temps en temps jusqu'à ce que la santé et l'embonpoint soient suffisamment revenus. — Quand cela est possible, j'envoie aussi faire une saison aux eaux de Royat.

Il est bon de soutenir le moral des malades et de les laisser dans le courant de la vie active.

Voila le traitement qui me donne le plus de succès : mais bien entendu il y a lieu de le modifier suivant les circonstances.

J'emploie aussi comme adjuvants l'*hypophosphite de chaux*, les *semences de phellandrium*, la poudre *salino-calcaire*, l'eau de *goudron* et de *laurier-cerise* introduite dans les voies respiratoires par la *pulvérisation*... Ce sont de bons auxiliaires dans certains cas.

VARIA

M. le Dr Isambert.

Le docteur Isambert, médecin de Lariboisière et professeur agrégé à la faculté de médecine, est mort subitement à la fin du mois d'octobre. Il paraît avoir succombé à une apoplexie méningée survenue dans le cours d'un diabète dont il était atteint depuis longtemps. Cette mort imprévue, (il n'avait que 49 ans), est venue enrayer une carrière médicale déjà bien remplie et qui promettait plus encore.

Fils du célèbre légiste auquel nous devons l'édition la plus complète des « *Institutes* », M. Isambert commença par entrer dans le corps diplomatique. Il y acquit ces connaissances géographiques et statistiques relatives à l'Orient, qui lui permirent de publier dans la collection Joanne un *itinéraire du voyageur en Orient*, auquel les récents événements politiques ont donné un nouvel intérêt. En 1848, M. Isambert était attaché a l'ambassade de Rome; peu de temps après, ses convictions le firent volontairement renoncer au bel avenir auquel il semblait destiné. Il montrait ainsi en politique la fermeté d'esprit et la rectitude de jugement qui caractérisent son œuvre médicale et sa pratique particulière. M. Isambert se mit donc courageusement à recommencer à étudier, et malgré la difficulté que lui constituait son âge, il aborda les concours supérieurs : En 1866 il fut nommé agrégé à la Faculté et médecin des hôpitaux ; depuis quelques années déjà il s'était voué à la pratique des maladies du larynx et avait beaucoup contribué au développement scientifique de cette intéressante spécialité.

Nous citerons parmi ses principaux travaux : sa thèse inaugurale sur : « l'*Emploi du chlorate de potasse, spécialement dans les affections couenneuses.* 1856 n° 88 ; on y trouvera de nombreuses observations et le détail d'expériences dont plusieurs, exécutées par l'auteur sur lui-même lui révélèrent la maladie a laquelle il devait si malheureusement succomber. En 1866, thèse d'agrégation : *Parallèle des maladies locales et des affections générales.* En 1875 ; *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, publication parvenue au cours de sa seconde année, et dans laquelle il a accumulé ses recherches les plus originales. Citons encore dans le Dictionnaire encyclopédique : l'article *Leucocythémie* et celui relatif à l'emploi thérapeutique des *Chlorates*. (T. 16, 1re série).

La presse médicale lui doit aussi nombre d'articles; sur la trachéotomie, les rash, la leucémie, la scrofule etc. Dans le *Progrès médical* on trouve également quelques-unes de ses leçons dont la publication n'est pas encore terminée. Membre depuis dix ans de la Société médicale des hôpitaux, Isambert prit une large part a ses discussions, surtout quand elles eurent trait au croup et aux affections générales.

Depuis plusieurs années, Isambert s'était donné pour but de vulgariser la *Laryngoscopie*; en 1872, remplaçant Bouillaud il consacra à ce sujet un certain nombre de ses cliniques; plus tard, a la Faculté, ce fut encore la Pathologie médicale du larynx qu'il professa dans un cours complémentaire : enfin, ses leçons, ses documents accumulés, allaient bientôt être publiés et cette œuvre est malheureusement inachevée.

Le docteur Isambert laisse une place vide dans la science et meurt malheureusement avant d'avoir fini son œuvre : il emporte dans la tombe les regrets de ses amis, et ceux des élèves pour lesquels il s'est toujours montré maître bienveillant et juge intègre; il semblait avoir pris pour devise : travail et honnêteté. H. de B.

Réunion des médecins-législateurs.

La réunion extra-parlementaire des médecins faisant partie du Sénat et de la Chambre des députés, a tenu sa séance hebdomadaire, à Paris. Le Président, M. *Laussedat*, expose l'état des travaux des commissions chargées de l'étude des questions médicales soumises aux Chambres; il signale tout particulièrement le *Rapport* fait au nom de la Commission nommée pour examiner le projet de loi relatif à l'*organisation des services hospitaliers de l'armée dans les hôpitaux militaires et dans les hospices civils*.

Cette commission se compose de MM. Laussedat, *président* ; Marmottan, *rapporteur*. — Le colonel Denfert-Rochereau, Cosson, Buyat, Deviolaine, Farcy, Soye, de Nalèche, Th. Roussel, Liouville, *secrétaire*.

Le rapport conclut au projet de loi suivant :

Article premier. — Chacun des corps d'armée de l'intérieur aura, dans la région qu'il occupe, et autant que possible au chef-lieu du corps d'armee, un établissement hospitalier militaire destiné à l'instruction spéciale du personnel, à la préparation et à l'entretien du matériel nécessaire au corps d'armée pour le service hospitalier en cas de mobilisation.

Art. 2. — A l'exception des hôpitaux permanents des gouvernements de Paris et de Lyon, et des hôpitaux thermaux, tous les autres hôpitaux militaires pourront être successivement supprimés, lorsque, dans les villes où ils existent, les hospices civils appropriés à cet effet, seront en état d'assurer en tout temps le service médical militaire. Toutefois, ces suppressions ne pourront avoir lieu qu'en vertu d'une disposition formelle de la loi de finances de chaque année.

Art. 3. — Dans les localités où il n'existera pas d'hôpitaux militaires et dans celles où ils seront insuffisants, les hospices civils seront tenus de recevoir et de traiter les malades de l'armée qui leur seront envoyés par l'autorité militaire.

Art. 4. — Les hospices civils seront à cet effet, par décret du Président de la République rendu sur la proposition des ministres de la guerre et de l'intérieur, divisés en deux catégories : 1° les hôpitaux mixtes ou militarisés ; 2° les hôpitaux civils proprement dits.

Seront classés dans la première catégorie les hôpitaux civils où il y aura des salles spécialement réservées aux malades militaires.

Toutes les fois qu'une garnison fournira un roulement moyen de douze malades, ces malades seront soignés dans une salle spéciale et soumis, autant que possible, sous le rapport du régime hospitalier, aux règlements en vigueur dans les hôpitaux militaires.

Seront classés dans la seconde catégorie, les hôpitaux des villes ou les garnisons ne fourniront qu'un roulement moyen, inférieur au chiffre de douze malades. Ces malades seront soignés dans les salles ordinaires et soumis au régime de l'hôpital civil.

Lorsque, dans un hôpital mixte, le roulement moyen des malades de la garnison sera de cinquante au moins, leur traitement sera toujours confié aux médecins militaires. Au-dessous de ce chiffre, les malades militaires seront soignés par les médecins militaires toutes les fois que le personnel médical de la garnison le permettra : en cas d'insuffisance le service des salles militaires sera fait par des médecins civils. Dans les hôpitaux civils proprement dits, les malades de l'armee seront soignés par des médecins civils.

Quand des malades militaires seront soignés par des médecins civils, le médecin de la garnison aura droit de les visiter ; mais, sous aucun prétexte, il ne pourra s'immiscer dans le traitement ni donner des ordres dans le service.

Art. 5. — Les obligations imposées aux hospices civils ne peuvent, dans aucun cas, porter préjudice au service des fondations et de l'assistance publique. L'Etat doit à ces établissements une allocation égale aux frais qui leur incombent par suite du traitement des malades militaires.

Art. 6. — La dépense des travaux de construction ou d'appropriation reconnus nécessaires pour l'établissement dans les hospices civils des servi-

ces hospitaliers des garnisons est exclusivement à la charge de l'Etat. Nul travail ne pourra être exécuté sans l'assentiment de la commission administrative de l'hôpital, ou, en cas de dissentiment, sans l'accord préalable des ministres de la guerre et de l'intérieur.

Art. 7. — Une convention passée entre le représentant du ministre de la guerre et la commission administrative de l'hôpital déterminera, pour chaque hôpital, suivant la catégorie à laquelle il appartien dra, le régime spécial à cet établissement, les conditions d'application du règlement militaire et la dette correspondante à l'Etat.

Cette convention ne sera exécutoire qu'après avoir été approuvée par le conseil municipal et ratifiée par les ministres de la guerre et de l'intérieur.

En cas de contestations entre la commission administrative, le conseil municipal et les ministres, les points litigieux du débat seront portés en premier ressort, devant le conseil de préfecture du département, et en appel, s'il y a lieu, devant le conseil d'Etat. La convention aura une durée de cinq années; elle pourra exceptionnellement être révisée dans cet intervalle, à la condition qu'il y ait accord entre toutes les parties.

Art. 8. — Un règlement d'administration publique pourvoira à l'exécution de la loi sur les bases ci-dessus établies.

Art. 9. — Dans les six mois qui suivront la publication du règlement d'administration publique, les commissions administratives des hôpitaux pourront demander, nonobstant les conventions en cours d'exécution, qu'il leur soit fait application des dispositions de la présente loi. Il sera fait droit à ces demandes dans un délai de même durée et conformément aux prescriptions de l'art. 7.

Art. 10. — Sont abrogées toutes les dispositions des lois, ordonnances, décrets et règlements contraires à la présente loi.

Diverses observations sont échangées entre MM. *Cazalas*, *Laussedat*, *Mollien*, *Lemonnier*, *Vacher*, *Liouville*, à propos des différents articles de ce projet de loi.

M. *Cazalas* insiste sur l'accord qui existe entre les résolutions proposées à l'acceptation de la Chambre des Députés et le vote émis récemment par le Sénat sur cette question même, dans la *Loi de réorganisation de l'armée*. En effet, dans le projet actuel, tous les intérêts semblent sauvegardés, tant au point de vue de l'Etat, qu'au point de vue de l'armée et du corps de santé militaire. La réunion à l'unanimité donne sa complète approbation pour le fond comme pour les détails, au Rapport de la Commission parlementaire.

Le Secrétaire : LIOUVILLE.

Hôpitaux de Paris.

Par suite de la mise en disponibilité, pour raison de santé, de M. Meunier, chirurgien à Saint-Antoine, les mutations suivantes ont lieu parmi les chirurgiens des hôpitaux : M. Le Dentu passe de la Salpêtrière à Saint-Antoine ; M. Périer passe de Lourcine à la Salpêtrière ; M. Th. Anger passe de Bicêtre à Lourcine; M. Terrier passe du bureau central à Bicêtre.

CONCOURS. — *Externat.* Jeudi, 16 novembre, *vésicatoire* ; samedi 18, *anthrax* ; mardi 21, *cautère* ; samedi 25, *épistaxis*, *tamponnement des fosses nasales ;* mardi 28, *symptômes de la pneumonie.*

Prosectorat des hôpitaux. — Voici les sujets des dernières épreuves : De l'hématocèle de la tunique vaginale. — Des complications des fractures de côtes. — Question écrite d'*anatomie pathologique* : anatomie pathologique des hernies en général. — *Dissection extemporanée* : Région temporale. — *Médecine opératoire* : Ligature de la radiale à sa partie moyenne, — Ablation du médius. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Schwartz et Henriet.

Internat. La série des épreuves orales va bientôt commencer. Avant que le concours ne soit achevé, nous rappelons à l'administration une petite réforme que nous lui avons maintes fois signalée : il s'agit d'*augmenter le nombre des internes provisoires*, actuellement insuffisant, comme le démontre l'obligation où se trouve chaque année l'administration de recourir à l'époque des vacances soit aux externes, soit même à de simples étudiants en médecine pour remplacer les internes.

— Nous sommes heureux d'apprendre que l'administration de l'Assistance publique est décidée à prendre deux des internes des hôpitaux de Paris, pour faire le service de l'*hôpital de Berk* en leur accordant des conditions que nous avons tout lieu de croire avantageuses. — Il serait aussi à désirer que l'on nommât de la même façon les internes des asiles d'aliénés de la Seine.

PRIX DE L'INTERNAT. — Le concours des prix de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

1[re] Division. — Médaille d'or : Hutinel; — Médaille d'argent : Cuffer ; — 1[re] Mention : Affre ; — 2[e] Mention : Heydenreich. — Question écrite : Pie-mère ; Hémorrhagie méningée. — Questions orales : Luxations du pouce ; Délirium tremens.

2[e] Division. — Médaille d'argent ; Dreyfous ; — Accessit : Marot ; — 1[re] Mention : Letulle ; — 2[e] Mention : C. de Boyer. — Question écrite : Iris. Lésions traumatiques de l'œil. — Questions orales : Emphysème traumatique ; Erythème noueux.

Jurisprudence pharmaceutique.

IMPRUDENCES. — L'*Avenir de Soulac* raconte le douloureux événement suivant : Le nommé Dalge habitait avec sa mère ; cette dernière s'étant sentie quelque peu indisposée, avait consulté un médecin qui lui conseilla de prendre une purgation avec du *sel de sedlitz*. Le fils se rendit chez un pharmacien et y demanda, par erreur, un paquet de *sel d'oseille* qu'il administra consciencieusement à sa mère. Quelques instants plus tard, la pauvre femme se débattait dans d'horribles souffrances et bientôt expirait ! « Toute catastrophe, hélas ! porte en elle sa morale. Voici celle de ce cas particulier : Si ce pharmacien n'avait pas délivré sans ordonnance le produit dangereux qu'on lui demandait ; si de son côté, au lieu de prescrire « de ore » une purgation saline, le médecin s'était donné la peine de formuler son ordonnance, ce malheur ne serait point arrivé. Dans notre profession, rien n'est insignifiant, et l'on ne saurait trop se mettre en garde contre ces demandes de consultations en plein air, dans les dîners ou au milieu des salons, qui nous accablent journellement et dont le terme peut être si souvent funeste à des clients de hasard. — (*Gazette médicale de Bordeaux*).

Solution contre les écoulements vaginaux (*Trélat*).

Acide phénique pur...........	1	gramme.
Alcool ou eau de Cologne......	30	—
Eau......................	70	—

Mêler. — A l'aide du spéculum on introduit une ou deux fois par jour, dans le vagin des tampons de ouate imbibés de ce mélange, et après les avoir retirés, on pratique des injections légèrement astringentes. — Dès que les surfaces malades sont détergées, on remplace l'alcool phéniqué par une solution moins active, et qui renferme par exemple, 5 grammes de tanin pour 30 grammes de glycérine. On plonge les tampons dans cette solution et on les introduit comme les premiers. (*Courrier médical*).

Enseignement médical libre.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT continue son cours sur *les maladies du système nerveux*, tous les dimanches, à neuf heures et demie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le professeur Trélat a repris ses leçons cliniques le jeudi 30 novembre, à dix heures du matin (amphithéâtre du 2[e] étage), et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Cours d'accouchement. — MM. BUDIN et PINARD ont commencé le mercredi 15 novembre à 4 h. 1/2, un cours d'accouchement. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en 4 parties : 1[re] partie, Anatomie, Physiologie, Grossesse. 2[e] Eutocie. — 3[e] Dystocie. — 4 Exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

ECOLE D'ANTHROPOLOGIE. — Par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, le d[r] Bertillon n'a pu, comme il l'espérait, commencer son cours de *démographie* et de *géographie médicale* le mardi 28 novembre dans la salle des séances de la Société d'anthropologie. — L'ouverture de ce cours aura lieu samedi 2 décembre, à 3 heures, au rez-de-chaussée de l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 3. Le cours continuera le mardi et le samedi de chaque semaine, et, jusqu'à avis contraire, à la même heure 3 à 4 h. et dans le même amphithéâtre.

Hôpital du Midi. — *Leçons sur la syphilis* : M. le d[r] Ch. MAURIAC a repris ses leçons cliniques le jeudi 30 novembre, à 9 h. 1/2 du matin et les continuera les jeudis suivants à la même heure. — Chaque leçon sera suivie d'instructions pratiques sur les maladies vénériennes.

COLLÉGE DE FRANCE. — M. RANVIER, professeur d'Anatomie générale, commencera son cours le mardi 5 décembre, à 3 heures 1/2 du soir et le continuera les mardi et jeudis à la même heure.

LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE DE LA SORBONNE. — Les conférences pratiques de physiologie, commenceront le mardi 5 décembre, à 1 h., au laboratoire de la Sorbonne. — Les élèves seront exercés aux expériences et aux opérations. — Ces conférences sont publiques. Il suffit pour être admis de se faire inscrire au secrétariat de la Sorbonne. — On s'occupera, cette année, de la respiration, de la circulation et de la digestion.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. Rivière, aspirant répétiteur au Lycée d'Angoulême, est délégué à titre provisoire, dans les fonctions de préparateur de zoologie à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Lemire, démissionnaire.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES. — M. le professeur Frémy, ouvrira son laboratoire de recherches et de manipulations chimiques, le 1[er] décembre 1876. Les manipulatios auront lieu tous les jours de 11 h. du matin à 5 h. du soir. Les élèves qui désirent prendre part aux manipulations devront se faire inscrire immédiatement au laboratoire de M. Frémy, 63, rue de Buffon.

ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND. — 1[re] Année. — 1[er] Prix :

M. Mauisolle. — 2e Prix (*ex-æquo*) : MM. Ribes et Dauges. — Mentious honorables : MM. Augieras et Coste.

2e Année. — 1er Prix : M. Imbert. — 2e Prix (*ex-æquo*) : MM. Vazeilhes et Jouannet. — Mentions honorables : MM. Gagnon et Heulz.

3e Année. — 1er Prix : M. de Brun-du-Bois-Noir. — 2e Prix : M. Bourgade.

Prix Fleury. — (Médaille d'or) décerné à l'élève qui a recueilli le plus graud nombre d'observations au lit des malades : M. de Brun-du-Bois-Noir (déjà nommé. — Mention honoraire : M. Heulz (déjà nommé).

Prix des hospices. — M. de Brun du-Bois-Noir (trois fois nommé). — Mention honorable : MM. Imbert et Heulz (déjà nommés).

Elèves en pharmacie. — Prix de Laboratoire : M. Serve. — Prix des travaux pratiques : MM. Maton et Passelaigue.

Hopital civil de Saint-Denis. — L'administration de l'hôpital civil de Saint-Denis (Seine), prévient les élèves de l'Ecole de médecine de Paris, que la place d'interne de l'hôpital de cette ville sera vacante à partir du 1er jauvier 1877. Elle invite en conséquence ceux qui voudraient concourir pour cette place à se faire inscrire à l'économat de l'établissement, chaque jour, de huit heures à cinq heures, jusqu'au 10 décembre inclusivement. Les candidats devront justifier de seize inscriptions ou du titre d'externe des hôpitaux de Paris avec douze inscriptions. A une date qui sera ultérieurement indiquée et après une convocation adressée à chaque candidat, il sera procédé en décembre à un concours composé de trois épreuves : 1° Une épreuve écrite de deux heures sur un sujet d'anatomie et de pathologie interne ou externe. Cette épreuve sera éliminatoire, 2° et de deux épreuves orales, l'une sur un sujet de clinique chirurgicale, la deuxième sur un sujet de clinique médicale.

L'interne nommé au concours entrera en fonctions le 1er janvier 1877. La durée de son internat est fixée à trois ans. Cependant une quatrième année, sur la proposition de son chef de service, pourra lui être accordée par l'administration. L'interne est logé dans l'établissement, nourri, chauffé, éclairé et reçoit un traitement de 500 fr. par an.

Les docteurs en médecine et le service militaire obligatoire. — Nous lisons sous ce titre dans le *Lyon médical* : « Deux de nos jeunes confrères les plus distingués, M. le docteur Meyer, ex-interne des hôpitaux de Lyon, ex-chirurgien aide-major des légions d'Alsace-Lorraine, et M. Cazeneuve, docteur en médecine, pharmacien de 1re classe, licencié ès-sciences, préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, viennent de partir pour Marseille, où ils vont rejoindre leur corps en qualité d'infirmiers de 2e classe. « Espérons qu'après l'instruction militaire obligatoire, on saura fournir à nos confrères des occupations qui répondent mieux à leur talent que de frotter les parquets et de balayer les cours de l'hôpital de Marseille. » Nous nous associons complétement à ces très-judicieuses réflexions du *Lyon médical*. Nous avons nous-même appelé à plusieurs reprises l'attention de qui de droit sur une pareille anomalie ; nous espérions que l'arrêté de M. le miuistre de la guerre relatif aux diplômés réservistes, serait étendu et appliqué aux volontaires d'un an qui, comme ceux dont il s'agit ici, se trouvent dans des conditions identiques, à celles desdits réservistes. Il n'en est rien, paraît-il, et cela est profondément regrettable. — (*La Tribune médicale*). — Ces faits confirment d'une manière éclatante ce que nous disons plus haut. (Voir page 840).

Faculté de médecine de Bruxelles. — Dernièrement la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles, à l'unanimité des voix, a proclamé docteur en médecine et en chirurgie un jeune Indien, attaché, en qualité d'agrégé, à la Faculté de médecine de Bombay. Ce jeune médecin s'appelle M. Khory-Rustomjée-Naserwanjée. — (*Revue scientifique*).

Corps de santé militaire. — MM. Meunier et Barthet, médecins-majors de première classe, viennent de prendre leur retraite. MM. Papillon et Benoit, médecins-majors de deuxième classe ; M. Pasquier, médecin aide-major de première classe, et M. Gaucher, médecin aide-major de deuxième classe, sont reconnus démissionnaires. M. Papillon entre comme professeur à la Faculté libre de médecine et de pharmacie en création à Lille.

Ecole de médecine d'Arras. — M. Lewiez, professeur d'anatomie et de physiologie est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1876-1877, par M. Leclerq, suppléant d'anatomie et de physiologie à ladite école. — M. Segard, suppléant des chaires de chimie et de pharmacie, est nommé professeur-adjoint de matière médicale à ladite école, en remplacement de M. Bregant, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. — M. Lesardé, professeur-adjoint de pathologie externe, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. Girard, suppléant des chaires de chirurgie, est nommé professeur de pathologie externe, en remplacement de M. Berriat, démissionnaire. M. Bisch, suppléant des chaires de médecine, est nommé professeur de pathologie iuterne, en remplacement de M. Michaud, admis à faire valoir ses droits à la retraite. M. Turel, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur d'histoire naturelle et de thérapeutique, en remplacement de M. Aribert-Dufresne, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite. M. Berger, professeur de clinique médicale, est nommé directeur de l'Ecole, en remplacement de M. Aribert Dufresne.

Ecole de médecine de Tours. — M. Dupont, suppléant des chaires de chimie et d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé suppléant des chaires de chimie et d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. M. Dupont est nommé, en outre, chef des travaux chimiques à ladite Ecole.

Progrès de la population de Paris. — On va connaître prochainement le chiffre officiel de la population de Paris à la fin de 1876. Il n'est peut-être pas sans intérêt de rappeler quel a été le mouvement de notre capitale depuis le commencement du siècle dernier.

En 1700 on constatait à Paris une population de 720,000 habitants répartis sur une superficie de 3,400 hectares environ. Vers la fin du XVIIIe siècle, ce nombre avait diminué de près d'un dixième. Un dénombrement fait par les ordres de Necker, contrôleur des finances, indiquait pour Paris une population de 620,000 âmes. La population diminua ainsi graduellement jusqu'en 1801, année où, d'après le recensement ordonné par le premier Consul, on ne comptait plus dans la capitale que 546,856 habitants ; mais, à partir de cette époque, le mouvement de la population suivit une marche progressive. Dès 1811, Paris a reconquis et même dépassé le chiffre de la population constaté cent ans auparavant. En 1831, comptant 774,338 habitants 9?0,126 en 1836. Vingt ans plus tard la population totale de Paris s'élevait à 1,538,613 habitants et occupait une superficie de 3,438 hectares.

En 1860, l'annexion de tous les territoires compris entre l'ancienne limite de l'octroi et les fortifications avait pour effet d'élever le chiffre de la population à 1,700,000 habitauts, puis à 1,825,000 en 1866. Par suite de l'annexion, l'étendue de la capitale était plus que doublée ; elle atteignait 7,802 hectares. Enfin d'après le recensement de 1872, la population de Paris qui s'élevait à 1,900,000 habitants en 1870, était redescendue à 1,851,792 habitants.

Nombre des élèves inscrits dans les nouvelles universités catholiques. — Il est intéressant de connaître le chiffre des élèves inscrits dans chacune des Facultés catholiques, tant à Paris qu'en province :

A Paris le nombre des élèves en droit est de 125, en lettres de 20, en sciences de 8. La plupart appartiennent au Cercle catholique de la rue Madame, à l'association de Saint-Sulpice, ou à la Société de l'école Sainte-Geneviève, rue Lhomond. A la Faculté libre de droit d'Angers, on compte 38 élèves et on prépare des logements pour recevoir 50 internes. On a admis 10 élèves bénévoles. A la Faculté de droit de Lyon, il y a 47 élèves et 62 capacitaires et bénévoles. A l'Institut catholique de Lille, on ne compte encore que 50 élèves, y compris ceux qui suivent les cours annexes de sciences et de langues. Enfin à la Faculté de théologie de Poitiers, le nombre des élèves en philosophie est de 25 et en théologie de 50. — (*Gazette médicale de Paris*).

Université catholique de Louvain. — Les professeurs de l'Université de Louvain viennent d'être informés qu'à l'avenir ils auront à faire précéder leurs leçons d'une invocation au Saint-Esprit ou d'un signe de croix. L'ordre leur en a été donné à chacun en particulier au nom de l'épiscopat belge.

Nécrologie. — *Dorte* (Dominique), né à la Teste, termina ses études à Paris, le 22 avril 1834, par une thèse intitulée : *Essai sur la méthode endermique employée surtout dans la névralgie.* Il exerçait la médecine à Périssac, canton de Fronsac. Il fut membre de la Société de médecine de Libourne et il faisait partie de l'association des médecins de la Gironde.

Courbin (François), reçu officier de santé au mois d'octobre 1823, exerçait la médecine à Mios, canton d'Audenge, où il était né en 1803. — (*Bordeaux médical*).

— La démocratie vient de faire une perte que nous annonçons avec un vif regret. Un des nobles proscrits de Décembre, le docteur Terrier, ancien représentant du peuple, est mort dans sa résidence du Donjon, le 24 novembre. Le représentant Terrier était un des hommes qui avaient le plus vaillamment combattu dans les rues de Paris contre le crime de Bonaparte, sous la direction du comité de résistance composé, on s'en souvient, des représentants du peuple Schœlcher, Carnot, Jules Favre, Michel de Bourges et Victor Hugo. La résistance fut, on le sait, récompensée : Baudin eut la mort et les autres l'exil. Le représentant Terrier fut un de ces généreux et inébranlables exilés. (*Le Rappel.*)

Vacances médicales. — Un jeune docteur, ancien interne des hôpitaux de Paris, désirerait une clientèle à Paris ou dans les environs. — S'adresser aux bureaux du *Progrès*, *de midi à 5 heures.*

chef : A. Le Blond. Le numéro ... vient de paraître. Un an : Paris 18 fr. ; Départements, 20 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

De Comeau. Les signes certains de la mort mis à la portée de tout le monde afin d'empêcher d'enterrer les personnes vivantes. Limoges, imp. veuve Dumont. 1876, in-18 de 72 pages. 1 fr. 25.

Fioupe (J.). Lymphatiques utérins et parallèle entre la lymphangite et la phlébite utérines (suites de couches). Avec tracés graphiques intercalés dans le texte et en lithographie. Paris, 1876, in-8 de 82 pages. 2 fr. 50.

Aux Bureaux du **Progrès médical.**

Bourneville. Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde. Ouvrage couronné par la Société de médecine du Nord. Paris, 1873. In-8 compacte de 80 pages, avec 4 planches en chromo-lithographie et 2 pl. noires. 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr.

Bourneville et Guérard. De la sclérose en plaques disséminées. — Etude sur quelques points de la sclérose en plaques disséminées, par Bourneville. Paris, 1866. Vol. gr. in-8 de 240 pages, avec 10 fig. et une planche. 4 fr. 50. Pour nos abonnés, 3 fr.

Bourneville et Voulet. De la contracture hystérique ou appréciation scientifique des miracles de Saint-Louis et de Saint-Médard. Paris, 1872. In-8 compacte de 105 pages. 2 fr. 50. Pour nos abonnés, 2 fr.

Charcot (J.-M.). Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière, recueillies par Bourneville. 1re série : *Troubles trophiques ; — Paralysie agitante ; — Sclérose en plaques ; — Hystéro-épilepsie.* In-8 de 428 p. avec 25 fig. et 10 pl. en chromo-lithographie. 13 fr.

Chouppe (H.). Recherches thérapeutiques et physiologiques sur l'ipéca. Paris, 1874. In-8 de 40 pages. 1 fr. Pour nos abonnés, 0 fr. 60.

Farabeuf (L.-H.). Réformes à apporter dans l'enseignement pratique de l'anatomie. Gr. in-8 de 28 p. 75 cent.

Mollière (H.). Rapport sur le traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand. Lyon, 1876. Association typographique. Riotor, in-8 de 24 pages.

AVIS DIVERS ET RENSEIGNEMENTS.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital des Cliniques. — Service de chirurgie du dr P. Broca. Visite à 9 h. Opérations et cliniques les lundi et vendredi, 3 consultations par semaine. (H.) : 8, maladie bleue ; 14, luxat. de la clavicule ; 14, phleg. de la main ; 23, plaie de tête ; 25, sarcome ulcéré ; 24, uréthrotomie externe : 20, plaie pénétrante du genou : 31, Ablation du max. supérieur (épithéliome) ; 33, trépanation de l'ap. mastoïde ; 3., enchondrôme de la paroi thoracique. — (F.) : 2, 5, hystérie (troubles trophiques) ; 6, fistule anale (supérieure) ; 9, contracture hystérique ; 10, 11, coxalgies ; 19, tumeur de la région frontale (cancer ?) ; 20, corps fibreux migrateur utéro-rectal ; 21, coxalgie hystérique.

Hôpital Beaujon. — Service de M. Gubler. Salle Saint-Louis : 1, rhumatisme articulaire aigu. Endocardite aiguë ; 4, pleurésie aiguë ; 15, méningite cérébro-spinal ; 29, insuffisance mitrale. — Salle Sainte-Marthe : 2, insuffisance aortique ; 8, albuminurie ; 12 *bis*, ataxie locomotrice ; phénomènes bulbaires.

Service de M. Moutard-Martin. Salle Saint-François : 6, rétrécissement mitral ; 10, lypémanie consécutive à une fièvre typhoïde ; 13, hépatite par empoisonnement ; 17, méningite tuberculeuse ; 25, insuffisance aortique. — Salle Saint-Claire : 4, insuffisance aortique et mitrale ; 35, rhumatisme blennorrhagique ; 36, fièvre typhoïde à forme adynamique.

Service de M. Rigal. Salle Beaujon : 1, fièvre typhoïde ; 6, cancer de l'estomac ; 11 *bis*, pneumonie caséeuse. — Salle Sainte-Monique : 5, fièvre typhoïde à forme thoracique ; 17, colique hépatique avec ictère ; 21, angine scrofuleuse.

Service de M. Hayem. Salle Saint-Jean : 3, néphrite aiguë ; 6, paralysie saturnine : 22, myélite transverse ; 29, mal de Pott. Phénomènes de compression bulbaire. — Salle Sainte-Paule : 12, myélite centrale ; 5, 6, 15, fièvre typhoïde ; 9, 3, chloro-anémie.

Service de M. Dolbeau. 1er Pavillon : 1, fractures compliquées de jambe ; 10, fracture de la colonne vertébrale. Compression de la moelle ; 29, fistules urinaires. — Salle Sainte-Clotilde : 6, tumeur blanche sterno-claviculaire ; 33, anus contre-nature. Opérations tous les jeudis à 9 h.

Service de M. Le Fort. 2e Pavillon : 21, plaies de poitrine ; 28, mal perforant ; 25, fracture de cuisse. Hydropisie enkystée de l'épididyme. — Salle Sainte-Agathe : 5, abcès par congestion ; 8, chute de l'utérus, suture du vagin ; 12, abcès du sein ; 13, fracture de la rotule. — Opérations tous les mercredis à 9 heures.

Hôpital Sainte-Eugénie. M. Bergeron. Visite à 8 h. Consultations les lundis et jeudis. — M. Triboulet. Visite à 8 h. Consultations les mercredis et samedis. — M. Cadet de Gassicourt. Visite à 8 h. 1/2. Consultations les mardi et vendredi. Leçons cliniques les lundi et jeudi, à 9 h. 15, morbus cordis ; 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, fièvre typhoïde ; 23, pneumonie à droite. L'hôpital comptant en ce moment, un nombre considérable de malades atteints de fièvre typoïde, M. Cadet de Gassicourt consacrera les jours de clinique, à des conférences très-pratiques sur l'étude de cette maladie.

Chirurgien : M. Lannelongue, visite à 8 h. Consultations tous les jours. Opérations les mardis et samedis. Leçons cliniques sur les cas nouveaux et intéressants.

Hôpital Lariboisière. Service de M. Gérin Roze. Salle St-Charles (H.) : 27, tumeur de l'épiglotte ; 26, cirrhose du foie, ascite. — Salle Ste-Marie (F.) : 14, hématocèle rétro-utérine ; 18, chorée hystérique, paraplégie.

Service de M. Guyot. Ste-Elisabeth (F.) : 4, 14, 29, fièvre typhoïde, en-

...rorrhagie; 2, péritonite puerpérale; 12, atrophie musculaire; 13, tic non douloureux des paupières; 15, hématocèle rétro-utérine; 17, sclérose en plaques: ..., fièvre typhoïde, convalescence, délire d'anémie; 23, insuffisance mitrale; ..., insuffisance aortique. — Salle St-Henri (H.): 2, paraplégie syphilitique: ..., 34, fièvre typhoïde; 12, pneumonie: 18, hémiplégie syphilitique; 22, fièvre typhoïde, rechûte; 24, 25, rhumatisme polyarticulaire aigu; 31, névromes généralisés; 32, cancer de l'estomac, ataxie locomotrice progressive.

Service de M. SIREDEY. Salle Ste-Geneviève (F.): 4, colique hépatique, accidents secondaires (roséole papuleuse); 21, pleurésie sèche; 29, rein mobile. — Salle St-Augustin *bis* (H.): 19, hydropneumothorax; 18, phthisie à la 3e période (épididymite tuberculeuse suppurée).

Service de M. PANAS. Salle St-Honoré (H.): 1, anthrax du dos du pied: 3, fracture de la rotule par contraction musculaire; 9, corps étranger du genou, opéré (Lister); 5, plaques muqueuses interdigitales et buccales. 6, syphilis traumatique de l'urèthre; 7, phlegmon de la partie antérieure de la jambe (Lister).

Service de M. PANAS. Salle St-Ferdinand (H.): 2, épithélioma de la bouche; 16, lymphosarcome énorme de la région cervicale gauche récidivé et s'étendant; 11, plaie des doigts (pansement de Lister), guérison par première intention; 3, rétrécissement de l'urèthre; 19, arthrite chronique, adhésive, 29, contusion des bourses et du testicule, hématocèle traumatique; 30, désarticulation de l'épaule gauche.

Service de M. RAYNAUD. Visite à 7 h. 1/2 et leçon clinique le vendredi. Examen des malades. Salle St-Landry (H.): 18, atrophie musculaire avec accidents cérébraux; 20, asphyxie locale des extrémités; 21, tuberculose, ascite; 25, pleurésie purulente au décours d'une fièvre typhoïde. — Salle Ste-Mathilde (F.): 1, épithélioma utérin; sciatique par propagation; 15, hystérie; 20, fièvre typhoïde, varicelle syphilitique; 29, ataxie locomotrice.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

4e ANNÉE. — N° 50 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 9 DÉCEMBRE 1876.

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE.

COLLÉGE DE FRANCE. — M. RANVIER.

Huitième leçon (1).

Recueillie par le docteur J. RENAUT.

SOMMAIRE. — Action des matières colorantes sur la substance striée des muscles moteurs des ailes des insectes ; action du carmin, de l'hématoxyline : détails de technique.— Striation des muscles des pattes ; étude de ces muscles vivant dans leur propre plasma et dans l'albumine de l'œuf. — Ondes musculaires spontanées ; modifications des disques épais, des disques minces, des bandes claires. Le phénomène de l'*Inversion* de la striation n'existe pas dans l'onde de contraction.— Fixation des ondes au passage par l'action des réactifs excitants et coagulants. — Ondes totales, ondes latérales. — Action des matières colorantes sur la substance contractile des muscles moteurs des pattes. (*10 février 1876.*)

Messieurs,

Nous avons commencé dans la dernière leçon l'étude histologique de la substance striée des muscles volontaires. Cette étude est longue et difficile et nous devons la compléter. Vous n'ignorez pas quelle importance ont prise, dans ces dernières années, les réactifs histo-chimiques, et notamment les matières colorantes. Ces dernières constituent actuellement l'un des principaux instruments de nos méthodes d'observation. Les propriétés électives du carmin, du picro-carminate d'ammoniaque, de l'hématoxyline et de quelques autres substances tinctorales, peuvent être, en effet, appliquées à un double objet. Leur emploi facilite l'examen immédiat des tissus, par la méthode extemporanée; il est presque indispensable à la confection des préparations persistantes, qui restent sans cesse sous la main de l'anatomiste, qui sont la preuve de la sincérité de ses études, et qu'il invoque, à chaque instant, comme des témoins.

Les méthodes de coloration ont été appliquées avec avantage à l'étude de la substance contractile des muscles moteurs des ailes des insectes. J'ai, depuis longtemps, moi-même montré, qu'un de ces muscles, dissocié dans une goutte de picro-carminate d'ammoniaque et monté ensuite dans la glycérine, constitue l'un des meilleurs objets qu'on puisse obtenir pour l'étude de la striation transversale. Les disques épais sont, en effet, colorés en rouge, les disques minces en rouge moins foncé, tandis que les bandes claires sont simplement teintes en jaune pâle sous l'influence de l'acide picrique.

La coloration par l'hématoxyline conduit à des résultats analogues, mais le maniement de ce réactif est relativement difficile ; je dois en conséquence vous indiquer d'abord, avec quelques détails, la manière dont il convient de l'employer. Sur un hydrophile vivant, on enlève, à l'aide de la pince et des ciseaux, un ou deux faisceaux primitifs des muscles moteurs des ailes. Ces faisceaux sont ensuite portés sur la lame de verre et dissociés rapidement avec les aiguilles. La résolution en fibrilles s'effectue avec facilité, par le simple écartement des deux moitiés d'un même faisceau primitif. Entre ces deux moitiés imparfaitement dissociées, les fibrilles délicates s'isolent, et se présentent comme des fils, à divers degrés d'extension. Si l'on a soin d'éviter une dessiccation trop rapide de l'objet sur la lame de verre, en promenant de temps en temps l'haleine sur la préparation, l'isolement des fibrilles s'opère avec une grande régularité, et, en tirant avec ménagement sur les bords du faisceau divisé, l'on arrive à tendre convenablement la majorité d'entre elles. Elles sont ainsi retenues chacune dans leur degré d'extension. Il suffit maintenant de verser sur la préparation une ou deux gouttes d'une solution convenable d'hématoxyline dans l'alun et dans l'alcool (1), pour obtenir au bout de deux minutes une coloration intense des fibrilles. Ces dernières, surprises par l'alun et l'alcool (qui sont des réactifs coagulants), dans un état d'extension déterminé par leur adhérence à la lame de verre, sont fixées dans leur forme et les conservent. On peut les laver largement sous un courant d'eau, les débarrasser de l'excès de matière colorante et les monter ensuite dans la glycérine ou dans le baume, sans qu'elles subissent aucune rétraction.

J'ai insisté sur ces précautions à prendre parce que l'observateur, s'il les néglige, n'obtient que des objets d'études médiocres et dont il ne peut souvent tirer aucun profit. Mais sur des préparations faites convenablement la striation transversale paraît nette et régulière, les disques minces et les disques épais sont colorés en bleu violâtre. Quant à la bande claire de Hensen, elle ne se montre pas régulièrement dans les préparations faites à l'aide des méthodes précitées. Pour la voir, il convient de fixer préalablement dans leur forme les muscles moteurs des ailes. On y arrive facilement en immergeant au préalable dans l'alcool un tiers, et pendant vingt-quatre heures, le thorax d'un hydrophile à la carapace duquel on a pratiqué une petite fenêtre afin de faciliter la pénétration du réactif. La dissociation ménagée, la demi-dessiccation, puis la coloration à l'hématoxyline à l'aide du procédé précédemment décrit, permettent de voir nettement, sur la préparation, la bande claire de Hensen qui coupe transversalement le disque épais coloré en violet pâle. Ici donc les méthodes d'analyse optique pure et simple et l'emploi des réactifs colorants, donnent des résultats concordant exactement entre eux et aboutissant à cette notion que la prétendue strie de Hensen n'est nullement comparable au disque mince et ne peut, en aucun cas, être considéré comme un diaphragme transversal. On peut simplement conclure que le disque épais peut, ainsi que depuis longtemps déjà l'indiquait Brucke, se décomposer en disques secondaires par une sorte de clivage transversal. Ces disques secondaires sont au nombre de deux dans les muscles moteurs des ailes des insectes. Nous allons les voir devenir plus nombreux encore dans d'autres muscles, notamment dans ceux des membres des articulés.

Les muscles des pattes des insectes, bien différents des muscles moteurs des ailes, sont placés à l'intérieur de la carapace qui forme le squelette des membres de ces animaux. Ceux des pattes postérieures de l'hydrophile fournissent un bon objet d'études. Ce sont des muscles à fibres obliques, insérées d'une part à la carapace, de l'autre à un tendon central, ce qui leur donne une apparence pennée.

Pour les recueillir, il convient d'employer quelques précautions indispensables; la première consiste à les fixer sur place dans leur forme afin d'éviter toute rétraction. A cet effet la carapace de l'article le plus voisin du thorax, et qui offre la forme générale d'un fuseau allongé, est incisée à l'aide de fins ciseaux sur l'une de ses arêtes, la carapace peut alors être ouverte à demi comme un livre, et maintenue dans cette position par un petit tasseau de bois. L'article tout entier est ensuite plongé dans l'alcool à à 36° de Cartier, et il est fixé par ce réactif à l'état de moyenne extension sur ses insertions naturelles.

On peut ultérieurement le dissocier dans l'eau sans craindre aucune rétraction. Les faisceaux primitifs se sé-

(1) Voir les n°s 4, 5, 6, 8, 11, 14, 17, 19, 25 et 30.

(1) La solution d'hématoxyline dans l'alun et l'alcool, pour agir convenablement, doit avoir été préparée depuis plusieurs jours, parce que, sous l'influence de l'oxydation lente qu'elle subit au contact de l'air, sa matière colorante acquiert des propriétés tinctoriales sensiblement plus énergiques.

parent alors aisément les uns des autres, et, si on les examine dans l'eau, montrent une striation transversale régulière. Les disques épais séparés par des bandes claires que traversent les disques minces semblent formés de bâtonnets juxtaposés. La substance des disques minces est au contraire formée de grains brillants, rangés en série linéaire et transversale.

Lorsque l'action de l'alcool a été prolongée, pendant un certain temps, les contours des faisceaux primitifs fixés dans leur forme sont réguliers et leurs bords restent rectilignes. Il n'en est plus ainsi quand, à la suite d'une courte immersion dans l'alcool, on vient à laisser macérer longtemps dans l'eau les fibres musculaires dissociées. Le sarcolemme se soulève alors sous l'influence de l'imbibition. Il forme sur les bords du faisceau primitif, des festons dont les ventres saillants correspondent aux disques épais et dont les points d'attache, rentrants, sont au niveau des disques minces, marquant, pour ainsi dire, par leur lieu d'insertion même, la place exacte de ces dernier (Frédéricq.)

Fig. [illegible] Faisceau [illegible] dans l'eau. — e, disque épais. — [illegible] par le sarcolemme soulevé.

Les bâtonnets juxtaposés qui concourent à la formation des disques épais, l'aspect granuleux du disque mince, la disposition des festons que nous venons de décrire, n'avaient pas échappé à l'observation minutieuse d'Amici. Je signalerai cependant ici un détail intéressant qu'il n'avait pas figuré, à savoir, que les bâtonnets formant le disque épais sont vaguement striés en travers. Ils ne paraissent en effet nullement homogènes, mais se présentent sous l'aspect de traits, renforcés de distance en distance, acquérant de la sorte un aspect vaguement moniliforme. Nous reviendrons plus loin sur cet aspect particulier de la substance réfringente du disque épais, et nous verrons quelle est la signification probable. Mais il importe actuellement d'étudier la fibre musculaire des membres de l'insecte non plus à l'état statique, mais à l'état vivant et actif, c'est-à-dire devenant le siége de modifications physiologiques importantes, sous les yeux mêmes de l'observateur.

Je vous ai fait voir précédemment, Messieurs, qu'une fibre musculaire de lapin, conservée dans son propre plasma, est parfaitement vivante et que si elle ne manifeste pas visiblement sa vitalité, c'est seulement parce qu'elle a été brusquement refroidie. Nous retrouvons ici même une preuve de cette assertion. La température des tissus des insectes est, en effet, peu différente de la température des milieux ambiants, aussi voyons-nous les faisceaux primitifs des muscles de leurs membres, étendus sur la lame de verre dans leur propre plasma, ou examinés dans l'albumine de l'œuf, manifester leur vitalité par des changements de forme, que l'on a assimilés plus ou moins exactement aux phénomènes normaux de la contraction, et que, depuis les travaux d'Aeby, l'on désigne sous le nom collectif d'*ondes musculaires*.

Il semble même qu'en immergeant un faisceau primitif dans l'albumine, son activité soit accrue, car ses mouvements spontanés sont fréquents et se poursuivent plus longtemps que lorsqu'il est examiné dans son propre plasma, c'est-à-dire dans son milieu naturel. En constatant cette curieuse propriété de l'albumine à l'égard du muscle, Merkel nous a donc fourni une excellente méthode pour l'examen des fibres vivantes. Mais il est nécessaire de savoir l'appliquer convenablement.

Au moyen de deux incisions semi-lunaires, pratiquées sur la patte d'un l'hydrophile à l'aide de ciseaux à pointe fine, et bien tranchants, j'enlève un fragment de la carapace, je détache le muscle penniforme de toutes ses insertions, hors de celles qui se font sur le lambeau soulevé, et je l'extrais de son enveloppe chitineuse avec le tendon qui lui fait suite. Rapidement je l'immerge dans une goutte d'albumine d'œuf placée sur la lame de verre, puis je détache avec des aiguilles les faisceaux primitifs adhérents à la carapace, et après avoir rejeté celle-ci, je recouvre la préparation d'une lamelle. Avec un grossissement moyen vous voyez toutes ou presque toutes les fibres musculaires animées de mouvements actifs. Nous allons actuellement, Messieurs, étudier avec soin ces mouvements et discuter les données qu'ils nous fournissent au point de vue du mécanisme de la contraction musculaire.

Vous pouvez de la sorte constater avec moi l'existence des ondes musculaires, leur activité, leur vitesse considérable. Il en est toujours ainsi au début de chacune des observations qu'on vient à faire. L'onde musculaire commence à se produire à une extrémité de la fibre, et se poursuit d'abord avec régularité, c'est-à-dire qu'elle est pour ainsi dire transportée le long du faisceau comme par l'action d'un mouvement de translation uniforme. Mais au bout de quelque temps, l'activité du muscle diminue et ses mouvements deviennent irréguliers, comme vermiculaires, en même temps qu'ils se ralentissent. C'est le moment le plus favorable pour l'observation, car la durée de chacune des modifications subies par la substance musculaire pendant le passage de l'onde, est alors sensiblement accrue. Quelle que soit néanmoins la rapidité de celle-ci, l'on peut toujours distingner au niveau du renflement formé dans le muscle sur le point envahi par l'onde, les disques minces et leurs grains réfringents caractéristiques. Ils servent pour ainsi dire de points de repère à l'observateur, en restant toujours visibles. On peut ainsi constater qu'au moment où l'onde contractile passe à leur niveau, ils se rapprochent et s'élargissent. Or, Messieurs, de ce seul fait du rapprochement des disques minces les uns des autres, on en peut déduire un second, c'est que les disques épais, intercalés entre eux, ont diminué de longueur et se sont tassés pour ainsi dire sur eux-mêmes.

Ce fait est important ; il constitue à lui seul une objection capitale contre la théorie de Krause, c'est-à-dire contre l'existence de la case musculaire. Vous vous rappelez, en effet, que, dans cette théorie, le prisme musculaire conserverait des dimensions fixes pendant le repos et pendant la contraction. Le rapprochement de deux disques épais consécutifs à ce dernier moment résulterait seulement de ce que le liquide musculaire, enveloppé entre leurs extrémités, gagnerait leurs côtés latéraux. Il suit de là, logiquement, que si l'on démontre par l'expérience une diminution dans la hauteur des disques épais au moment de la contraction, la théorie est fausse. J'ai pu constater maintes fois ce raccourcissement. Il est souvent égal à plus de la moitié de la hauteur totale du disque épais considéré à l'état de repos. Il demeure donc bien établi qu'au moment du passage de l'onde et sur un point donné, les disques minces se rapprochent en même temps que les disques épais diminuent de hauteur, faits en contradiction formelle avec la théorie de Krause.

Mais quand on examine attentivement un faisceau un peu en deçà du point précis où se montre le renflement musculaire, ou un peu au-delà de ce dernier, c'est-à-dire quand on étudie la striation au voisinage immédiat de l'onde, on remarque certaines particularités de structure qu'il s'agit maintenant d'expliquer. Ils consistent principalement dans ce fait, que les bâtonnets dont l'ensemble concourt à former le disque épais deviennent obliques en restant parallèles entre eux, de telle façon que si l'on considère deux disques épais consécutifs adjacents à l'onde, on reconnait que leurs bâtonnets se sont inclinés en sens inverse les uns sur les autres.

L'onde musculaire considérée dans son ensemble forme un renflement symétrique par rapport à l'axe du faisceau primitif, mais les diverses parties de ce renflement ne

sont pas toutes également contractées, à un moment donné; d'où il résulte que l'onde exerce, sur les portions adjacentes de la fibre restées en repos, une sorte de tiraillement. Les prismes musculaires qui forment par leur ensemble un disque épais s'infléchissent alors les uns sur les autres, entraînés par une action purement mécanique du côté même où l'onde prédomine. Ils sont simplement étirés de ce côté.

J'ai à peine besoin de vous dire, Messieurs, que pour observer des phénomènes aussi délicats il est nécessaire de prendre certaines précautions. Je rappelle ici qu'il est tout d'abord avantageux d'exercer sur la surface du faisceau musculaire qu'on inspecte, un certain degré de compression, absolument pour la même raison que lorsqu'on veut étudier la striation d'un faisceau musculaire primitif, il est indispensable de rendre plane sa surface convexe. On arrive en effet, de cette manière, à mettre l'objectif au point, à la surface même de l'onde, et l'on étale cette dernière pour ainsi dire sous ses yeux. C'est en observant ainsi des faisceaux musculaires dont l'activité est devenue peu considérable, et dans lesquels les ondes marchent avec lenteur, qu'on peut reconnaître qu'au moment où la contraction se produit, les disques épais diminuent de hauteur, que les disques minces se rapprochent, que les espaces clairs s'effacent, et qu'enfin, au moment où l'onde passe en un point donné, il ne se produit nullement sur ce point le phénomène de *renversement ou d'inversion de la striation transversale* qui sert de base à la théorie proposée par Merkel pour expliquer la contraction musculaire.

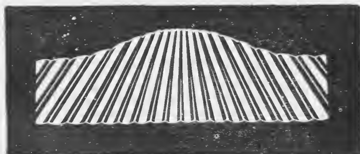
Malgré tout, cependant, il est difficile d'étudier avec fruit une onde qui passe rapidement sous les yeux et qui s'efface ensuite. Si l'on pouvait fixer dans sa forme le renflement de la substance contractile et l'observer à loisir, les résultats de l'observation seraient, on le conçoit, infiniment plus certains puisqu'ils découleraient de l'interprétation de préparations persistantes. Depuis quelques années les histologistes ont poursuivi ce but, et ils l'ont atteint. Voici maintenant en quoi consiste le principe de la méthode. Pour obtenir une préparation persistante de l'onde musculaire, il faut d'abord la provoquer, puis la fixer immédiatement dans sa forme. Certains réactifs coagulants, dont l'action est rapide, satisfont à cette double indication et, parmi eux, l'alcool absolu, ou plutôt à 90° centésimaux occupe le premier rang.

Quand on immerge un muscle vivant dans ce réactif, le premier effet produit est une excitation énergique, analogue à celle qu'exercent sur le muscle les actions mécaniques, celle des acides et des courants d'induction. Une onde se produit, mais presque au même instant l'action coagulante de l'alcool sur les substances albuminoïdes exerce ses effets; le muscle, l'onde en cours de progression, et même l'onde commencée, sont saisis par le réactif et fixés dans leur forme exacte et dans leurs rapports réciproques. On en peut ultérieurement observer les détails à loisir. C'est pourquoi Merkel a employé cette méthode d'immersion dans l'alcool fort, et pendant 30 à 45 minutes, des fragments de substance musculaire qu'il voulait étudier. J'ai modifié légèrement ce procédé, et j'opère de la manière suivante. La carapace d'une patte d'hydrophile est incisée, maintenue ouverte, et l'article entier plongé pendant quelques minutes dans l'alcool absolu. L'effet d'excitation est brusque et des ondes particulières se produisent. Elles sont de deux ordres, totales ou partielles. J'ai réservé aux dernières le nom d'*ondes latérales* parce qu'elles se produisent sur un seul côté de la fibre musculaire, bien différentes des ondes spontanées de la fibre vivante, qui l'envahissent dans tous ses diamètres, et déterminent l'apparition d'un renflement fusiforme, à très peu près symétrique par rapport à l'axe de figure du faisceau primitif.

L'étude histologique de ces ondes latérales va nous fournir des résultats importants. Elles constituent, en effet, un excellent objet d'études par cela même qu'elles sont incomplètes, et que l'un des bords de la fibre étant contracté, les points symétriques du bord opposé peuvent être considérés comme étant restés au repos. Sur un espace restreint, nous pouvons donc suivre la contraction dans tous ses stades. Or, voici ce que nous observons. Le faisceau musculaire offre, au niveau de l'onde latérale, un demi-ventre de contraction; il est donc curviligne et saillant en dehors. Sur le bord opposé et sur le point symétrique, il est rectiligne. Considérons maintenant ce bord rectiligne et non contracté, nous y verrons régulièrement la succession suivante:

A_1 disque mince
b. demi bande claire
B. disque épais
b' demi bande claire
A_2 disque mince etc.

C'est-à-dire la striation ordinaire du muscle au repos. Les disques minces sont facilement reconnaissables à leur aspect granuleux. Sur le côté contracté, le sarcolemme, formant des festons, indique, par le point d'insertion ou rentrant de ce dernier la place du même disque mince. Il résulte de là que ce dernier peut être poursuivi à travers le point contracté. L'on voit seulement que sur ce point même les disques minces se rapprochent les uns des autres comme le font les rayons d'un éventail entre-ouvert.



C'est-à-dire qu'une telle image démontre pleinement que le phénomène d'inversion, supposé par Merkel, n'existe pas puisqu'on peut suivre le disque mince, et transversalement, dans toute la largeur de la fibre contractée seulement sur un côté. Nous reviendrons bientôt, du reste, sur ce point, à propos de l'étude du muscle faite à l'aide de la lumière polarisée.

Il est maintenant nécessaire de se demander quel rapport existe entre les ondes que nous venons d'étudier et la contraction musculaire normale. Je dois vous avouer, Messieurs, que ce rapport est difficile à déterminer, mais, d'un autre côté, je puis vous dire que la comparaison qu'on a voulu faire entre l'onde spontanée ou provoquée qui parcourt une fibre musculaire, et la contraction brusque et totale de celle-ci, qui seule est du reste la véritable contraction, n'avait aucune raison d'être. L'onde musculaire n'est en effet qu'un phénomène anormal. C'est un mode de réaction particulier de la substance musculaire. Quand un muscle se contracte, il le fait en un seul temps. J'ai pu vérifier le fait nombre de fois en observant le mode de contraction des muscles des cyclopes.

Le travail accompli par l'onde est lui-même très-peu considérable, et son effet utile à peu près nul. Partant, il n'existe ici rien de comparable au travail actif produit par la contraction totale, synchrone et synergique des diverses parties d'un même muscle volontaire, et les deux phénomènes doivent être et demeurer entièrement séparés.

Les matières colorantes, telles que l'hématoxyline et le carmin, sont employées avantageusement pour l'étude des muscles des membres des insectes. On suit dans leur emploi les mêmes méthodes que pour la préparation des muscles des ailes. Comme chez ces derniers, on colore facilement en rouge ou en violet les disques épais et les disques minces. Je dois cependant vous signaler ici ce fait,

qu'après coloration par l'hématoxyline les disques minces se colorent activement en bleu, et que les disques épais offrent la même coloration, mais seulement à leurs extrémités. En leur milieu se voit une zone incolore. Ce fait intéressant, et que j'expliquerai plus tard, ne fut connu de Merkel qu'après qu'il eût formulé sa théorie et que Fögel eut appliqué l'hématoxyline à la coloration des muscles. Nous le laisserons momentanément de côté, et nous poursuivrons dans la prochaine leçon l'analyse de la substance musculaire, en appliquant à son étude les réactions optiques qu'elle produit en présence de la lumière polarisée.

(*A suivre*).

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. SIMON.

De l'épidémie de Tétanie de Gentilly (1).

Leçon recueillie par P. REGNARD, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Pour répondre à cet ensemble de questions assez complexes, il faut séparer l'étude des quatre premiers cas de tétanie des 24 autres qui suivirent et constituèrent la véritable épidémie. Rien, en effet, ne s'oppose à ce qu'on puisse considérer les premières manifestations comme des types classiques de contracture essentielle des extrémités. — Elles se sont développées sous l'influence incontestable du froid, chez de jeunes enfants, et ont pris les allures spasmodiques et irrégulières de la tétanie.

Parmi ces quatre fillettes, l'une était atteinte pour la seconde fois, en quelques mois, et deux avaient une contracture étendue aux extrémités supérieures et inférieures. Ce qui fortifie cette opinion, c'est qu'elles sont encore, à l'heure actuelle, dans deux hôpitaux, sous le coup des accès spasmodiques de la tétanie.

Mais cette simple étiologie qui découle si naturellement de l'interprétation des faits primordiaux ne peut supporter l'examen, si on veut se rendre compte de la nature de l'épidémie qui éclata tout d'un coup, le 6 novembre dernier. Le froid, la saison humide que nous invoquons avec le jeune âge, devraient aussi exercer leur action sur trois autres réunions d'enfants qui existent dans le même village. L'école des petits garçons qui se trouve placée dans les mêmes conditions hygiéniques que celle des petites filles, devrait être envahie par la contracture passée à l'état épidémique. — Mais, je vous l'ai dit, la classe seule des petites filles est atteinte, toutes les autres sont épargnées. Remarquez, en outre, que onze petites filles contractent la tétanie le même jour presque à la même heure, pendant la classe — ajoutez que plusieurs d'entr'elles avouent que les attaques renaissent de préférence à l'heure des classes et du catéchisme, et vous aurez certainement un autre élément à considérer à côté du froid et du jeune âge. Veuillez rapprocher toutes ces circonstances de l'état moral de la population de Gentilly ; le 16 et le 17 novembre dernier, des bruits absurdes circulaient dans le village. — On y croyait au maléfice. — L'instituteur précédemment renvoyé, avait certainement mis en œuvre des moyens diaboliques ; on se parlait à voix basse de phénomènes mystérieux qui démontraient jusqu'à l'évidence la justesse de toutes ces folles conceptions. Tel était le désordre des intelligences à l'époque dont nous parlons. Eh bien ! je vous le demande, quelles seraient vos objections si, comparant ces conversations extravagantes, cette peur insensée, aux épidémies du XVIIe siècle, nous les considérions comme une nouvelle cause de l'épidémie actuelle de Gentilly ? Vous ne pourriez, ce nous semble, nous en adresser aucune.

La susceptibilité nerveuse des petites filles les rend plus accessibles aux émotions, aux impressions morales de toute nature, à l'imitation involontaire, à la contagion nerveuse. — Préparées par le refroidissement des premiers jours de novembre, elles ont subi l'influence de la peur, de l'imitation, toutes ou à peu près toutes au même moment. Nous pourrions tirer de nouveaux arguments en faveur de cette opinion dans la marche et le déclin actuel de l'épidémie. La fermeture de la classe arrête net les progrès du mal : à partir de cette époque, la contracture cesse de se propager et les cas épidémiques n'affectent pas, en général, la longue durée des premières tétanies du mois d'octobre. Vous ne vous méprenez point sur ces explications. Prétendre, comme nous le faisons, que cette épidémie est en partie sous la dépendance de l'imitation et de la contagion nerveuse, ce n'est affirmer ni la simulation, ni la non-existence des faits soumis à notre examen. Il ne saurait naître le moindre doute dans l'esprit d'aucun de nous. Ces jeunes fillettes, l'eussent-elles voulu, n'auraient point supporté des spasmes musculaires prolongés, fermé leurs doigts d'une manière spéciale, et indiqué dans l'avant-bras des fourmillements et de véritables douleurs qu'on exaspérait aisément par les compressions des masses musculaires. Nous constatons donc ici une épidémie de tétanie, née dans les conditions habituelles, mais propagée par la contagion nerveuse.

Nous sommes autorisés à aller plus loin. — Le jour de notre troisième enquête, quelques parents nous ont avoué que leurs petites filles les trompaient, et qu'elles avaient pris plaisir à fermer l'une ou les deux extrémités supérieures. L'enfant s'en vantait, et s'en félicitait puisque ces efforts de supercheries avaient conduit, disait-elle, à la suspension des études.

Cette dernière catégorie de fausse tétanie ne compte guère que 4 à 5 cas à notre connaissance, et les deux précédents au contraire comportent tous les autres : — Dans la proportion de 4 pour la première à frigore, et d'une vingtaine pour la seconde par imitation (1).

L'étude que nous venons de faire sur les symptômes et l'étiologie de cette tétanie épidémique nous permet-elle d'en préciser le siége dans l'organisme ?

Les autopsies jusqu'à ce jour ont été toutes à peu près exemptes de lésions anatomo-pathologiques. — Dans quelques cas seulement Tonnelé a trouvé une coloration rosée des enveloppes et de la moelle semblable, suivant cet auteur, à celle qu'on rencontre dans la chorée. Mais cette légère congestion existe dans un nombre considérable de cas sans produire aucun trouble fonctionnel.

Quant aux lésions signalées par certains auteurs : inflammation, ramollissement de la moelle au niveau du plexus brachial, il faut les rejeter de la contracture idiopathique, ce sont des observations de maladies du système nerveux, étrangères à notre sujet. Jusqu'à plus ample informé, la tétanie doit donc être envisagée comme une de ces affections du système nerveux, obscures dans leur essence, revenant par accès irréguliers, conservant l'état général des forces et l'apyrexie, et méritant le nom de névroses.

Si vous vous reportez par la pensée aux expériences consistant à exciter la partie motrice du cordon médullaire, vous arriverez à préférer la localisation de la tétanie dans la moelle à toute autre théorie qui voudrait la fixer dans les muscles ou les cordons nerveux. Rappelez-vous qu'une excitation légère ne se fait sentir qu'aux extrémités, mais qu'une excitation intense gagne les membres et le tronc lui-même.

Le stimulus morbide tient lieu et place dans la tétanie des excitants mécaniques de l'expérimentateur, et on voit se produire la contracture soit des mains seules, soit des quatre extrémités, soit des muscles des membres et même

(1, Voir le nº 49.

(1) Cette leçon a été faite et rédigée huit jours avant la communication de M. Hillairet, à la Société de biologie, sur le même sujet, communication tendant à prouver que l'épidémie toute entière n'est qu'une simulation générale. Pour nous, qui ne nous sommes pas bornés à recueillir les narrations plus ou moins exactes des parents, mais qui avons encore reçu à notre hôpital, et suivi pendant trois semaines près de 14 cas bien observés, nous nous refusons absolument à méconnaître l'existence de la tétanie véritable et sa propagation par imitation et par contagion nerveuse.

du tronc. Vous ne nous trouverez pas trop téméraires de supposer que l'excitant peut, non-seulement atteindre le cordon médullaire mais le prolongement des fibres motrices, jusque dans l'encéphale. Je ne vois pas plus d'objections à soutenir cette thèse pour expliquer la contracture que pour se rendre compte des paralysies symptomatiques de lésions des centres nerveux.

Le silence des nécropsies ne nous engage point à nous aventurer dans des dissertations sur la cause intime de cette stimulation excito-motrice. Nous savons, cependant, qu'une congestion subite, ou qu'une anémie rapide des centres nerveux produit des convulsions. — Pourrait-on invoquer l'une de ces causes, la congestion, par exemple dans les cas de tétanie dus à des refroidissements brusques et manifestes? En outre, les fonctions nerveuses se troublent sous une foule d'influences qui n'apportent que des perturbations passagères. Il nous semble alors que la circulation de l'influx nerveux n'obéit plus à des ordres réguliers et nous voyons apparaître aussi des colorations et la pâleur des tissus, la contracture et la paralysie des membres, et bon nombre d'accidents plus bizarres et plus compliqués.

Dans notre épidémie de Gentilly, les quatre premiers cas isolés ne pourraient-ils se rapporter au froid, et à la congestion médullaire qui en serait la conséquence, et l'épidémie elle-même, les 24 cas qui se sont déclarés tout d'un coup et qui sont aujourd'hui en voie de guérison, sinon guéris complétement, ne serait-il pas raisonnable de les rapporter à un simple ébranlement nerveux, qui aurait trouvé un accès facile dans le sexe et l'imagination de nos petites malades. C'est là, je dois vous le dire, l'opinion à laquelle nous nous sommes arrêtés et qui nous semble le mieux donner la clef de cette nouvelle épidémie de contracture essentielle des extrémités.

Bien que cette affection soit une maladie légère et qu'elle guérisse spontanément en un laps de temps qui ne dépasse guère 1 à 2 mois, vous devez chercher à en abréger la durée et à diminuer les sensations désagréables de fourmillements, de courbature, et de véritables douleurs qui siègent dans les avant-bras et les jambes.

Voici le *traitement* que je vous conseille d'adopter de préférence, et qui s'adressera tout d'abord à l'excitation musculaire et à la douleur :

Pour répondre à cette première indication, je prescrirais des bains de vapeur donnés au lit tous les jours pendant la première semaine, tous les deux jours pendant la seconde. Les bains d'air chaud rempliraient le même but. En outre, appliquez sur la colonne vertébrale, entre les deux épaules, cinq à six ventouses sèches tous les jours et faites de larges frictions sur les parties atteintes de contracture et de douleur avec le liniment suivant :

Extrait de belladone	4	grammes.
— Jusquiame	6	—
Chloroforme	20	—
Laudanum de Rousseau	2	—
Huile d'amandes douces	[illegible]	—

Ayez soin d'envelopper les parties malades avec de la ouate et du taffetas gommé. Nous avons cru remarquer en effet que chez la petite Louise B.... particulièrement, l'impression du froid paraissait rapprocher des accès.

A cette médication externe, vous joindrez la médication interne que je vais vous énumérer : les préparations opiacées à des doses très-faibles (sirop de codéine 10 grammes dans une potion calmante), la valériane (valérianate de quinine, extrait de valeriane, valérianate de zinc à la dose de 5 centigrammes à 10 centigrammes par jour), la belladone poudre et extrait à la dose de 5 centigr. à 10 centigr. par jour), tels seraient les agents thérapeutiques auxquels nous aurions recours pour des enfants de cinq à quatorze ans, comme ceux de Gentilly.

A ces médicaments, il faut joindre une hygiène particulière surtout en présence d'une épidémie localisée à un pensionnat, à une réunion quelconque de jeunes enfants.

Le premier soin est d'isoler les malades, de les tenir dans un milieu calme à l'abri de toutes les excitations physiques et morales. Dans le même ordre d'idées nous vous conseillons de vous abstenir de courants électriques, à moins toutefois que vous n'ayez recours au pinceau métallique, aux courants interrompus, énergiques, pour exercer une vive révulsion sur la surface cutanée des régions atteintes de fourmillement et de courbature, les avant-bras dans la contracture des mains, la jambe dans celle des pieds. Ces quelques mots suffiront, je pense, pour vous rappeler l'histoire de la tétanie en général et celle de Gentilly en particulier.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Quelques observations à propos du pansement de Lister ;

Par le Dr **Samuel POZZI**, agrégé à la Faculté de médecine de Paris (1).

Une preuve non moins convaincante de l'utilité de l'affrontement des surfaces, pratiqué avec les précautions convenables, me paraît être fournie par l'observation que je vais maintenant rapporter. En effet, elle nous montre la réunion des parties profondes et superficielles résistant à un érysipèle précoce, apparu dès le second ou le troisième jour et ayant pris un développement assez intense pour donner lieu à des phénomènes généraux alarmants. N'est-ce pas à cet état grave de toute l'économie non moins qu'à l'influence locale de l'exanthème qu'on peut attribuer la suppuration relativement assez longue de la petite partie de la plaie qui avait résisté à l'affrontement immédiat? Quoiqu'il en soit cette suppuration a été insignifiante si on la compare à ce qu'eût été celle de toute la surface traumatique sans le bénéfice des sutures et du pansement.

En somme, la vaste plaie résultant de l'ablation d'une tumeur considérable, et compliquée d'une perte de substance au muscle sous-jacent, s'est cicatrisée *complétement* en moins d'un mois, malgré l'influence perturbatrice de l'érysipèle. Il n'est pas téméraire d'affirmer que le mode de pansement ordinaire n'aurait pas donné des résultats aussi favorables.

Observ. IV. *Ablation d'un gros sarcome du sein. — Erysipèle grave.*

Nogr..., Madeleine, âgée de 47 ans, entre le 7 octobre 1876 à l'hôpital des Cliniques pour un sarcome du sein gauche. Il est de la grosseur des deux poings, occupe la partie supérieure et externe de la mamelle et adhère à la peau dans une étendue limitée ; pas d'ulcération ; pas de ganglions axillaires. Les contractions du grand pectoral immobilisent la tumeur. Cette femme a beaucoup d'embonpoint et les mamelles sont volumineuses.

Ablation par le bistouri le 9 octobre. Un large segment de peau est circonscrit par deux incisions demi circulaires, et la tumeur est disséquée de haut en bas. On constate qu'elle est adhérente au grand pectoral et que sa base est comme bridée entre les portions sternale et claviculaire du muscle. On enlève une partie notable de tissu musculaire. Au fond de l'énorme plaie, on voit le grand pectoral largement découvert et échancré. Plusieurs ligatures sont faites avec du fil de soie. Portant ses doigts dans le fond de la plaie, l'opérateur constate que, malgré la suture qu'il se propose de faire il subsistera un certain écartement en forme de godet vers la partie la plus déclive. En outre le drainage ne pourrait se faire, en plaçant le drain directement dans la plaie, que de bas en haut et non de haut en bas. Il serait donc contrarié par l'influence de la pesanteur et deviendrait illusoire. Pour obvier à ce double inconvénient, le chirurgien a recours au procédé suivant. Deux doigts de la main gauche déprimant le fond de la plaie, un bistouri long et étroit transperce les parties molles à environ 8 centim. au-dessous et en dehors du lieu de l'opération et va ressortir au fond de la surface traumatique, entre les deux doigts. Le bistouri étant retiré, on place aussitôt avec la pince à fistules dans le trajet qui vient d'être ainsi créé un long tube à drainage qui est remonté jusqu'à la limite supérieure de la plaie.

(1) Voir les nos 48 et 49.

C'est par dessus ce tube qu'on fixe 3 points de suture profonde *en plaque*, et un nombre suffisant de sutures superficielles pour affronter complétement les téguments; les fils à ligature sont rassemblés à l'angle interne et à la partie médiane de la plaie. Protecteur étroit de baudruche Hamilton, —Coton perméable phéniqué trempé dans une solution à 2,1 2 pour 100 d'acide phénique. — Coton phéniqué sec. — Ouate ordinaire. — Taffetas gommé. — Bande et bandage de corps immobilisant le bras.

Agitation dans la journée.— Soir T. 38,°2.

10 *oct.*, matin, 38, 5 ; soir 39, 4.

Le 11, matin 38, 7. La nuit a été mauvaise; soupçonnant une complication, on enlève le pansement.

La plaie a fort bon aspect : il s'est fait par le tube un écoulement séro-sanguinolent peu abondant. Les sutures paraissent avoir réussi, mais à l'angle supérieur de la plaie existe une teinte rosée qui fait craindre un érysipèle. On enlève les sutures superficielles. Nouveau pansement phéniqué après lavage du tube à drainage. Soir T. 39°. 8.

Le 12, matin, on renouvelle le pansement: l'érysipèle s'est franchement déclaré. Il forme une large plaque qui gagne l'épaule; application de collodion. On enlève les sutures profondes. — Il s'écoule par le tube à drainage une petite quantité de pus. Il est retiré, lavé à l'eau phéniquée, replacé avec la pince à fistules et une injection phéniquée est poussée par son canal dans la profondeur de la plaie. La réunion des lèvres s'est maintenue. Elle paraît complète sauf au niveau du passage des fils à ligature.

13 *octobre*. Matin, Temp. 39. 4. soir 40, 4. L'érysipèle gagne le bras.

Pendant les 9 jours qui suivent (14 à 24 octobre) l'érysipèle a fait de nouveaux progrès; il est descendu en avant jusqu'au ventre, en arrière il a passé derrière l'épaule jusqu'au milieu du dos, et il a envahi le bras et l'avant-bras. L'état général a été pendant ce temps très-grave. Langue sèche, aspect typhoïde, insomnie, fièvre intense.

Les résultats immédiats de la suture se sont maintenus. Seul le trajet du tube à drainage et sans doute aussi le godet déclive auquel il aboutit ont suppuré; il faut y joindre le trajet d'un des plus gros fils de la suture profonde, qui s'est ulcéré et dans lequel on a dû placer durant quelques jours un petit tube à drainage. L'injection phéniquée faite chaque matin par ces tubes, n'entrainait du reste qu'une petite quantité de pus.

24 *octobre*, matin. La température qui la veille au soir était de 39; 2, tombe subitement a 36. A partir de ce moment l'érysipèle est complétement arrêté, et la malade entre franchement en convalescence. La suppuration fournie par les tubes décroît de plus en plus : le supérieur est bientôt enlevé; l'inférieur est progressivement raccourci jusqu'à ce qu'il soit lui-même jugé inutile. La malade mange, se lève, reprend des forces.

Le 1er *novembre* il ne reste plus de sa plaie qu'un orifice au niveau de la partie médiane de la suture, en un point où passaient plusieurs fils à ligature; il faut y joindre l'orifice du tube à drainage inférieur. Une cuillerée de pus environ souille tous les deux jours le pansement. Le 8 tout est cicatrisé. Le 11 la malade sort entièrement guérie.

A la suite de ces observations qui ont trait à des opérations graves, je résumerai succinctement 3 cas d'opérations de moindre importance et qui cependant offrent un certain intérêt.

Obs. V. — *Sarcome de la grande lèvre gauche.*

N° 10, salle des femmes, Sa... Louise, 44 ans, entrée le 26 septembre, opérée le 29 septembre, sortie le 19 octobre.

Cette femme avait déjà été opérée un an auparavant. La tumeur du volume d'une grosse noix, indolente non adhérente à la peau ou à la muqueuse, présentait le même volume lors de la première opération dont on voit encore la cicatrice. Consécutivement la malade avait eu beaucoup de fièvre durant 8 jours et la plaie avait suppuré environ deux mois. Le pansement avait été fait à plat.

Le 29 septembre, après anesthésie, la tumeur est disséquée avec soin. La poche qui résulte de l'ablation est relativement très-vaste. Après 3 ligatures de vaisseaux, on place dans le fond de la cavité un petit tube à drainage. Ses parois sont ensuite exactement accolées par un point de suture profonde fait avec deux larges plaques; 6 points de suture superficielle. — Pansement à l'eau fraîche. — Le troisième jour, ablation de la suture superficielle. Le sixième jour, ablation de la suture profonde. La réunion est complète et dans les trois quarts inférieurs, sauf le point de sortie du tube. Le tiers supérieur où passent les fils ne s'est pas réuni et il y a un entrebaillement assez étendu, mais n'aboutissant à aucune cavité. — La cicatrisation marche rapidement, et la malade sort le 19 octobre n'ayant plus qu'une très-petite plaie et sans avoir présenté à aucun moment de réaction fébrile notable.

Obs. VI. — *Désarticulation de la phalangette de l'index de la main droite.*

Clev... Georges, 26 ans, entré le 28 août, opéré le même jour, sorti le 15 septembre.

Ce malade avait été opéré dans son enfance par Nélaton, à l'aide du cautère actuel, pour un tumeur érectile de l'index. A la suite de cette cautérisation, le tissu inodulaire était devenu le siége d'ulcérations constantes qui entravaient tout travail.

La désarticulation de la phalangette est suivie d'une hémorrhagie très persistante ; un nombre considérable de vaisseaux donnent abondamment; cette circonstance s'explique par la télangectiasie congénitale qui avait nécessité l'opération de Nélaton. Onze ligatures sont faites avec du fil de soie, qui sont ramenés en deux faisceaux volumineux aux deux angles de la plaie. — Un point de suture profonde, quatre de suture superficielle; protecteur, coton perméable phéniqué, taffetas gommé, bande assez serrée.

La multiplicité des ligatures avec des fils ordinaires était certes, une mauvaise condition de succès. Toutefois la cicatrisation des parties profondes était complète le quatrième jour, quand on leva le premier pansement, et celle des parties superficielles, retardée par la chûte des fils, qui presque tous étreignaient des vaisseaux du tégument, était achevée le 15 septembre.

Obs. VII. *Désarticulation du pouce avec ablation de la tête du premier métacarpien.— Lymphangite.*

Barlé, 30 ans, n° 12, salle des hommes. Carie de la 1re phalange du pouce droit avec arthrite fongueuse de l'articulation métacarpo-phalangienne. L'affection remonte au mois de janvier dernier. Abcès, puis fistule au niveau de la petite articulation malade.

27 *octobre*. Désarticulation du pouce par la méthode elliptique, ablation de la tête du métacarpien avec des pinces coupantes. Deux ligatures. Un point de suture profonde et 4 points de suture superficielle. Les deux fils à ligature sont ramenés dans un même angle de la plaie.

L'ischémie artificielle a été faite avec la bande élastique. Quand elle est enlevée, le suintement sanguin se fait en nappe, avec abondance. Pour l'arrêter et empêcher la formation de caillots sous la suture, le chirurgien place *directement* sur la plaie réunie des bandelettes d'amadou trempées dans la solution phéniquée (2,5 pour 100) et entrecroisées en une sorte de cuirasse compressive. Du coton phéniqué et une bande assez serrée complètent ce pansement.

Un léger mouvement fébrile se manifeste le lendemain (28). Le surlendemain il continue et lorsqu'on enlève le pansement, on observe autour de la plaie un peu de lymphangite réticulaire qui s'étend sur le dos de la main. Ablation des sutures superficielles. Deux jours après on enlève la suture profonde (31 octobre).

La cicatrisation des parties profondes et superficielles est *complète* le 5 novembre, neuf jours après l'opération.

Mais tandis que les phénomènes de réparation marchaient si rapidement du côté de la plaie, il s'en passait d'autres moins favorables dans son voisinage.

Le malade qui avait présenté dans les premiers jours les signes extérieurs d'une lymphangite superficielle, offrait bientôt après les symptômes non moins certains d'une lymphangite profonde. Gonflement du poignet, qui lui paraît *brisé:* la douleur à la pression est vive au niveau des vaisseaux

radiaux. Il n'y a ni gonflement ni douleur au-dessous, à l'éminence thénar. Le 5 novembre, au moment où la cicatrisation du moignon était complète, survient un accès de fièvre assez fort qui reparaît le lendemain et le surlendemain; empâtement manifeste au côté externe du poignet.

Incision de 5 centimètres en dedans des vaisseaux radiaux; elle donne issue à du pus phlegmoneux. La fièvre cesse le lendemain, et le malade qui a recouvré l'appétit se lève et ne tarde pas à sortir guéri.

Deux points doivent être relevés dans cette observation instructive; D'une part, la cicatrisation rapide par première intention; d'autre part la production d'une lymphangite superficielle et profonde donnant lieu à un abcès angioleucitique. A quoi doit-on attribuer ce dernier accident? Je suis porté à en rechercher la cause dans l'application directe de topiques fortement phéniqués sur la plaie. C'est une preuve de l'utilité du *protecteur*.

IV. — Si l'on a pris la peine de parcourir les observations qui précèdent, on a pu voir que je n'ai retenu de la pratique de Lister que deux points principaux, 1° L'affrontement méthodique des surfaces traumatiques; 2° L'usage des antiseptiques *à haute dose*.

J'ai laissé de côté l'ensemble compliqué de précautions dont l'éminent chirurgien environne ses opérés depuis le moment où le bistouri ouvre leur épiderme jusqu'à celui où un épithélium nouveau vient fermer la porte à l'entrée des germes.

Quelle que soit la multiplicité de ces précautions, elles ne sauraient être suffisantes pour empêcher *absolument* l'accès des particules microscopiques que l'on redoute. On ne peut par exemple avoir la prétention d'empêcher un certain nombre, si petit soit-il, de germes visibles seulement avec les grossissements les plus forts du microscope, de passer à travers les gouttelettes de la pulvérisation. Si les germes agissent à la manière des ferments indépendamment de leur masse, la précaution qu'on prend est donc inutile. D'autre part, elle est excessive, si le contact de l'atmosphère agit *quantitativement* plus que *qualitativement*.

C'est donc ailleurs que dans l'absence absolue des germes, qu'il faut rechercher l'origine des remarquables succès de Lister. Les observations que j'ai rapportées viennent à l'appui de ce raisonnement. Certes, mes opérés sont loin d'avoir été *complètement* garantis contre l'influence atmosphérique. Leur rapide guérison prouve cependant qu'ils l'ont été *d'une façon suffisante*.

Tel est le but que remplit l'emploi des antiseptiques *à haute dose* et c'est un des grands mérites de Lister, toute théorie mise à part, que de l'avoir reconnu et préconisé. Les solutions phéniquées employées dans nos hôpitaux avant *l'agitation scientifique* qui nous est venue d'Edimbourg, étaient notoirement trop faibles. L'eau et l'alcool phéniqués préparés d'après les indications du formulaire des hôpitaux renfermaient *un* et *deux* pour cent d'acide phénique, et si l'on songe à la volatilité très-grande de ce corps, on conviendra que les propriétés antiseptiques de pareils liquides ne pouvaient pas être de bien longue durée. C'est avec ces solutions insuffisantes qu'on imprégnait la charpie *ordinaire* dans les pansements que l'on appelait phéniqués. Au lieu de cela, Lister on le sait, nous a appris à nous servir de solutions dont le titre est bien supérieur : (5/100 solution aqueuse forte, 2, 5/100, solution aqueuse faible, 20/100 solution alcoolique). En outre des quantités considérable d'acide phénique sont emmagasinées dans les diverses pièces de son pansement, gaze antiseptique, mackintosh, etc.

Il en résulte que la région opérée est séparée de l'influence atmosphérique ambiante par un dégagement constant du principe antiseptique : l'action irritante de celui-ci sur la plaie est du reste empêchée par l'interposition d'un tissu neutre, protecteur.

Toutes ces prescriptions nous paraissent excellentes dans leur principe, sinon dans les détails quelque peu excessifs de leur exécution. Nous en avons retenu les deux préceptes suivants; protection de la plaie par une bandelette isolante *quelconque*: emploi à haute dose *d'un* antiseptique. Nous avons choisi l'acide phénique comme celui dont les propriétés paraissent le mieux avérées; mais il est certain, ainsi que Lister le pense lui-même, que beaucoup d'autres substances jouissent de propriétés analogues. Les beaux succès du pansement alcoolique sont à mes yeux de cet ordre. Il paraît en être de même de l'acide salycilique, de l'acide borique, du chlorure de zinc, du chloral, etc. A l'expérience future de chercher les indications spéciale de telle ou telle substance suivant les divers cas qui peuvent se présenter au clinicien.

J'ai hâte d'arriver au point qui m'a paru le plus important dans la pratique de Lister pour le pansement des plaies d'amputation et d'ablation de tumeurs. Je veux parler de l'affrontement *méthodique* des surfaces; j'appliquerai ce nom pour abréger le discours, à la suture superficielle et profonde au-dessus d'un tube à drainage.

(*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Ouverture du cours de M. Claude Bernard au Collége de France : Du rôle de la physiologie dans le progrès des sciences médicales.

Si l'on parcourt la liste des savants professeurs qui ont successivement occupé la chaire de médecine au Collége de France, on reconnaît facilement que ceux-ci sont parmi les plus illustres représentants de la science médicale, à toutes les époques, et qu'ils en personnifient hautement les progrès : Riolan, Ferrein, Hallé, Laennec, Corvisart, Magendie, etc..., tels sont les noms, maintenant universels, des titulaires de cette chaire.

C'est précisément parce qu'ils avaient surtout pour but de faire connaître les progrès de la médecine à leur époque, que souvent l'objet du cours a changé. Laennec y a professé l'anatomie pathologique, Hallé, l'hygiène, Corvisart, la clinique, et Magendie, la physiologie. De toutes les branches de la science médicale, la physiologie est, de nos jours, la plus vive : elle est destinée à éclairer et à résoudre toutes les questions médicales.

Comme le disait aujourd'hui, avec une conviction profonde, le savant professeur du Collége de France, sans la physiologie, toutes les autres sciences de la médecine ne sont que des cadavres. Celle-ci est, en effet, la science de la vie; la pathologie puise en ses enseignements ses inspirations les plus profondes et, par elle, est guidée dans sa marche vers le progrès. Que sont les phénomènes morbides, sinon des perturbations à des faits physiologiques normaux? Les lésions histologiques ne sont que des modifications de l'évolution des tissus normaux. La fièvre, le diabète, etc., viennent de perturbations et de dérivations de phénomènes préexistants dans la vie. La thérapeutique elle-même ne peut rien : sans la physiologie, elle n'est plus qu'un empirisme grossier.

Il est des médecins qui se découragent et abandonnent les théories physiologiques, parce que, disent-ils, jamais on n'arrivera à tout expliquer par la physiologie; ils oublient que la physiologie commence à peine.

Lorsque la physiologie sera faite, la pathologie sera complète. Elle est, en effet, la science de la vie, et elle doit chercher non-seulement à expliquer les phénomènes vitaux, mais encore à connaître les circonstances qui peuvent les entretenir et les troubler. La pathologie est la

*

science de la maladie ; elle n'est donc qu'une partie de la physiologie.

A ceux qui veulent rester dans l'empirisme et qui prétendent que celui-ci suffit pour apprendre à guérir, ce qui est le but de la médecine, il faut répondre qu'il leur est loisible de suivre cette voie lente et tortueuse, mais qu'elle ne saurait les mener bien loin. Leur espoir de découvrir plus rapidement des résultats pratiques immédiats sera déçu. Sans doute, les anciens médecins pouvaient guérir, quoiqu'ils ignorassent la science, mais cette marche de l'esprit humain n'est pas spéciale à la médecine. On savait extraire les métaux et on les travaillait, bien avant qu'on connût la chimie. Aujourd'hui, on ne se met plus à la recherche de l'or, en fouillant le premier champ venu, mais en étudiant d'abord la géologie. La théorie n'a donc, dans aucune science, précédé la pratique ; cependant, aujourd'hui ou demain, elle doit la gouverner.

« Les travaux de tous les grands praticiens, célèbres de leur temps, mais qui étaient *simplement* des praticiens et qui étaient florissants depuis le commencement du monde, ces travaux, dit M. Mathews Duncan, ont été de bien peu d'utilité pour l'humanité. Il faut que tout soit élaboré lentement par une classe plus humble d'individus, par des hommes de science. Beaucoup de choses, en vérité, tenues en grande estime par les praticiens d'une époque, sont oubliées ou rejetées par ceux de l'époque qui suit : car le temps a montré leur valeur réelle. Aujourd'hui, nous saignons comme Sangrado ; demain, nous ne saignerons plus, mais nous verserons à flots l'alcool. Ces deux pratiques exagérées paraissent également ridicules à un véritable esprit philosophique. L'habileté et la sagesse du praticien, s'il possède réellement ces qualités, sont essentiellement personnelles. Il ne peut ni les décrire, ni les transmettre ; ce sont des propriétés individuelles. D'autres peuvent arriver par la suite à les égaler ou à les surpasser : mais ils ne peuvent en hériter.

« A ces faits, la science, la plus grande œuvre des efforts constants de l'intelligence humaine, oppose un contraste frappant. Les conquêtes sont certaines, assurées, utiles. Elles peuvent être répandues dans le monde entier sans se trouver, pour cela, affaiblies. Elles peuvent être exprimées en langage écrit et transmises aux âges futurs : elles sont aussi nécessaires aux générations nouvelles, qu'à celles qui ont assisté à leur éclosion. Elles sont le meilleur *pabulum* de cette intelligence, qui est encore l'instrument le plus utile du praticien ; et elles sont la source la plus vivifiante de ces découvertes plus brillantes et plus directement pratiques (bien qu'elles soient d'une application moins répandue), qu'attirent, seuls, les regards du vulgaire. Elles rendent le médecin instruit capable de distinguer les véritables perles de tout le clinquant thérapeutique, qui éblouit, je le dis avec tristesse, non-seulement le public, mais aussi une grande partie des membres de notre profession. » — (*Mathews Duncan* (1).

Malgré cette flagellation un peu sanglante du savant auteur anglais contre les médecins empiristes à outrance, reconnaissons avec M. Cl. Bernard, que la médecine est, dès le début, née de la nécessité. On ne saurait dans l'intention de faire une thérapeutique rationnelle, attendre que la science nous l'ait indiquée. Il est parfois coupable celui qui reste continuellement dans l'expectation : on doit profiter de l'expérience des siècles passés.

D'après le savant maître du Collége de France, il appartient surtout aux professeurs de clinique de la Faculté de médecine de concilier la science et l'intérêt du malade, mais ils ne sauraient demeurer dans un empirisme étroit. On n'en est plus au temps où avec Hippocrate on croyait exclusivement à la *nature médicatrice*; il ne conviendrait plus de répéter avec A. Paré : « Je le pansai, Dieu le guérit. » Le clinicien doit s'inspirer de la physiologie et l'appliquer plus scientifiquement, mais avec plus de bon sens que jamais. Trousseau disait que la médecine était un peu scientifique et beaucoup empirique; et cependant, il se gardait bien de ne pas faire appel, dans ses leçons, aux découvertes scientifiques contemporaines.

D'ailleurs, la médecine n'est pas une science simple : nulle part on ne fait un cours de médecine, mais un cours d'anatomie, un cours de pathologie, de thérapeutique, de physique ou de chimie médicales, etc... On a mal défini la médecine dans les ouvrages les plus récents, quand on a dit qu'elle est l'art de conserver la santé et de guérir la maladie. Comme l'agriculture, de laquelle elle se rapproche par beaucoup de traits de ressemblance, elle emprunte les lumières de toutes les autres sciences.

S'il fallait considérer la médecine comme une science unique, elle serait la science de la vie ; c'est-à-dire qu'elle ne devrait pas se distinguer de la physiologie, qui étudie les phénomènes vitaux et leurs perturbations et qui réduit les phénomènes morbides à des phénomènes physiologiques. C'est donc la physiologie dont les progrès intéressent surtout la médecine : c'est pour cela, a ajouté le savant professeur du Collége de France, que, comme notre prédécesseur dans cette chaire, M. Magendie, nous l'avons choisie pour l'objet de notre enseignement.

Ce sont précisément ces nombreux travaux pathologiques du savant français, pour lesquels la Société royale de Londres a voulu manifester sa haute admiration, en lui envoyant récemment sa récompense destinée aux plus illustres (la médaille Copley). C'est, en effet, une bien légitime satisfaction pour le savant, que de voir ses œuvres connues de tous et répandues dans tout l'univers : Auprès des grands noms, toute autre louange languit. H. DURET.

(1) Introduction de son livre : Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique. — Paris, 1876. Trad. P. Budin.

Ouverture du cours d'anatomie générale au Collége de France.

M. Ranvier a commencé, le 5 courant, à 3 h. 1/2 du soir, son cours d'anatomie générale. Il traitera cette année du système nerveux. Dans la première leçon, le professeur a montré comment, dans les organismes inférieurs, toutes les fonctions : nutrilité, motilité, sensibilité, étaient diffuses, sans qu'aucune d'elle prédominât. A mesure que l'être s'élève, les différentes fonctions s'établissent à l'état distinct et les tissus se spécialisent ou *se différencient*. Telle qualité générale, comme la *motilité* est alors exagérée, l'élément cellulaire devient un muscle, telle autre comme la sensibilité se développe aux dépens des autres, la cellule devient cellule sensitive, etc. Mais tout élément cellulaire ainsi modifié a néanmoins conservé, outre sa propriété devenue dominante, ses autres propriétés générales.

Le système le mieux différencié, et celui dans lequel les éléments anatomiques ont le plus pris de propriétés spéciales, qui semblent effacer au premier abord toutes les autres, est le système nerveux. L'expérimentation montrera cependant que les propriétés générales des éléments anatomiques, existent en essence dans le système nerveux, qu'elles peuvent être réveillées en diverses circonstances et jouer dès lors un grand rôle dans les phénomènes observés.

L'étude du système nerveux, telle que la compte faire M. Ranvier, sera surtout expérimentale. Les expériences seront répétées devant l'auditoire, et les préparations fondamentales lui seront soumises, à la fin de chacune des

leçons qui auront lieu les mardis et jeudis de chaque semaine à 3 h. 1/2.

Réorganisation de la médecine militaire.

La question de la réorganisation de la médecine militaire est décidément entrée dans une période aiguë et il est permis, dès aujourd'hui, de pronostiquer une crise heureuse; après la loi votée récemment par le Sénat, voici venir le rapport fait par M. le dr Marmottan au nom de la commission chargée d'examiner le *Projet de loi relatif à l'organisation des services hospitaliers de l'armée dans les hôpitaux militaires et dans les hospices civils*. L'intérêt qui s'attache à cette loi est très-considérable; on peut dire sans exagération que l'avenir de la médecine militaire en dépend et que toutes les autres réformes seraient stériles si on déconsidérait les médecins militaires en leur enlevant l'honneur de traiter leurs malades. Hâtons-nous de dire que la Commission parlementaire, dont M. Laussedat était président et M. Liouville secrétaire, a parfaitement compris la nécessité de faire traiter les militaires par des médecins militaires; M. Cornil a présenté à cet effet un amendement au projet ministériel, amendement qui a été adopté par la Commission. Dans son remarquable rapport M. le dr Marmottan s'exprime ainsi :

« A l'unanimité, Messieurs, votre commission a été d'avis que le projet de M. le ministre de la guerre devait avoir pour le Corps de santé une influence fatale. Supprimer tous les hôpitaux militaires sauf quelques-uns, remettre aux soins des médecins civils les malades de l'armée, diminuer le personnel de santé de nos régiments, c'était donner le coup de grâce au corps médical de l'armée, lui inspirer un découragement profond et rendre par la suite son recrutement impossible. »

L'art. 4 du projet de loi élaboré par la Commission divise les hôpitaux civils en deux catégories: 1° hôpitaux mixtes ou militarisés dans lesquels des salles spéciales seront réservées aux militaires; 2° hôpitaux civils proprement dits dans lesquels les militaires seront soignés dans les salles communes.

« Lorsque dans un hôpital mixte, le roulement moyen de la garnison sera de cinquante au moins, leur traitement sera toujours confié aux médecins militaires. Au-dessous de ce chiffre, les malades militaires seront soignés par les médecins militaires toutes les fois que le personnel médical de la garnison le permettra... »

L'article premier du projet de loi est ainsi conçu:

« Chacun des corps d'armée de l'intérieur aura dans la région qu'il occupe et, autant que possible au chef-lieu du corps d'armée, un établissement hospitalier militaire, destiné à l'instruction spéciale du personnel, à la préparation et à l'entretien du matériel nécessaire au corps d'armée pour le service hospitalier en cas de mobilisation. »

Il est évident qu'avec notre organisation militaire actuelle il faut au chef-lieu de chaque division militaire un centre médical où l'on instruira les infirmiers, les volontaires d'un an et les réservistes, où l'on entretiendra le matériel des ambulances, où l'on s'occupera de toutes les questions de réforme ou de retraite, etc.... Nous félicitons la Commission d'avoir placé cet article en tête du projet de loi, mais nous ne saurions accorder la même approbation à l'article 2 qui supprime tous les hôpitaux militaires non régionaux, à l'exception des hôpitaux de Paris et de Lyon et des hôpitaux thermaux. Si nous en croyons un médecin militaire des plus distingués, les inconvénients du traitement des militaires dans les hôpitaux civils sauteraient aux yeux : « Selon lui, il est mauvais que des soldats soient placés dans des hospices civils à côté de tous les déshérités du sort qui forment leur population; l'attribution d'une salle spéciale aux militaires n'empêchera jamais des contacts regrettables : il est mauvais que le soldat échappe à la discipline militaire en entrant à l'hôpital civil; il est mauvais que les soldats malades, aillent augmenter l'encombrement d'un hospice civil, et, guéris, participent aux chances d'infection d'une agglomération de malades. » Nous faisons nos réserves sur tous ces motifs qui nous paraissent grossis; ils méritent, toutefois, d'être examinés par la Commission. D'autre part, comme le rapport de la Commission l'établit fort bien:

« Les obligations imposées aux hospices civils ne peuvent, dans aucun cas, porter préjudice au service des fondations et de l'assistance publique. L'Etat doit à ces établissements une allocation égale aux frais qui leur incombent par suite du traitement des malades militaires. La dépense des travaux de construction ou d'appropriation reconnus nécessaires pour l'établissement dans les hospices civils des services hospitaliers des garnisons est exclusivement à la charge de l'Etat... »

Art. 5 *et* 6. La Commission est même d'avis que l'Etat, pourrait fournir aux hospices civils le matériel des salles militaires et les médicaments. Ainsi, on va approprier des bâtiments ou en faire construire sur des terrains appartenant aux hospices civils, on fournira le matériel, on paiera un prix de journée assez élevé et toutes ces dépenses n'aboutiront à rien de définitif; dans vingt ans d'ici, on ne sera pas plus avancé qu'aujourd'hui, on aura réparé ou reconstruit des hospices civils en pure perte; si un conflit s'élève les administrateurs pourront dire : « La maison est à nous » et il faudra bien se résoudre alors à loger ailleurs les militaires malades.

Ne serait-il pas plus logique de construire pas à pas, en tenant compte des ressources budgétaires, des hôpitaux baraqués, du système Tollet par exemple, dans toutes les villes de garnison autres que les chefs-lieux de corps d'armée qui seraient le siége de grands hôpitaux militaires ? Dans toutes les garnisons pourvues d'hôpitaux régimentaires on pourrait supprimer les infirmeries des corps de troupes. *Provisoirement* et jusqu'à réalisation complète de ce plan, les militaires seraient traités dans les hôpitaux civils; on commencerait naturellement par construire les hôpitaux baraqués dans les localités qui ont des hospices civils insuffisants ou insalubres.

Ces dispositions auraient, ce nous semble, de grands avantages: on arriverait peu à peu et sans grandes dépenses à avoir des hôpitaux régimentaires dans toutes les garnisons; les militaires seraient traités par leurs médecins et pour ainsi dire en famille; on supprimerait les infirmeries régimentaires qui, généralement installées dans des conditions hygiéniques déplorables, sont une source d'infection pour les casernes. L'hôpital régimentaire serait construit dans le voisinage des agglomérations de troupes de façon à ce que les malades pussent s'y rendre sans fatigue. Les médecins du régiment feraient le service de cet hôpital : on leur adjoindrait seulement un officier d'administration pour avoir soin du matériel et quelques infirmiers qui, sous leur direction, prépareraient les médicaments et feraient les pansements. Tous ceux qui ont visité les infirmeries régimentaires, installées le plus souvent comme des prisons dans quelque recoin des casernes, qui ont vu les malades, nous allions dire les prisonniers, manquant d'air, de lumière, d'espace pour se promener, de linge, d'eau même pour faire leurs ablutions, qui ont suivi de l'œil le caporal d'infirmerie distribuant un peu au hasard

les médicaments prescrits par le médecin, comprendront que cette vieille institution des infirmeries mérite peu d'être défendue et qu'elle sera remplacée avec avantage par des hôpitaux régimentaires, installés simplement mais d'une façon hygiénique. Ce qui a discrédité au Ministère de la Guerre les hôpitaux militaires, c'est que jusqu'ici on a construit des hôpitaux militaires qui sont de véritables monuments, même dans des villes qui ne servent de garnison qu'à quelque compagnie; c'est qu'on a doté ces monuments d'un personnel aussi coûteux qu'inutile; il est tel hôpital militaire où le nombre des officiers comptables, des pharmaciens et des infirmiers est supérieur à celui des malades. Nous comprenons que, dans ces conditions, la journée d'hôpital soit très-coûteuse, mais ce n'est pas une raison pour condamner les hôpitaux militaires en général, et nous croyons qu'il sera facile d'organiser ces établissements sur un pied tel que la journée d'hôpital reviendra moins cher que dans les hospices civils.

Il n'y a rien de si bon que d'être chez soi; or les soldats malades et les médecins militaires chargés de les soigner ne seront véritablement chez eux que dans des hôpitaux militaires; les hôpitaux régimentaires existent en Prusse et rendent de très-grands services. Il sera facile de les installer en France, non pas en une seule fois, ce qui nécessiterait une dépense beaucoup trop forte, mais d'une façon progressive. Nous espérons donc que le traitement des militaires dans les hospices civils ne sera adopté que comme une mesure temporaire et que l'on étudiera sérieusement le système des hôpitaux à bon marché.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 2 décembre 1876. — PRÉSIDENCE DE M. Cl. BERNARD.

M. HILLAIRET faisant une enquête sur l'épidémie de tétanie que déjà on appelle le *phénomène de Gentilly* n'a pas recueilli moins de douze aveux de simulation. Plusieurs des petites filles ont eu réellement de la tétanie, mais 12 ou 13 d'entre elles ont répondu : « C'était pour faire comme les autres et nous amuser. » — M. MAGNAN dit que ces enfants ont pu être prises de contracture par imitation. — M. HILLAIRET. Il y a eu simulation et non imitation. — M. ONIMUS. On peut facilement, au moyen des courants continus, reconnaître l'existence de la tétanie.

M. CHARCOT demande si on a observé les petites filles de Gentilly pendant leur sommeil; car, dans le cas de simulation, la contracture doit alors cesser.

M. POUCHET montre à la Société des truites auxquelles M. Chantran a, d'après son conseil, enlevé un œil. Ces truites présentent un triple phénomène : 1° Le côté du corps correspondant à l'œil intact est d'une coloration plus foncée que l'autre côté ; 2° Elles se tiennent obliquement; 3° L'attitude de la nageoire pectorale subit une modification constante : la nageoire du côté qui a été privé de l'œil est abaissée, celle de l'autre côté est relevée. Chez ces poissons, le grand sympathique est affecté du côté opposé à celui de l'œil lésé.

M. DE SINÉTY a examiné les organes génitaux d'une jeune hystérique morte dans le service de M. Charcot. Elle avait été réglée à 13 ans ; les dernières règles ont paru deux mois avant sa mort; la muqueuse utérine présentait tous les caractères qu'elle rêvet au moment de la menstruation. Et cependant, il n'existait dans l'ovaire aucune vésicule de Graaf, même à la période ascensionnelle. — Rapprochant plusieurs faits de celui-ci, il en conclut que l'ovulation et la menstruation peuvent s'exercer séparément.

M. GUBLER rappelle que, dans son travail sur les *Epistaxis utérines*, il a signalé cette indépendance des deux fonctions.

M. ONIMUS, ayant, sur des grenouilles, enlevé les lobes cérébraux et cautérisé l'isthme, a vu se produire une contracture presque tétaniforme lorsque, le lendemain de l'opération, il provoquait des mouvements chez ces animaux. Il se demande si, dans certaines affections cérébrales, on n'augmente pas la contracture en cherchant à provoquer des mouvements.

M. RICHET a étudié la durée des perceptions sensitives. Il existe un rapport constant entre le travail cérébral et le travail musculaire; il y aurait un certain phénomène d'accumulation de l'excitation ; enfin, la persistance de la contraction est en raison directe de l'intensité de l'excitation.

M. BERT relate, à propos de la communication faite par M. Charcot dans la dernière séance, des expériences démontrant que, lorsqu'on excite violemment le nerf nasal, le laryngé ou le pneumogastrique, on produit la mort subitement non par syncope ni par asphyxie, mais par action sur le 4e ventricule. — M. Robin est nommé membre de la Société.

J. BESSON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 décembre 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. FOVILLE, de Rouen, lit un mémoire sur les rapports qui existent entre les manifestations symptomatiques de la paralysie générale (troubles de la motilité), et les lésions locales de l'écorce grise des circonvolutions fronto-pariétales. C'est un chapitre à ajouter à l'histoire si bien étudiée aujourd'hui des localisations cérébrales.

M. COLIN lit la partie scientifique de son rapport sur le prix Barbier.—L'Académie se forme en comité secret à quatre heures. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances de juillet 1876— PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Fibrome situé au niveau du genou ; par M. Ch. RÉMY, interne des hôpitaux.

Leur..... Adrien, 54 ans, marinier, se présente dans le service de chirurgie de M. Labbé, remplacé par M. NICAISE, pour y être opéré d'une petite tumeur très-douloureuse.

Cet homme très-grand et très-vigoureux n'a aucun antécédent pathologique. Il n'a jamais eu de névropathies et nous l'avons vu supporter l'opération stoïquement. — Il présente une petite tumeur sous-cutanée du volume et de la forme d'une lentille ordinaire, située à la face externe du genou gauche, à peu près au niveau de l'interligne articulaire et un peu en avant du ligament latéral externe.

Cette nodosité repose sur un tissu aponévrotique auquel elle n'adhère pas. Elle est mobile dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais elle paraît assez étroitement liée à la peau dont elle suit le déplacement; appréciable à l'œil, elle fait une légère saillie. — Sa consistance est très-dure. Le plus léger choc de cette nodosité provoque une vive douleur locale avec des irradiations et des élancements dans toute la partie externe de la jambe. Cette tumeur subit l'influence des modifications du temps. Elle devient alors violacée et beaucoup plus douloureuse. — Le malade ne connait, ni la cause originelle de cette tumeur, ni l'époque de son début. Il en souffre depuis 3 ou 4 ans, et réclame l'opération.

La tumeur est énucléée très-facilement par une petite ouverture de la peau. Elle est blanchâtre, très-dure, de la forme et du volume que nous avons indiqués.

Les recherches faites sur des pièces préparées pour l'examen microscopique nous ont appris que cette tumeur est constituée *uniquement* par des fibrilles très-tenues et très-rapprochées de tissu fibreux. Elles constituent par leur rapprochement des faisceaux qui s'entrecroisent, de sorte que les uns se présentent obliquement et les autres sectionnés parallèlement. Au milieu du tissu quelques orifices vasculaires. Mais par aucun moyen nous n'avons pu découvrir de tubes nerveux.

Les pièces ont été successivement traitées par la dissolution de carmin, le picro-carminate d'ammoniaque, l'acide osmique, le chlorure d'or et de platine. — Il s'agit dans ce cas d'un

fibrôme pur, dont la constitution n'explique pas du tout la susceptibilité douloureuse de la tumeur.

M. Duret. — J'ai eu occasion d'observer un cas analogue en 1872 dans le service de M. Duplay. Un premier examen n'avait pas révélé l'existence de nerfs dans la petite tumeur, mais je finis par y découvrir un petit nerf ramifié et divisé au centre en tubes à myaline plus petits qu'à l'état normal. Cette tumeur avait été enlevée à un jeune enfant; elle s'était développée au niveau d'une cicatrice.

Hématocèle vaginale; — Asystolie; — Mort par hémorrhagie cérébrale; par M. Garcia.

S..., berger, 77 ans, entre le 29 juin 1876 à l'hôpital Beaujon (service de M. Ferrand). — Sauf une fluxion de poitrine qu'il a eue étant jeune, ce malade dit avoir été toujours d'une bonne santé jusque dans ces derniers temps. Pas de rhumatisme antérieur. Depuis quelques années il éprouvait des palpitations lorsqu'il se fatiguait, si bien qu'il avait cessé de travailler. Il se plaint de constipation, d'avoir la gorge sèche et de souffrir des deux côtés au niveau des hypochondres droit et gauche. Ses jambes enflent par la marche ou la station debout, puis désenflent par le repos au lit. — Apyrexie, langue tout à fait sèche; pouls irrégulier. — Poumons emphysémateux, congestionnés aux bases — cœur gros, très-irrégulier; — congestion spléno-hépatique; pas de pouls veineux. Urine normale.

En découvrant le malade pour examiner l'état de ses jambes, on constate qu'elles ne sont pas enflées; mais en même temps on est frappé des dimensions que présentent les bourses; on a devant soi une tumeur énorme, régulièrement ovoïde et symétrique, de 50 centimètres de circonférence, dont la grosse extrémité regardant en arrière repose sur le plan du lit, tandis que la petite extrémité dirigée en avant est représentée par une ouverture ombiliquée, l'orifice du prépuce. Le pénis tout entier a disparu au sein de cette tumeur pesante et mobile que l'on peut faire basculer au-dessus du pubis. La tumeur est rénitente, mate à la percussion, non transparente; on a la sensation de flot. La peau irrégulièrement lisse est épaissie, très-brune et sillonnée par de grosses veines superficielles. La peau du pubis a été entraînée en bas. Du côté droit, il existe une hernie inguinale réductible. De chaque côté on sent le cordon et l'on reconnait l'intégrité des canaux déférents. Interrogé sur l'origine et la marche de sa tumeur, le malade nous dit qu'il y a vingt ans, à la suite d'un violent effort, il avait vu ses bourses enfler subitement; elles acquirent en peu de temps, prétend-il, le volume qu'elles présentent aujourd'hui. Il dit n'en avoir jamais souffert.

La ponction avec l'aspirateur donne issue à 1 litre 300 grammes d'un liquide chocolat épais, se recouvrant d'une sorte de crème, de nappe chatoyante, constituée par des cristaux de cholestérine. Après la ponction la poche s'affaisse en formant des plis. En haut et à gauche l'on voit et l'on sent le testicule gauche qui parait sain. Du côté droit et à la partie supéro-postérieure de la poche, on sent un épaississement considérable de la paroi; nous verrons plus loin que là se trouve le testicule. Durant les jours qui ont suivi la ponction, on a vu l'épanchement se reproduire d'une façon rapide quoique graduelle, si bien que le 10 juillet l'état des bourses était à peu près le même qu'à l'entrée du malade. Pendant ce temps l'état du malade persiste toujours le même — le cœur est aussi irrégulier. De plus on remarque que sa mémoire faiblit, si bien qu'il ne se rappelle pas toujours ce qu'il a fait la veille; mais néanmoins ses réponses sont raisonnables. Enfin, il s'assied tout seul sur son lit. La journée du 10 juillet s'était passée comme les précédentes, lorsque subitement, le 11 juillet, à 4 heures du matin, il s'affaisse et meurt.

Autopsie. — *Poumons*. Œdème avec emphysème. Adhérences pleurales lâches et multiples. — *Cœur*. Valvules toutes suffisantes. Ventricule gauche considérablement hypertrophié. L'aorte ne présente pas de dilatation notable. La surface interne chagrinée, athéromateuse. La surface interne du cœur gauche également athéromateuse surtout au niveau des cordages tendineux et de la valvule mitrale épaissie et dont les bords libres des valves présentent une collerette. Oreillettes non dilatées; la droite présente un caillot fibrineux jaunâtre, rougeâtre à sa surface et adhérant à la face interne de l'auricule. L'oreillette gauche renferme un caillot de même apparence que le précédent, libre dans sa cavité. — *Foie* relativement petit. Rate belle, consistante. — *Reins*. Le droit a une surface un peu mamelonnée et sa substance corticale est un peu atrophiée. — Le gauche, même aspect quoique moins accusé. Dimensions normales. — *Cerveau*. Artères athéromateuses. — Foyer hémorrhagique du côté droit ayant détruit la partie postéro-interne de la couche optique et la queue du corps strié tout à fait à sa partie postérieure et ayant fait irruption dans le ventricule moyen.

La vessie est attirée en bas; quoique remplie d'urine c'est à peine si son sommet atteint le bord supérieur du pubis; structure normale. Prostate nullement hypertrophiée. Urèthre normale.

En ouvrant la poche de l'hématocèle, on donne issue à une grande quantité de liquide dont l'aspect a été décrit, et dans lequel flottent des caillots fibrineux, gélatiniformes, imbibés de liquide. La néo-membrane qui entoure le liquide se laisse détacher facilement; sa surface interne irrégulière, en partie brunâtre, en partie verdâtre, présente des noyaux d'aspect et de consistance cartilagineux; on y observe trois orifices conduisant dans de petits diverticules. Au-dessous se rencontre une coque fibreuse épaisse, qui acquiert surtout une épaisseur considérable à sa partie postéro-supérieure; c'est au sein de ce bloc fibreux que se trouvent englobés et le testicule et l'épididyme et la portion contournée du canal déférent. Enfin, tout autour de cette coque fibreuse et la séparant du scrotum se voit un tissu cellulaire lâche renfermant un lacis veineux extrêmement développé. Quant à la tunique vaginale gauche, elle renferme environ une cuillerée de liquide citrin. Le testicule gauche ne présente rien à signaler.

M. Després. Ce fait doit être rangé parmi les hydro-hématocèles de Velpeau.

Endocardite végétante à symptômes typhoïdes. Mort. — Infarctus rénaux et spléniques. — Analyse de l'urine; par M. Albert Robin, interne des hôpitaux.

Flam..., Pauline, 29 ans, lingère, entrée le 28 juin 1876, dans le service de M. Jaccoud, habite Paris depuis 10 ans. N'a fait d'autre maladie qu'un catarrhe utérin qui a nécessité son séjour à l'hôpital pendant deux mois, à la fin de l'année dernière. Il y a 9 jours, elle a été prise sans cause connue d'une violente céphalalgie; pas d'épistaxis ni de vomissements, ni de diarrhée.

Au *jour de l'entrée*, elle se plaint surtout de mal de tête, d'insomnie, de sensation, de malaise général avec localisation particulière sur l'abdomen. La langue est rouge, sèche, enduite de fuliginosités noirâtres; pas de diarrhée, pas de météorisme, pas de gargouillement dans la fosse iliaque qui est pourtant douloureuse à la pression. La rate est très-volumineuse; le foie est normal. Stupeur peu accusée: la malade répond bien, parait assez gaie, mais son facies a une expression d'abattement fort marqué. Respiration sèche et rugueuse aux deux bases de la poitrine: pas de bruits anormaux. Il existe cependant un peu de dyspnée. La malade est courte d'haleine: L'auscultation du cœur révèle un souffle présystolique à la pointe, et des frottements péricardiaques disséminés; aux alentours des orifices vasculaires aucune douleur ou gène précordiale; pouls dicrote.

Sur l'abdomen existent plusieurs taches que l'on pourrait prendre pour des taches rosées lenticulaires, mais qui en diffèrent par leur sommet acuminé et surmonté d'une petite vésicule blanchâtre, visible seulement à la loupe T. S. 40.

29. T. M. 40°2. T. S. 40°8. Même état symptomatique particulier; l'état général est moins bon qu'hier. *Urine* couleur de bouillon pâle et sale: très acide, bouche sédimenteuse: odeur fade. — Urochrome, diminué. Indigose, considérable. Matières ternaires, normales. Sulfates, augmentés. Phosphate de magnésie, diminué. Sulfate de chaux, normal. Albumine, très-petite quantité. Acide urique, doublé. Pas de sucre. — On ordonne un lavement purgatif et une potion avec 50 grammes d'alcool.

30. T. M. 39°2. T. S. 40°4. Météorisme considérable: diarrhée

depuis hier matin, ayant continué l'action du lavement purgatif. Pas de délire. Même état général. Douleurs rhumatoïdes dans les masses musculaires des cuisses et des mollets.

1er *juillet*. T. M. 40.2. T. S. 40.6. Délire pendant toute la nuit : Ce matin grande excitation cérébrale. Le météorisme a augmenté ; la diarrhée est persistante ; la langue est sèche, noirâtre, rotie. Un peu d'œdème de la main droite. Le souffle cardiaque de la pointe a pris une grande intensité : il couvre toute la révolution du cœur. Pas d'oppression ni de dyspnée, ni de douleur précordiale. — 1 gr. de sulfate de quinine. Vésicatoire sur la région précordiale.

Urine 850 gr. Densité 1.014.5 — *Matières solides* 33 gr. 40 par litre. 28 gr. 06 dans les 24 heures. Couleur de bouillon mais très-foncée et donnant par transparence, des reflets jaunes hémaphéiques. Odeur urineuse aromatique. Sédiment floconneux constitué par des gouttelettes de graisse, quelques leucocytes, des cellules détachées des voies urinaires, depuis les tubes de Bellini jusqu'à l'uretère, cellules dont le protoplasme et le noyau sont teintés de noir.

Urée. 10.48 par litre, 8.91 par 24 heures.

Acide phosphorique : 1.22 par litre, 1.04 par 24 heures.

Chlorures : 4.60 par litre, 3.01 par 24 heures.

Urochrome, diminué. Indigose id. Matières ternaires, id. Hémaphéine, traces. Matières azotées, normales. Uroérythrine 0. Sulfates, normaux. Phosphate de magnésie, diminué. Chaux, un peu augmentée. Acide urique, doublé. Albumine, notable. Pas de sucre.

L'acide nitrique fonce l'urine en jaune mais sans colorations normales. Le fond du verre, traité par l'éther, donne une teinte jaune peu marquée ce qui confirme l'hémaphéïne.

2. T. M. 40°,4. T. S. 40°,6.

3. T. M. 41°. T. S. 41°. Aggravation de l'état général. La peau est brûlante, aride, sèche, rugueuse. Le ballonnement du ventre est énorme. Sur la peau de l'abdomen on voit cinq à six taches semblables à celles qui ont été notées à l'entrée de la malade. La diarrhée a diminué. — A l'auscultation du cœur, frottements péricardiaques légers à la base ; souffle mitral rude, râpeux, sifflant, perceptible dans la région dorsale. — Stupeur. Langue tremblotante. Etat de subdélirium. — On supprime le sulfate de quinine, 0 gr. 80 d'acide salycilique.

4. T. M. 40°.8. T. S. 41°.6. Le délire est continu : La parole est très-embarrassée : dans ses instants de calme, la malade se trompe de mots et répond à tort et à travers. — Dans la journée, le délire s'apaise, mais l'embarras de la parole n'a pas varié : il dépend évidemment d'une altération cérébrale. Même état du cœur. Les frottements sont perceptibles. Pouls 132. — 1 gr. d'acide salycilique.

5. T. M. 41°,4. Agonie, œdème des membres inférieurs, taches de purpura sur les membres inférieurs.

Urine 300 gr. Densité 1,014. — Matières solides : 30.50 par litre. 9.15 par 24 heures, trouble, très-acide, jaune très-pâle, couleur de bouillon très-étendu : Sédiment abondant lourd, blanc, floconneux constitué par une desquamation rénale abondante et par quelques cylindres muqueux et épithéliaux.

Urée : 7 gr. 19 par litre. — 2.16 par 24 heures.

Acide phosphorique : 0.68 par litre. — 0.200 par 24 heures.

Chlorures : 1.00 par litre. — 0.300 par 24 heures.

Urochrome, normale. Indigose, normale. Matières azotées, diminuées. Sulfates, normaux. Phosphate de magnésie, diminué. Chaux, id. Matières ternaires, normales. Albumine, très-abondante. Sucre, 0. Acide urique, diminué. *Mort* à midi.

AUTOPSIE. *Poumons*. Splenisés aux deux bases. A la coupe des sommets, il s'écoule une quantité très-abondante de sérosité spumeuse. — *Cœur*. Le péricarde ne contient pas de liquide. Le cœur a son volume normal ; il y a de la surcharge graisseuse du ventricule droit.

Le *péricarde pariétal* a un aspect laiteux vers la base du cœur le bord du ventricule gauche, et les parties adjacentes au sillon auriculo-ventriculaire surtout à la face antérieure sont couverts de petites ecchymoses punctiformes.

Dans le *cœur gauche*, l'endocarde est très-pâle, sauf au pourtour de la valvule mitrale, où il prend une teinte rouge foncée. — L'orifice mitral est très-rétréci et l'index éprouve une certaine résistance en le traversant. La valvule est couverte de végétations polypiformes, friables, fort adhérentes, implantées sur toute sa surface, proéminant vers le bord libre et s'étendant jusque sur les cordages tendineux les plus voisins de ce bord. — L'*orifice aortique* est sain : les valvules sigmoïdes sont un peu plus épaisses qu'à l'état normal ce qui leur donne une certaine rigidité. — La face interne de l'*aorte* est couverte de petites plaques jaunes, saillantes premier degré des altérations athéromateuses. Les parois du *ventricule gauche* sont légèrement hypertrophiées.

Le *cœur droit* ne présente aucune altération. Les cavités du cœur contiennent de petits caillots fibrineux et quelques amas de caillots cruoriques, très friables et constitués surtout par des globules blancs.

Foie. Volume normal, couleur de cuir fauve pointillé de rouge, vide de sang. Consistance ferme. Très-gras. La *vésicule biliaire* est remplie par une bile d'un jaune acajou. — *Rate*. Extérieurement volumineuse. Un peu de périsplénite très molle à sa partie supérieure. Tout son tissu est criblé d'infarctus de volumes divers, noirâtres, assez durs, tranchant sur la coloration et sur la mollesse de la rate. Rien dans l'artère splénique.

Pancréas. Assez congestionné. — *Estomac*. Toute la muqueuse de l'estomac est couverte de points ecchymotiques, confluents au niveau de la grande courbure. — *Intestins*. L'intestin grêle n'est congestionné qu'au niveau du duodénum et de la partie supérieure du jéjunum. Dans tout le reste de son étendue, il est plutôt anémié.

Les *plaques de Peyer* sont complétement indemnes à tous les points de vue, mais les follicules sont hypertrophiés et forment des saillies milliaires à la surface de la muqueuse. Les tuniques intestinales sont considérablement amincies et le calibre du conduit paraît avoir un peu diminué. — Congestion de la muqueuse du cœcum : pâleur du gros intestin. Saillies nombreuses formées par les follicules clos. Rien dans les artères mésentériques *les ganglions mésentériques* sont à peine plus gros qu'à l'état normal. — *Reins*. Volumineux, lobulés, ils ont une teinte jaunâtre striée de rouge par les étoiles de Verheyem. Ils sont criblés de petits infarctus au-dessus desquels la capsule est très-adhérente. A la coupe, on voit la substance médullaire séparée de la substance corticale par une zone rougeâtre. Sauf cela, les deux substances sont jaunes, et plutôt anémiées qu'hypérémiées. Les infarctus ne sont pas tous du même âge : les uns sont jaunes, les autres ont une teinte violacée. Rien dans l'artère rénale.

Encéphale. Les méninges sont congestionnées à la partie supérieure de la troisième circonvolution frontale ; la pie-mère est le siége d'une extravasation sanguine de la longueur d'une pièce de un franc, conséquence probable d'une embolie capillaire. Rien dans le reste de l'encéphale.

L'Utérus et ses annexes sont complétement sains.

M. HAYEM. La minceur de l'intestin constatée à l'autopsie peut s'expliquer par le seul fait d'une diarrhée prolongée.

M. CHARCOT. L'absence de relation entre le chiffre de l'urée et l'élévation thermique a été déjà signalée par M. Regnard. Il semble même que le fonctionnement défectueux du foie soit une des causes qui détruisent le rapport qui unit la courbe de l'urée à celle de la température.

L'observation de M. Robin parait plaider en faveur de l'opinion de quelques auteurs qui regardent l'endocardite typhoïde comme infectieuse. C'est dans des cas semblables que plusieurs articulations peuvent être envahies et contenir du pus.

Lésions corticales du cerveau; par M. PITRES, interne des hôpitaux.

M. PITRES montre à la Société 10 cerveaux atteints de lésions corticales sans lésions centrales. L'examen de leur localisation et des symptômes concomitants lui permet de conclure ; 1° Que la destruction du pli courbe ne s'accompagne d'aucun symptôme moteur du côté des paupières ; 2° Que la destruction des trois quarts supérieurs des circonvolutions s'accompagne de paralysie de la face sans paralysie des membres.

Lipôme intramusculaire, développé dans la gaîne du vaste interne; par M. Eug. Monod, interne des hôpitaux.

M. X..., âgé de 50 ans, a toujours joui d'une bonne santé. Il y a un mois il s'aperçut par hasard, en portant la main sur la cuisse gauche, qu'il portait à la partie antérieure et interne de cette région une tumeur, de la grosseur d'un gros poing d'adulte. Il n'en avait jamais souffert. La tumeur était molle fluctuante ou pseudo-fluctuante; elle faisait manifestement corps avec le vaste interne, car elle devenait immobile en même temps que plus saillaute, pendant la contraction de ce muscle.

La cousistance n'était pas égale dans tous les points; on sentait en palpant profondément des parties plus résistantes. M. Desprès, d'accord avec le médecin de M. X... n'hésita pas à lui proposer uue opération dans la crainte qu'on eût affaire à une tumeur fibro-plastique. Malgré cette crainte, que justifiait le développement rapide de la tumeur, M. Desprès avait émis d'autres hypothèses sur la nature possible du mal, c'est-à-dire celle d'un *kyste hydatique*, d'un *lipôme*, et enfin d'un *hématome* transformé, en raison d'une chute violente que le malade avait faite quelques années auparavant. M. Richet, que M. X... consulta, diagnostiqua un lipôme fibreux et conseilla également l'opération. Celle-ci ne présenta aucune difficulté; après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, M. Desprès arriva sur la gaîne du vaste interne, qui fut ouverte; c'est seulement après l'incision d'une couche fibro-musculaire que la tumeur apparut, elle s'était creusé une vaste loge dans l'épaisseur même du muscle; elle se composait de deux lobes, superposés, dont l'inférieur se prolongeait profondément dans le muscle, tandis que le supérieur formait seul la saillie appréciable à l'extérieur. La tumeur à enlever entièrement par énucléation pesait 430 gr. A la surface de la membrane d'enveloppe adhéraient quelques fibres musculaires disséminées. Elle avait tous les caractères d'un lipôme franc; l'examen histologique fait par M. Charles Monod, a confirmé ce diagnostic.

Réflexions. — Ce fait est remarquable par le siége de la tumeur. Les cas très-rares de lipômes observés dans la gaîne d'un muscle se rapportent à des lipômes de la langue (*Bul. de la Soc. anatom.*, 1854 et 1866).

Rappelons cependant que M. Farabeuf a présenté à la Société un lipôme développé dans la gaîne du muscle couturier. La présence d'un lipôme dans la gaîne du muscle vaste interne est assez explicable suivant M. Desprès, car entre les insertions de ce muscle sur le fémur il y a uormalement une notable quantité de graine.

Ramollissement du cervelet et du bulbe.— Rupture de l'aorte — Epanchement sanguin entre la plèvre parietale et les muscles intercostaux.— Mort; par M. J. Nau.

La pièce provient d'une malade du service de M. Bernard, aux Ménages. — L'histoire de cette malade, intéressante au point de vue des lésions observées à l'autopsie, ne peut malheureusement pas être faite d'une manière très-exacte: cependant, d'après les renseignements pris dans la salle des infirmes où elle était placée, cette femme, âgée de 84 ans, n'était pas malade à proprement parler On remarquait seulement chez elle des bizarreries de caractère. Ses dépravatious d'appétit l'avaient reudue célèbre. Quoi qu'il en soit, depuis uu mois, à peu près, elle perdait la mémoire; son intelligeuce diminuait; elle était sujette à des douleurs erratiques qui fireut peuser à de l'angine de poitrine. Ces attaques d'angine de poitrine ayant augmenté, jeudi 6 juillet, on la fit entrer à l'infirmerie où elle se rendit, seule, le soir à 5 heures. — La nuit fut bonne jusqu'à 1 heure du matin. A ce moment, elle s'assit sur son lit et continua à dormir paisiblement jusqu'à 4 heures. Tout-à-coup on l'entendit crier et l'infirmière accourue la trouva morte.

Autopsie. *Cerveau.* — Les méninges ne présentent rieu à considérer. Les circonvolutions sont petites et déprimées. Un peu de liquide dont on évalue la quautité à une dizaine de cuillerées est épanché dans les ventricules, comme on l'observe très-souvent chez les vieillards.

Cervelet. — Les enveloppes du cervelet sont adhérentes à cet organe qui est ramolli manifestement dans toutes ses parties. Les substauces blanche et grise sont peu distinctes l'une de l'autre: c'est à peine si l'on voit l'arbre de vie.

Bulbe. Le bulbe est ramolli dans ses 2/3 supérieurs. Les vaisseaux de l'encéphale sont peu athéromateux.

Thorax. En ouvrant le côté gauche de la poitrine, nous voyous sortir du liquide jaune citrin: un litre 1/2 environ. Malheureusement nous ne pouvons pas en recueillir, et le peu qui reste daus la cavité pleurale se mélange au sang.

Rien à noter du côté droit: Le sternum enlevé, nous apercevons le poumon gauche diminué de volume, et refoulé vers le sommet. Il n'est pas congestionné. Nulle trace d'emphysème; il est crépitant et perméable à l'air. — En le soulevant, nous voyons une *tumeur* placée au-dessous de lui et le débordant en bas et en dehors. Elle mesure environ 20 centimètres de haut sur 12 de large à sa partie inférieure.

Sa forme est prismatique et triangulaire, à sommet supérieur tronqué. Sa couleur est rouge noirâtre. Elle est renfermée entre la plèvre pariétale d'un côté, de l'autre entre les muscles intercostaux. Sur sa face externe des stries blanchâtres sout dirigées de bas en haut et de dehors en dedans. — Ces lignes correspondent exactement à la face interne des côtes excepté des 3 premières. Cette tumeur est formée par un vaste caillot sanguin, qui refoule le poumou en haut et en dedans.

Cœur. Le cœur est sain, ne renferme pas de caillots. Il est un peu refoulé à droite et en haut.

Aorte. L'aorte est saine à sa naissance, mais elle présente une exagération de calibre au niveau de sa crosse. Sur la portion descendante de la crosse et sur sa face gauche, on trouve une plaque d'athérome, véritable plaque calcaire; quelques parcelles sont conservées sur la pièce, le reste ayant été entraîné par le courant sanguin. Là, en effet, s'est produite une rupture de 5 centimètres par où s'est épanché dans la poitrine le sang qui forme le volumineux caillot que j'ai l'honneur de vous présenter.

Le point de l'*aorte* où s'est faite la rupture correspond exactement à la partie supérieure et interne du caillot. De plus, le sommet du poumon gauche est intimement uni à ce même point perforé de l'aorte, et pour l'enlever, nous sommes obligé de le couper suivant la longueur du vaisseau.

Réflexions. — Le cas que nous venons de rapporter nous semble d'autant plus intéressant que l'histoire de la malade est plus obscure. S'agit-il ici d'un anévrysme ou d'une simple rupture de l'aorte sous l'influence de l'altération athéromateuse observée sur ce vaisseau? C'est à la première opinion qu'il faut se ranger, selon nous. En effet, comment pourrions-nous expliquer l'adhéreuce de la partie supérieure de la plèvre pariétale avec le poumon et l'aorte sans la présence de la tumeur anévrysmale qui, par suite de frottements répétés, a amené une inflammation adhésive? D'ailleurs, la présence du liquide épanché dans le côté gauche du thorax vient à l'appui de notre opinion. Un autre point non moins intéressant est la présence d'un épanchement sanguin entre la plèvre pariétale et les muscles intercostaux. Malgré de nombreuses recherches, nous n'avons pas trouvé de cas qui concordât avec le nôtre.

Le volume de l'anévrysme qui nous occupe était-il considérable? Nous ne le croyons pas, et voici les raisons sur lesquelles nous nous appuyons: L'abondauce de l'épanchement pleurétique, l'abondance du sang épanché, la présence du cœur dans le côté gauche du thorax ainsi que celle du poumon devaient suffire pour remplir ce côté de la poitrine. Avec un anévrysme un peu important, le cœur aurait dû présenter de l'hypertrophie ventriculaire.

Quel a été le mécanisme de la mort? Tout d'abord la solution paraît simple: l'aorte s'est rompue en un point malade à la suite d'un travail inflammatoire, qui a détruit à la fois sa paroi et la plèvre pariétale à laquelle elle adhérait. Mais nous pensons que le ramollissement du bulbe, constaté à l'autopsie, nous donne la véritable explication de la mort : laissé à l'influence seule du grand sympathique le cœur a battu énergiquement, puisque le pneumograstique se trouvait lésé à son origine et ne pouvait plus servir d'antagoniste au grand sympathique. Ces battements énergiques du cœur ont chassé vivement le

sang qui a frappé avec force les parois enflammées de l'anévrysme encore moins résistants par suite des plaques calcaires que nous avons déjà signalées, et la poche s'est rompue.

M. Houel. Les décollements de la plèvre semblables à celui que présente cette pièce ne sont pas très-rares; ils occupent tantôt la plèvre pariétale, tantôt la plèvre viscérale, et constitueut ce qu'on a désigné sous le nom d'anévrysmes kysteux de l'aorte.

Tumeur blanche du genou avec mouvements de latéralité, par M. Moutard-Martin, interne des hôpitaux.

C..... lingère, 36 ans, est entrée le 7 avril dans le service de M. Gosselin pour une tumeur blanche ancienne du genou droit. Le traitement consista dans l'application d'appareils silicatés, car l'état des poumons, envahis par les tubercules, interdisait toute intervention radicale. L'articulation offrait des mouvements de latéralité; je les rapportai à une altération profonde des cartilages et je pensai que les ligaments étaient ou intacts ou peu altérés. Les faits que j'ai déjà présentés à la Société (janvier et mai 1876) me permettaient de prévoir ces lésions. — A l'autopsie faite le 7 juin, nous avons trouvé les lésions suivantes.

Tibia, surface articulaire externe: le cartilage d'encroûtement a complétement disparu: à ce niveau le tissu osseux est recouvert d'une couche pulpeuse et molle. Il n'existe aucun vestige du fibro-cartilage inter-articulaire. — Surface articulaire externe: il ne reste de cartilage qu'en certains points; là il est moins épais qu'à l'état normal, ramolli et facile à décortiquer; sur une coupe, on voit que le tissu osseux de l'épiphyse est densifié à la partie moyenne et en arrière de la surface articulaire. La lamelle sous-cartilagineuse a disparu; il ne persiste qu'un fragment du ménisque situé à la partie postéro-interne de l'articulation: tout le reste a disparu.

Rotule. Le cartilage, qui manque au niveau de toute la facette supérieure de cet os est en bas plus épais qu'à l'état normal, et ramolli en ce point.

Fémur; condyle interne; le cartilage a presque entièrement disparu. A la coupe on voit que le tissu osseux est épaissi, décoloré, en certains points. — Condyle externe: le cartilage manque en différents endroits; là où il persiste, il est facile à décortiquer. En un point, il y a une perte de substance qui semble taillée a l'emporte-pièce. La lamelle compacte sous-cartilagineuse a disparu.

Les ligaments périphériques (antérieur, postérieur et latéraux ne sont pas relâchés; ils ont conservé leur aspect nacré, et les fongosités qui ont envahi les parties molles les ont respectés. Les ligaments croisés sont conservés, et paraissent intacts.

Anévrysme d'un rameau de l'artère pulmonaire au voisinage d'une caverne; par le d[r] A. Sevestre.

Ce fait a été observé sur une femme de 40 ans, entrée à l'hôpital de la Charité, service de M. G. Sée pour une hémoptysie datant de quelques jours. Cette hémoptysie s'arrêta dès le lendemain de l'entrée à l'hôpital, puis reprit à différentes reprises pendant deux ou trois jours, sans présenter jamais une grande intensité; au bout de trois semaines, il survint subitement une hémoptysie très-abondante et la malade mourut en quelques instauts.

A l'Autopsie, on trouva les lésions d'une tuberculose aux 2e et 3e degrés, et dans une caverne du volume d'un œuf de pigeon, un caillot de sang. Ce caillot enlevé, je cherchai si je ne trouverais pas sur les parois de la caverne un de ces petits anévrysmes dont j'ai déjà présenté un cas à la Société en 1875, et dont plusieurs exemples ont aussi été rapportés par MM. Lépine, Rendu, Liouville.

Je ne pus en constater, mais je trouvai un orifice un peu allongé, à bords déchiquetés, qui semblait fait comme à l'emporte-pièce sur un vaisseau dont on trouvait d'ailleurs la paroi opposée et les deux extrémités.

Examiuant alors plus complètement le caillot, et après l'avoir dilacéré, je trouvai dans son intérieur un petit sac du volume d'un pois, et dont l'orifice correspondait exactement à l'orifice existant sur le vaisseau. Il n'est pas douteux qu'il s'agit ici d'un anévrysme développé sur un vaisseau avoisinant la caverne. C'est un fait de plus à ajouter à ceux que j'ai signalés tout-à-l'heure, et ce fait présente une particularité intéressante; en effet, la malade cracha du sang pendant plusieurs jours avant d'avoir l'hémoptysie terminale. Il est probable qu'il existait sur l'anévrysme une petite fissure par laquelle le sang coulait en petite quantité; puis, à un moment donné, le sac s'est trouvé détaché tout d'un coup et il y a eu alors une hémoptysie très-abondante.

Fièvre typhoïde. Perforation intestinale. Lésions presque nulles des plaques de Peyer; par M. L. Dreyfus, interne des hôpitaux.

Laugier, 18 ans, entré, le 12 juillet 1876, à l'hôpital temporaire, salle Sainte-Hélène, n° 28 (service de M. Lépine).

Lorsque cet homme entra à l'hôpital, il présentait les caractères de la fièvre typhoïde: langue blanche au centre, rouge sur les bords, fièvre vive, pouls rapide: grand abattement, céphalalgie, insommie, ballonnement du ventre avec douleur dans la fosse iliaque droite. Il raconte qu'il était malade depuis une douzaine de jours environ; au début il avait ressenti un peu de malaise, et de la céphalalgie; puis ses forces avaient rapidement décliné sous l'influence d'une diarrhée jaunâtre abondante. Pas d'épistaxis.

Le lendemain de son entrée, on put voir quelques taches rosées sur le ventre. Toux assez fréquente: râles sous-crépitants aux bases. Hypertrophie de la rate.

Les jours suivants la maladie suivit la marche d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Température le soir de 39°6 à 39°3, le matin de 38°6 à 39°.

Du 15 *juillet* au 18, l'état général s'améliora: le malade demanda à manger un peu, la diarrhée était moins abondante, la fièvre moins vive.

Le 18 *juillet* le malade se vit beaucoup plus souffrant, se plaignit d'une douleur très-vive, dans la fosse iliaque droite; le ventre se ballonna: il y eut quelques vomissements verdâtres. Le pouls s'éleva à 120°. Malgré l'application de la glace sur le ventre, les lavements laudanisés, l'opium à haute dose, les phénomènes de collapsus s'accrurent les jours suivants et le malade succomba dans la nuit du 20.

Autopsie. En ouvrant la *cavité abdominale*, on voit au milieu des intestins, au niveau de la fosse iliaque droite sourdre d'un orifice d'un demi centimètre de diamètre environ, une quantité considérable de matières jaunâtres. Tout autour les intestins sont agglutinés par des pseudo-membranes verdâtres, molles; la séreuse est rouge par places et présente les caractères de la péritonite aiguë. En ouvrant l'intestin grêle, on constate que l'orifice par où s'écoulait ces matières, occupe le sommet d'un diverticulum, long de 7 cent. environ, large de 1 cent., et situé sur le paroi de l'iléon à 15 centimètres environ du cœcum. Ce diverticulum ne semble pas renfermer à son intérieur de plaque de Peyer, ni de follicules clos. L'ouverture est ronde, à bords taillés à pic.

Sur toute l'étendue de l'intestin grêle, on ne trouve aucune lésion des plaques de Peyer qui paraissent être entièrement saines, quoique un peu plus saillantes peut-être qu'à l'état normal. Au centre de la dernière plaque, la plus rapprochée du cœcum, légère exulcération peu profonde de 2 millimètres environ de diamètre. Rien dans le cœcum, ni dans le côlon.

Glandes mésentériques volumineuses, ramollies. *Rate* grosse, très-ramollie. Congestion à la base des deux poumons.

M. Hayem. Il faudra étudier la structure de ce diverticulum: il peut contenir une vaste plaque de Peyer, comme cela se rencontre pour le diverticulum normal qui a été appelé appendice iléo-cœcal.

M. Lépine. Les faits semblables à celui-ci sont rares; un des derniers exemples de perforation d'un diverticulum intestinal a été présenté en 1862 à la société médicale de Londres; l'absence de tuméfaction des plaques de Peyer rapproche le fait de M. Dreyfus d'une observation publiée par MM. Cazalis et Renaut dans les *Archives de Physiologie*. Il existe aussi d'autres observations anciennes plus ou moins semblables.

M. Charcot. Je me rappelle avoir recueilli l'observation d'un jeune homme qui succomba à une perforation intestinale

après avoir présenté des symptômes de fièvre typhoïde, et chez lequel on ne trouva également que des lésions insignifiantes, des plaques de Peyer.

Rétrécissement congénital de l'aorte; par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

La pièce a été trouvée à l'autopsie d'une femme qui succomba aux suites d'un étranglement herniaire (Dub..., 42 ans, entrée le 17 mai dans le service de M. GOSSELIN).

L'orifice aortique, mesurait 7 cent. L'aorte avant la naissance du tronc brachio-céphalique 7 cent. 1/2. Immédiatement après le point d'abouchement du canal artériel, c'est-à-dire au siége du rétrécissement, le vaisseau ne mesurait plus que 5 cent., et 4 cent. 1/2 seulement à 9 centimètres au-dessous du rétrécissement.

La coarctation se présentait sous la forme d'un repli falciforme dont l'arête était tournée vers la partie postérieure. En avant et en arrière du rétrécissement se voyaient deux ou trois petites plaques d'athérome. — La valvule mitrale présentait deux plaques laiteuses, sans saillie appréciable. Il existait des plaques limitées d'athérome à l'entrée des deux artères coronaires.

Le siége du rétrécissement au lieu d'élection qu'occupent ceux dont l'origine est congénitale, nous permet de le ranger dans cette variété. La malade qui était âgée de 42 ans, n'avait présenté aucun symptôme particulier. Elle n'offrait notamment aucune de ces dilatations artérielles collatérales qui ont été signalées en pareil cas. (Voir *Bull. de la Soc. anat.* Décembre 1874).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 décembre 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. TERRIER, à propos de la rédaction du procès-verbal, revient sur la question de la ligature des tendons, qui a été abordée dans la dernière séance à l'occasion de la présentation de M. Duplat. M. Terrier a pratiqué la suture des tendons du petit doigt chez un blessé qu'il amène à la société, et la réunion s'est faite avec adhérence de la cicatrice tendineuse à la cicatrice de la peau. Il est d'ailleurs difficile d'admettre que cette adhérence des deux cicatrices ne se produise pas toujours.

M. TILLAUX rappelle à M. Périer, qu'il a vu des malades opérés par M. Notta, chez lesquels il n'y avait aucune espèce d'adhérence.

M. PAULET lit un rapport sur l'emploi du coton absorbant ou hydrophile dans le pansement des plaies.

M. GUYON lit un rapport sur le travail de M. Cras (de Brest) : Contribution à l'étude des lésions traumatiques de l'urèthre.

M. TERRILLON présente à la Société le malade qui a fait le sujet de la communication de M. Proust, à la dernière séance de l'Académie : Enfoncement des os du crâne, aphasie; hémiplégie : trépanation ; guérison.

M. CONNOR présente une tumeur calcaire qu'il a extraite de la bourse prérotulienne. E. B.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHILADELPHIE.

I. SECTION DE MÉDECINE.— 1° *De la fièvre typho-paludéenne.* Certaines épidémies de typhus paraissent influencées par les conditions de topographie auxquelles est due la fièvre intermittente; c'est ce qui résulte de l'histoire médicale des dernières grandes guerres. De même aux Etats-Unis la fièvre typhoïde revêt une forme intermittente et cède souvent après emploi de la quinine. Conclusion : Il n'y a pas une fièvre spéciale, typho-paludéenne, mais des fièvres palustres à forme typhoïde et des typhus à forme intermittente.

2° *Le croup diphthéritique et le pseudo-membraneux sont-ils identiques?*— Les médecins américains, comme leurs collègues du Royaume-uni semblent s'accorder à distinguer deux variétés de croup : le Dr Howard de Montréal soutient cependant la doctrine française de l'identité des formes du croup, qu'il soit primitif ou secondaire. La section de médecine ne peut arriver à conclure et laisse le sujet à l'étude.

3° *Les conditions de la vie moderne sont-elles favorables au développement des affections du système nerveux?* — Conclusion : Oui, aucune maladie nouvelle n'a pris naissance, mais l'alcoolisme, la syphilis, la lutte pour la fortune, etc., sont autant de causes plus répandues qu'autrefois.

4° *Influence de l'altitude sur la marche de la phthisie; du traitement des phthisiques par la vie au grand air.* — Conclusion : Il n'y a pas de règle fixe à tirer de l'étude des climats Européens et Américains. Les lieux élevés sont favorables aux phthisiques si les conditions d'air, de soleil sont suffisantes. Traitez les phthisiques au début par le grand air, l'exercice, la nourriture abondante et les aliments gras ; faites-les voyager en mer.

5° *Traitement de l'ulcère simple de l'estomac.* — 6° *De l'anémie progressive pernicieuse.* — 7° *De l'alcool comme aliment et comme médicament.* — Ces trois mémoires ne contiennent rien d'original.

8° *Sclérose des vaisseaux du poumon.* — Elle est due à la syphilis, et cause l'emphysème au lieu de lui succéder.

II. SECTION DE BIOLOGIE. — 1° *Fonctions excrétoires du foie* (A. FLINT). La cholestérine dérive du fonctionnement du système nerveux. Dans les anciennes hémiplégies on ne trouverait pas de cholestérine dans le sang tiré de la veine du côté malade? et on en trouverait du côté sain. La bile sert, outre son rôle antiputride, de moyen d'élimination pour la cholestérine qui joue par rapport au foie le rôle de l'urée par rapport au rein; l'ictère grave serait dû à une rétention de la cholestérine dont les propriétés toxiques causeraient la *cholestérémie*?

2° *Mécanisme des articulations.* — Long mémoire de *Allen* et nouvelle classification des articulations basée sur la cinématique.

III. SECTION DE CHIRURGIE. — 1° *Chirurgie antiseptique.* — Cette discussion est une des plus importantes du Congrès et tirait son intérêt de la présence du Pr Lister (d'Edimburgh).

Conclusions du rapporteur : A) La putréfaction se produit dans les solides et les liquides du corps humain avec ou sans le contact direct des germes. — B) On peut empêcher la décomposition de se produire à l'air libre en empêchant les germes de se déposer sur la plaie ou en les y détruisant. — C) On peut embaumer en quelque sorte les éléments anatomiques vivants et les empêcher de s'altérer. — D) Pratiquement il est bien difficile d'empêcher ces altérations humorales mais on doit toujours le tenter.

Une plaie n'absorbe pas les matières putrides tant que ses bourgeons charnus sont bien portants. La section repousse le pansement à l'ouate comme infidèle et préfère le pansement à l'argile : les ligatures peuvent être faites en *catgut*, en tendons de cerf ; le mieux est d'employer la torsion et l'acupressure. Le Dr Hewson recouvre la plaie de papier bleu pour modifier les rayons lumineux et se trouve bien de l'acide salycilique. Le *Professeur Lister* occupe la tribune pendant trois heures et développe les avantages de sa méthode. Elle est très-délicate et l'on doit en suivre tous les préceptes, quelque fastidieux que ce soit pour l'opérateur. Depuis les recherches de Pasteur il semble à l'orateur que l'on peut se débarrasser des germes, « comme on le ferait de parasites cutanés. » De là, la méthode dont il donne un rapide aperçu (voir le *Progrès Médical*, nos 43 et 45). — *Lister* affirme qu'on n'a jamais trouvé de bactéries sous ses pansements. Malgré ces explications, les conclusions de la section sont que la question doit encore rester à l'étude.

2° *Traitement de la coxalgie.* — Le rapporteur conclut que la coxalgie n'est pas nécessairement due à la scrofule, mais que presque toujours elle est d'origine traumatique. Dans le premier degré, l'immobilisation de la hanche et l'exercice du reste du corps empêcheront la maladie de s'accroître et rendront à l'articulation presque tous ses mouvements. Dans le second degré, il faudra évacuer le pus par aspiration, et la résection des extrémités osseuses sera formellement indiquée dans le troisième degré.

Ces conclusions sont repoussées, et la section se divise en deux groupes, les chirurgiens américains repoussent pour plupart l'origine scrofuleuse, tandis que les étrangers com-

battent l'étiologie purement traumatique. Tous sont d'accord sur la nécessité de la résection.

3° *Extirpation du maxillaire inférieur dans sa totalité, par une seule incision et en conservant le périoste.* — Succès complet dans un cas de nécrose phosphorée.

4° *Section sous-cutanée du col du fémur.* — *W. Adams* (de Londres), a pratiqué cette opération cinq fois et recueilli 23 cas semblables. Par une section oblique des parties molles on introduit une scie spéciale ne portant de dents que sur une longueur égale au diamètre de l'os : Il conclut que les os peuvent être divisés sous la peau comme les tendons en un point quelconque de leur continuité, que peu d'accidents suivent cette opération (un seul cas de mort par pyohémie), cependant l'ankylose peut s'ensuivre, mais alors dans une position plus favorable au gré du chirurgien. Cette opération serait plus exacte que la rupture du col du fémur.

5° *Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen.* Le Dr Dugas propose de ne pas les réunir et de débrider pour nettoyer le péritoine car, selon lui, la mort dans les premières 24 heures, surviendrait par septicémie et non par péritonite.

6° *Faut-il ouvrir le sac dans l'opération de la hernie étranglée?* — Conclusion : aucune règle précise ne peut être posée.

7° *Anesthésie produite par le protoxyde d'azote et l'exagération forcée des mouvements respiratoires.* — Le sujet reste anesthésié pendant quelques minutes, mais n'a pas perdu connaissance et peut exécuter quelques mouvements volontaires. Cette action serait due à une accumulation d'acide carbonique dans le sang ?

8° *Causes et distribution géographique de l'affection calculeuse.*

9° *Traitement médical et chirurgical des anévrysmes.* — Conclusions : Le traitement de Tuffnell (?) par le repos, la position, le régime est une précieuse ressource pour les anévrysmes des cavités splanchniques. On doit toujours y avoir recours pour l'innominée, la sous-clavière et l'iliaque avant de tenter une opération toujours périlleuse. Le plus souvent la cure spontanée de l'anévrysme est due à des caillots migrateurs détachés par la manipulation du sac. La section se propose d'employer plus souvent le bandage d'Esmarch et d'essayer d'introduire dans le sac du crin ou plutôt un fil de Catgut.

IV. Section de dermatologie et syphiliographie. — 1° *Des variations dans le type et dans la prédominance des maladies de peau dans diverses contrées également civilisées.* — Conclusions : Quelques affections d'origine obscure, même en Europe, manquent aux Etats-Unis ; ce sont : le *prurigo*, la *pellagre* et l'*exudativus rubra* ; d'autres affections dépendant de la misère et du manque de soins, de propreté, sont plus fréquentes en Europe. — *Maladies parasitaires.* — Les lésions graves provenant de maladies constitutionnelles sont plus bénignes aux Etats-Unis ce sont : le *lupus*, les *syphilides*, la *lèpre*. En revanche on observe plus souvent aux Etats-Unis, les lésions des glandes et des nerfs de la peau c'est-à-dire la *séborrhée*, l'*acné*, les *rash de chaleur*, l'*herpès*, *l'urticaire* et le *prurit;* ces affections ont en Amérique une plus grande acuité.

2° *L'Eczéma et le psoriasis sont-ils des lésions locales ou la manifestation d'une maladie générale?* Conclusions : *a*) L'eczéma et le psoriasis sont deux maladies distinctes : la première doit être distinguée des éruptions provoquées, la dernière de la syphilis, de la lèpre et de l'eczéma écailleux (? *scaly*). — *b*) L'eczéma et le psoriasis ne sont pas à la fois de cause locale et générale, mais une cause générale prédispose le sujet à l'éruption qu'une cause locale provoque. — *c*) La physionomie de l'eczéma et du psoriasis ressemble beaucoup à celle des manifestations cutanées des diathèses. — *d*) Les catarrhes peuvent quelquefois être dus à de l'eczéma ou à du psoriasis des muqueuses. — *e*) Ces deux affections ressemblent beaucoup aux manifestations de la goutte et du rhumatisme; beaucoup de maladies de peau peuvent du reste être considérées comme le résidu de ces diathèses. — *f*) Il n'existe encore ni preuve microscopique, ni preuve objective que ces deux maladies soient le résultat d'un trouble cellulaire local ou d'une lésion de l'innervation de la peau. — *g*) Si les causes locales ont une grande influence sur le développement de l'eczéma il n'en est pas de même pour le psoriasis. — *h*) Le seul traitement local est souvent impuissant à combattre ces affections ou à empêcher les rechutes, son succès ne prouverait pas que la maladie soit locale. — *i*) Le traitement général a une action plus marquée. — *j*) Il résulte de la discussion que l'eczéma et le psoriasis sont deux manifestations d'un état général, et non pas des lésions purement locales de la peau.

3° *Y-a-il deux virus vénériens?* Conclusions : *a*) Il y a deux virus vénériens. — *b*. Des ulcères vénériens peuvent être dus à l'inoculation du virus syphilitique et aussi à celle des produits de l'inflammation simple. — *c*) Ces deux poisons peuvent être inoculés ensemble. — *d*) Dans l'état actuel de la science on peut admettre que des lésions inflammatoires semblables aux chancres mous peuvent être produites sur diverses parties du corps par l'inoculation du pus de différentes sources.

4° *Du traitement de la syphilis à ses diverses périodes.* — Conclusions : Le mercure est l'antidote de la syphilis à tous ses degrés, cependant son action est peu prononcée sur les gommes ; à faible dose c'est un tonique. L'iode guérit certaines manifestations de la diathèse mais n'empêche pas les rechutes. Le meilleur traitement de la syphilis est l'usage prolongé et ininterrompu des préparations hydrargyriques.

V. Section de Gynécologie. — 1° *Causes et traitement de la métrorrhagie non puerpérale.* — Dans cette discussion on a principalement combattu l'usage du seigle ergoté et recommandé le traitement interne par les astringents et l'oxyde de zinc (Simpson). On s'est aussi bien trouvé de la quinine, nécessaire dans les pays à fièvres. — 2° *Mécanisme de l'accouchement naturel ou provoqué dans le cas d'étroitesse du bassin.* — Le docteur Goodell, divise les bassins déformés en : aplatis, généralement rétrécis, rétrécis et aplatis à la fois. Rien de nouveau ne résulte de la discussion où l'on a successivement recommandé le forceps, l'expression utérine et la version, à laquelle, selon l'auteur, on n'aurait pas assez recours en France.

3° *Traitement des convulsions de l'enfance dues à l'élévation de la température du corps.* — Le docteur Holmes recommande l'usage du froid sous forme de bains abaissés peu à peu jusqu'à 60° F. (15° 5 C).

4° *Enuctéation des tumeurs de l'ovaire.* — Les avantages que les chirurgiens américains retirent de cette méthode, tiennent à ce que l'hémorrhagie est moins prononcée et à ce qu'on ne laisse pas de corps étrangers dans la plaie péritonéale, mais l'opération ne réussit bien qu'à condition que les parois du kyste soient assez épaisses et pourvues de vaisseaux peu volumineux.

5° *Traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus.* — Le docteur Atlee divise ces tumeurs en deux grandes classes: *A*) celles qui s'accompagnent d'hémorrhagie ; *B*) celles qui, par leur situation, ne peuvent donner de suintement sanguin. Il se trouve bien de l'usage de l'ergot de seigle et indique divers procédés opératoires applicables à chaque variété de tumeur. Les conclusions de la section sont de ne s'occuper des corps fibreux qu'autant qu'ils compromettent la vie de la malade, et dans ce cas de recourir à la gastrotomie s'il le faut.

6° *Nature, causes et prophylaxie de la fièvre puerpérale.* — Après avoir constaté combien peu d'affections étaient aussi mal définies que la fièvre puerpérale, la section conclut que cette fièvre n'a pas une existence propre, qu'elle est souvent en relation avec les épidémies régnantes, en particulier avec l'érysipèle, que bien souvent elle est causée par le manque de précautions et que la méthode antiseptique doit être employée avec une rigueur extrême.

7° *Traitement des kystes ovariques par l'électrolyse.* — Le docteur Semeleder dit avoir guéri 6 malades par l'application de courants continus sur la paroi abdominale. Le contenu liquide du kyste s'est résorbé en laissant une petite tumeur solide. Le traitement dure de un à cinq mois.

8° *De la paracentèse par aspiration.* — Description d'une nouvelle espèce de trocart (Fitch).

VI. Section d'Ophthalmologie. — 1° *Parallèle entre le traitement de la conjonctivite par les caustiques et celui par les astringents.* — Conclusions : *a*). Dans un grand nombre d'affections passagères de la conjonctive et dans le ptérygion, il est inutile d'employer soit les caustiques soit les astringents. — Dans la forme phlycténulaire on se trouvera bien des topiques astringents.

Dans les formes aiguës et chroniques de conjonctivité intense, règle générale, il est plus commode et moins dangereux de préférer les astringents aux caustiques.

2° *La myopie progressive et le staphylôme postérieur sont-ils causés par une prédisposition héréditaire ou produits par un défaut de réfraction dépendant du muscle ciliaire?* — Conclusions: De ce fait qu'un grand nombre d'enfants myopes naissent de parents emmètropes, tandis que la myopie s'accroît parallèlement à la tension oculaire et aux troubles de réfraction qui s'en suivent, il résulte que la prédisposition héréditaire, bien loin d'être la seule cause, n'est même pas la cause prédominante.

2° L'action du muscle ciliaire, prise en elle-même, n'a qu'une faible influence sur le développement de la myopie et à plus forte raison sur celui du staphylôme. — (Cette conclusion est repoussée par 1/3 des membres).

VII. Section d'Otologie. — 1° *Il importe de traiter les otites dès le début surtout quand elles succèdent aux exanthèmes.*

Conclusions : (*A*). L'othorrée chronique devient de plus en plus fréquente, elle résulte du défaut de traitement pendant l'otite aiguë qui la précède. — *B*). C'est loin d'être une affection sans dangers. — *C*). C'est cependant une maladie qu'on peut enrayer. — (*D*) La ponction très-large du tympan faite dans les premiers jours du stade aigu suffit à empêcher l'état chronique de s'établir. — *E*). Tout médecin doit donc s'occuper assez d'otologie pour pouvoir la pratiquer.

2° *Comment essayer le degré d'acuité de l'ouïe?* — On rejette l'usage du diapason et celui de la montre pour reconnaître à la voix une plus grande importance. Il faudrait établir une échelle de voyelles et d'intonations comparables aux procédés optométriques.

3° *Y a-t-il avantage à employer un tympan artificiel?* — Conclusions: Le meilleur tympan artificiel est une lame de coton, elle a un effet acoustique et un rôle curatif ; c'est un pansement mis sur le tympan.

4° *Comment doit-on, dans les écoles, instruire les enfants partiellement ou complètement privés de l'ouïe? faut-il les séparer de leurs condisciples?* — Après une importante discussion, la section décide de laisser dans les classes ordinaires ceux des enfants qui peuvent encore entendre un peu et de séparer complètement les sourds. Les premiers peuvent acquérir beaucoup par cette gymnastique spéciale.

VIII. Section d'hygiène. — 1° *Des quarantaines, surtout au point de vue du choléra et de la fièvre jaune.* — Conclusions: *A*) On doit d'abord assurer des conditions hygiéniques à bord de tous les vaisseaux aussi bien au large que dans les ports.

(*B*). La police sanitaire des ports doit varier ses règlements selon les conditions qui leur sont propres. — (*C*). On ne garde souvent les passagers que le temps nécessaire pour compléter l'incubation dont la durée est mesurée à partir du moment où le navire a quitté le port infectant; on a le tort grave de laisser les passagers à bord d'un bâtiment qui est quelquefois par lui-même une source de maladie. — *D*). Ce n'est que par des mesures sanitaires internationales et par des avis venus des ports de départ qu'on peut arriver à étendre les mesures surtout aux navires suspects. — *E*). La meilleur façon d'adoucir les quarantaines serait de s'entendre pour rendre moins malsains les foyers permanents et connus dont partent et la fièvre jaune et le choléra.

2° *En quoi consistent les germes des maladies?* — Conclusions : Les principes actifs de contagion paraissent être sous la forme moléculaire et insolubles. On ne sait pas quelle est leur nature réelle, rien ne prouve que l'on ait constaté des organisations végétales inférieures dans les cas de : septicémie, érysipèle, choléra, variole, fièvres typhoïde et à rechutes, ni même dans la diphthérie.

3° *On vote l'adoption du système métrique en pharmacologie.*

IX Section de médecine mentale. — 1° *Etude microscopique du cerveau des aliénés.* Long et intéressant mémoire du Dr *Kempster*.

2° *Responsabilité des aliénés devant la loi.* — Conclusion (textuelle): *Attendu* qu'actuellement les législateurs tendent à considérer certains aliénés comme responsables de leurs actes, la section *déclare* : que cette tendance est injuste, contraire à la philosophie, en désaccord avec l'enseignement de la pathologie qui démontre que la folie est la manifestation symptomatique d'un état morbide.

3° *Simulation de la folie par les fous.* — La manie ou la démence prononcées absorbent trop les facultés intellectuelles pour permettre la simulation. Simuler, c'est raisonner, mais cela se peut dans certaines monomanies. Il y a à tenir compte de l'imitation qui est due au grand nombre d'aliénés vivant ensemble. La simulation est parfaitement compréhensible quand l'intelligence est partiellement conservée. Les hystériques simulent pour se rendre intéressantes ou bien par pur besoin de mentir, ce qui est encore pathologique; aussi est-il souvent difficile de reconnaître la folie simulée chez le fou ; d'où de grandes difficultés médico-légales.

Tels sont les principaux points étudiés, pendant cette session du Congrès américain ; on pourra remarquer que quelques-unes des questions ont déjà été résolues dans le même sens en France, tandis que d'autres sont au contraire envisagées à un autre point de vue aux Etats-Unis.

Nous citerons en particulier les doctrines relatives au *croup* et à la *coxalgie* comme absolument opposées à celles que l'on professe. On ne saurait trop louer le corps médical des Etats-Unis d'avoir organisé cette réunion de cinq cents confrères; c'était noblement joindre une fête de la science à celles de l'industrie.

H. de Boyer.

BIBLIOGRAPHIE

Bains térébenthinés. Leur emploi dans le traitement des rhumatismes; par le Dr Brémond fils. J.-B. Baillière, éditeur.

La nouvelle notice que vient de publier M. le Dr Brémond, sur l'emploi des bains térébenthinés dans les rhumatismes, commence par une étude d'hygiène ayant pour but de préciser quelle est la quantité d'aliments réparateurs que nous devons introduire dans l'économie pour combattre l'usure de la vie. Des considérations physiologiques sur le fonctionnement des principaux appareils de l'organisme, viennent ensuite; puis l'auteur passe en revue la pathogénie générale des maladies articulaires ; enfin, il fait le procès de la médication alcaline. La dernière partie du travail montre la supériorité des bains térébenthinés comme moyens thérapeutiques, la description des appareils employés, le mode d'action, etc., sont décrits tout au long. A l'appui du moyen médicamenteux qu'il préconise, l'auteur rapporte un certain nombre d'observations ayant trait à la diathèse rhumatismale. Dans tous ces cas, M. Brémond a obtenu de meilleurs résultats que par les autres médications. « Cependant, dit-il, nous ne craignons pas de l'affirmer, l'action de notre traitement a toujours été, sinon absolument curative, du moins des plus heureuses. »

F. Raymond.

HYGIÈNE.

De l'Anémie.

Je ne crains pas d'être contredit en affirmant que notre époque, au point de vue de la santé du plus grand nombre, peut être appelée l'époque de l'anémie et du lymphatisme.

Dr A. Lubanski, (*in Journal d'Hygiène*).

Cette épigraphe renferme dans son éloquente simplicité l'énoncé de l'un des faits les plus marquants de notre vie sociale. D'une part, il est certain que l'on vit plus longtemps par ces temps de perturbation physique et morale, qu'aux jours vantés de la civilisation antique, qu'aux temps des athlètes et des gladiateurs, des cirques et des palestres. D'autre part, il est non moins avéré qu'en mettant en regard la puissance de force musculaire et de résistance à la fatigue de nos ancêtres, avec l'énergie et les aptitudes des hommes d'aujourd'hui, l'on ne peut se défendre d'une fâcheuse appréhension dénotant en somme l'infériorité la plus incontestable.

Jadis l'anémie et le lymphatisme étaient plus particuliè-

rement observés dans les grands centres de population, mais aujourd'hui les organismes affaiblis ou détériorés se retrouvent partout en grande majorité. Les habitants de nos campagnes déclinent à vue d'œil, et les conseils de révision constatent, chaque année, une diminution notable dans la moyenne de la taille, et une augmentation non moins notable dans le nombre des exemptions pour faiblesse de constitution.

Nous ne chercherons pas à déterminer ici les causes générales de cette triste décadence de notre espèce ; si la plupart du temps, l'anémie réside dans des conditions d'hérédité et de débilité congéniale, dans la préexistence d'hémorrhagies morbides ou accidentelles, dans le défaut d'un régime alimentaire réparateur, dans la manifestation d'influences morales et d'excès de tout genre; souvent aussi le praticien le plus distingué se trouve en présence de personnes anémiées, qui n'ont jamais subi aucune de ces influences morbigènes.

En présence d'une étiologie qui atteint un si grand nombre d'individus de tout âge, de tout sexe, de toute position sociale ; en présence de ces faits qui déjouent toutes les prévisions de l'homme de l'art; sans vouloir diminuer en rien l'importance des divers facteurs pathologiques qui concourent à l'appauvrissement de l'organisme, il faut voir de toute nécessité dans leurs manifestations successives le résultat d'une cause générale, cause qui nous frappe à notre insu et qui ne se manifeste à nos yeux que par ses efforts immédiats.

A une cause générale d'affaiblissement et de déficience organique, la logique nous impose le devoir d'opposer un traitement général de réparation organique et d'activité fonctionnelle. Aux premiers rangs de ces agents qui comprennent les analeptiques pris dans les trois règnes de la nature, les toniques et les corroborants empruntés aux éléments cosmiques et aux productions intimes de la terre, viennent se placer les Eaux minérales ferrugineuses et les vins généreux. Ne perdons pas de vue que les manifestations morbides que nous avons devant nos yeux, se résument dans ces trois types, l'anémie, la chlorose, la *malaria urbana*.

Pour Littré, l'anémie, état opposé à la pléthore, consiste non pas en une diminution absolue de la masse du sang, mais en un abaissement des globules de ce liquide, en un nombre proportionnel plus ou moins inférieur à leur nombre normal; sa symptomatologie peut se formuler ainsi: décoloration des tissus, pâleur extrême, affaiblissement général, névrosité exagérée, nonchalance physique et morale.

La chlorose (vulgò, pâles couleurs) qui affecte spécialement les jeunes filles, se présente d'ordinaire au moment de la menstruation, et devient la compagne inséparable des aberrations de cette fonction physiologique.

La *malaria urbana* sous ses formes les plus variées, dans ses manifestations les plus protéiformes, réclame avant tout un traitement hygiénique intelligent et bien approprié, dans lequel les vins astringents tanniqués occupent la place la plus honorable.

C'est après une enquête des plus sérieuses, comme chimiste, comme œnophile et comme thérapeutiste, que le professeur Bouchardat s'inspirant des enseignements de ses illustres collègues de l'Hôtel-Dieu de Paris, Rostan, Magendie, Chomel, Requin, Velpeau, Monneret, Grisolle, Trousseau et tant d'autres a pu écrire avec conviction cette page magistrale qui résume, toute cette médication curative et prophylactique :

« Pour l'usage ordinaire, les vins complets de France convenablement étendus d'eau sont justement choisis ; mais pour les usages thérapeutiques, on donnera la préférence à un vin plus riche en tannin. A ce point de vue aucun ne doit être placé au-dessus du vin de Saint-Raphaël (à la dose d'un verre à bordeaux), qui, depuis près de trente ans, est prescrit dans les hôpitaux de Paris. Il est employé dans les formes les plus variées de l'anémie, la chlorose, les anémies de la goutte chronique, de l'alimentation insuffisante ou mal réglée, de la grossesse, des fièvres intermittentes, de la vieillesse, etc., il est surtout efficace pour relever les forces abattues par la maladie et par les digestions laborieuses et difficiles. »

VARIA

Réunion des médecins législateurs.

La réunion extra-parlementaire des médecins faisant partie du Sénat et de la Chambre des Députés, a tenu sa séance hebdomadaire à Paris, sous la présidence de M. LAUSSEDAT.

M. LIOUVILLE mentionne différentes communications adressées à la réunion concernant l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, ainsi que l'organisation d'ambulances communales en Algérie. Ces communications sont renvoyées aux sous-commissions chargées des futurs projets de loi qui les concernent. L'ordre du jour appelle l'examen du *Rapport* déposé par M. R. WADDINGTON, au nom de la commission parlementaire qui a statué sur les propositions de loi : de MM. THÉOPHILE ROUSSEL, 2° de MM. RICHARD WADDINGTON, THIESSÉ et SAVOYE, sur *l'assistance médicale dans les campagnes*.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. LAUSSEDAT, ROUSSEL, CHEVANDIER, TESTELIN, CORNIL, TIERSOT et LIOUVILLE, la réunion donne sa complète adhésion aux articles du projet de loi, qui est ainsi présenté aux délibérations de la Chambre des Députés :

Article premier. — Dans tous les départements, l'assistance à domicile des indigents malades, sera organisée pour chaque commune conformément aux dispositions de la présente loi.

Art. 2. — Dans les communes où existent des bureaux de bienfaisance ou des commissions de charité, les bureaux ou les commissions réunis au conseil municipal de la commune, dresseront tous les ans la liste nominative des indigents admis aux secours médicaux. Dans les communes dépourvues de bureau de bienfaisance ou de commission de charité, le conseil municipal sera chargé de la confection de la liste. Le médecin ou un délégué des médecins appelés à faire le service de l'assistance dans la commune, assistera avec voix délibérative à la réunion. La liste sera communiquée au Préfet, qui la soumettra à la commission departementale. Cette liste sera révisée tous les 3 mois.

Art. 3. — Les conseils généraux devront, dans chaque département, organiser les secours d'assistance médicale et pharmaceutique, de manière à ce qu'ils soient assurés pour chaque commune. Ils arrêteront à cet effet des règlements qui détermineront le mode d'organisation et de fonctionnement de ce service. Les règlements pourront ne pas être uniformes pour les divers cantons du département. Les conseils d'arrondissement, les associations médicales, les conseils d'hygiène et les conseils municipaux intéressés, seront appelés à donner leur avis sur les règlements ci-dessus spécifiés.

Art. 4. — En cas d'insuffisance des ressources spéciales de l'assistance et des ressources ordinaires de leur budget, les communes seront tenues de s'imposer jusqu'à concurrence de deux centimes additionnels aux quatre contributions directes, pour leur part contributive aux dépenses prévues par la présente loi.

Art. 5. — Les conseils généraux devront porter au budget des départements, les dépenses de l'assistance médicale. Les dépenses seront couvertes par les contingents communaux, ci-dessus fixés et par une contribution du département. Les conseils généraux, à cet effet, en cas d'insuffisance des ressources des communes et en cas d'insuffisance des ressources ordinaires de leur budget, seront tenus de voter un centime départemental, additionnel aux quatre contributions.

Art. 6. — L'Etat concourra aux dépenses du service dans la mesure qu'il jugera utile, au moyen de subventions allouées aux départements qui, après avoir épuisé le maximum des contributions spéciales, n'auront pu créer des ressources suffisantes pour l'organisation des services de l'assistance médicale.

Art. 7. — Il sera pourvu, par un règlement d'administration publique, aux dispositions nécessaires pour l'exécution de la présente loi.

M. ROUSSEL appelle la sollicitude des membres de la réunion sur l'inexécution de la *loi* relative à la *protection de l'enfance*, votée par l'Assemblée nationale. Des faits graves seront portés à la connaissance des ministres compétents. M. CORNIL continue l'exposition d'un projet de réforme, à introduire dans l'enseignement médical en France.

Le secrétaire: LIOUVILLE.

Cours cliniques d'aliénation mentale.

Nous avons annoncé, il y a déja 15 jours, qu'une instruction ministérielle, signée de M. de Marcère, avait rétabli les *Cours cliniques d'aliénation mentale* dans les asiles d'aliénés de la Seine. Voici l'arrêté préfectoral que vient de prendre M. le Préfet de la Seine :

Le Préfet de la Seine, en exécution de la décision prise par M. le ministre de l'Intérieur, en date du 15 novembre, et portant : 1° Que des conférences cliniques de pathologie mentale seront ouvertes à l'asile Sainte-

Anne et dans les quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière à partir du 1er décembre prochain ; 2° Que ceux qui voudront suivre ces conférences devront se pourvoir préalablement d'une autorisation du Directeur de l'établissement, laquelle sera délivrée — aux élèves en médecine sur le vu d'un certificat de la Faculté de médecine attestant que le titulaire a subi avec succès le troisième examen de fin d'année, — aux médecins et magistrats sur la présentation de leur carte personnelle, — aux avocats sur le vu d'un certificat délivré au secrétariat général du ministère de la justice ;

Arrête : Des conférences cliniques de pathologie mentale seront ouvertes dans les conditions ci-dessus indiquées, à l'asile départemental de Sainte-Anne et dans les quartiers de Bicêtre et de la Salpêtrière, à partir du 1er décembre 1876.

Liberté de l'enseignement.

Le moment est peu favorable pour adresser des réclamations à un ministre; nous ne pouvons cependant nous taire devant la persistance d'une mesure que rien ne justifie. Depuis quatre ans, M. le Dr Dupré, un des plus anciens professeurs libres, celui qui a peut-être guidé le plus d'élèves dans l'étude de l'anatomie, se voit refuser l'autorisation d'ouvrir son cours à l'Ecole pratique. Cette année encore sa demande a été repoussée, on n'a pas même daigné lui répondre. A cet ostracisme, le monde médical ne connaît que des motifs ridicules ; jamais ses causes n'ont été notifiées officiellement à l'intéressé.

S'il existe des raisons sérieuses, il faudrait qu'elles aient une extrême gravité, de priver un vieux professeur de ses moyens d'existence, qu'on les fasse connaître ! S'il n'en est pas, s'il n'y a là que petites vengeances, que mesquines représailles, de personnalités blessées, il n'est pas digne du ministère d'en être l'exécuteur. S'il s'agit d'influences s'exerçant dans les bureaux et datant d'une autre époque, le futur ministre de l'instruction publique, quel qu'il soit, trouvera honneur et profit à les briser.

Asile des aliénés de Dole. — Le 5 décembre 1876, le Président de la République a promulgué la loi dont la teneur suit :

Art. 1. — Le département du Jura est autorisé, conformément à la demande que le Conseil général en a faite dans la session de mai 1876, à emprunter à un taux d'intérêt qui ne pourra dépasser cinq pour cent (5 pour 100), une somme de sept cent mille francs (700,000 fr.) qui sera affectée à la translation et à la reconstruction de l'asile des aliénés de Dôle.

Cet emprunt peurra être réalisé, soit avec publicité et concurrence, soit par voie de souscription, soit de gré à gré avec faculté d'émettre des obligations au porteur ou transmissibles par voie d'endossement, soit directement auprès de la Caisse des dépôts et consignations. Les conditions des souscriptions à ouvrir ou des traités à passer de gré à gré seront préalablement soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur.

Art. 2. — Il sera pourvu au remboursement et au service des intérêts de l'emprunt autorisé par l'article 1er ci-dessus, au moyen de prélèvements opérés sur les ressources spéciales de l'asile ou, au besoin, sur le budget départemental.

Enseignement médical libre.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT continue son cours sur *les maladies du système nerveux*, tous les dimanches, à neuf heures et demie.

Cours d'accouchement. — MM. Budin et Pinard ont commencé le mercredi 15 novembre à 4 h. 1[2, un cours d'accouchement. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en 4 parties : 1re partie, Anatomie, Physiologie, Grossesse. 2e Eutocie. — 3e Dystocie. — 4 Exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Accouchements difficiles et dangereux. — Cours spéciaux de manœuvres opératoires avec les instruments classiques. Durée de chaque cours un mois. S'adresser pour les heures et conditions, à M. le docteur Verrier, 52, rue de l'Université (près la rue du Bac), de 1 à 3 h.

Cours complet et élémentaire d'ophthalmologie. — M. le docteur Gorecki, commencera ce cours le lundi 11 décembre à 5 heures (Ecole pratique, amphithéâtre n° 1), et le continuera les lundis et mercredis suivants, de 5 heures à 6 heures.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours libres.* M. le Doyen, a l'honneur de prier MM. les docteurs en médecine qui ont l'intention de faire des cours libres à l'Ecole pratique pendant le semestre d'été, qui commencera le 15 mars, de vouloir bien en demander l'autorisation à M. le ministre, par l'intermédiaire de la Faculté. Les demandes devront être déposées au secrétariat de la Faculté, avant le 1er février 1877.

Mortalité a Paris. — Population, d'après le recensement de 1872. — 1,851,792 habitants. Pendant la semaine finissant le 30 novembre 1876, on a constaté 1,033 décès : soit 29 décès par mille habitants et pour l'année, savoir : variole, 7 ; rougeole, 7 ; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 105 ; érysipèle, 2 ; bronchite aiguë, 52 ; pneumonie, 60 ; dyssenterie, » ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2 ; choléra nostras, » ; angine couenneuse, 21 ; croup, 30 ; affections puerpérales, 3 ; autres affections aiguës, 213 ; affections chroniques, 462 dont 162 dues à la phthisie pulmonaire, affections chirurgicales, 42 ; causes accidentelles, 26.

Londres. — Population ; 3,489,428 hab. Décès du 19 au 25 novembre 1876, 1.501 : variole, 43 ; rougeole, 27 ; scarlatine, 42 ; fièvre typhoïde, 4 ; érysipèle, 8 ; bronchite, 284 ; pneumonie, 102 ; dyssenterie, » ; diarrhée, 7 ; choléra nostras, » ; diphthérie, 1[illegible] ; croup, 10 ; coqueluche, 23.

— Pendant la semaine finissant le 7 décembre 1876, il a été déclaré 937 décès, soit 263 décès par 1000 habitants et pour l'année, savoir : variole 9 ; rougeole 20 ; scarlatine 3 ; fièvre typhoïde 86 ; érysipèle 2 ; bronchite aiguë 35 ; pneumonie 56 ; dysenterie » ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants 1 ; choléra nostras » ; angine couenneuse 15 ; croup, 32 ; affections puerpérales 4 ; autres affections aiguës 211 ; affections chroniques 405, dont 153 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales 43 ; causes accidentelles 27.

Concours. — *Internat.* Questions : lundi 4 décembre, *dure-mère ; symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse.* Jeudi 7 décembre : *Diaphragme ; symptômes de l'angine de poitrine.*

Externat : jeudi 30 novembre, *vaccin et vaccination ;* samedi 2 décembre, *moyens hémostatiques ;* mardi 5 décembre, *signes de fractures des os longs.* Jeudi 7 décembre : *Symptômes et diagnostic de la rougeole.*

Hopitaux de Lyon. — Le concours pour le majorat de la Charité, vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Michaud, ancien interne des hôpitaux de Paris. Nous sommes heureux de lui adresser nos plus sincères félicitations.

Faculté de médecine de Montpellier. Par décret en date du 30 novembre 1876, M. Fonssagrives, professeur d'hygiène, est transféré sur sa demande dans une chaire de thérapeutique et matière médicale. — Par arrêté en date du 4 décembre 1876, la chaire d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Vacances médicales. — Un jeune docteur, ancien interne des hôpitaux de Paris, désirerait une clientèle à Paris ou dans les environs. — S'adresser aux bureaux du *Progrès, de midi à 5 heures.* — La commune de Saint-Martin-des-Besaces (Calvados), possédait deux docteurs en médecine qui sont morts depuis environ quatre mois : Position exceptionnellement avantageuse pour un jeune docteur. A prendre immédiatement. — A céder immédiatement clientèle médicale produisant de onze à douze mille francs, dans une petite ville à proximité du chemin de fer de Paris à Cherbourg, à trois heures de Paris. — S'adresser à M. de Sainte-Marie, rue d'Aumale, n° 26.

Chronique des hôpitaux.

Mutations dans les hôpitaux. — Par suite de la nomination de MM. les docteurs Moissenet, Woillez et Matice comme médecins honoraires des hôpitaux, du décès de MM. les docteurs Béhier, Axenfeld et Isambert, les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans les hôpitaux de Paris :

M. le docteur Millard passe de l'hôpital Lariboisière à l'hôpital Beaujon ; — M. le Dr Laboulbène passe de l'hopital Necker à l'hôpital de la Charité ; — M. le Dr J. Guyot passe de l'hôpital Lariboisière à l'hôpital Beaujon ; — M. le Dr Féréol passe de la Maison municipale de santé à l'hôpital Lariboisière ; — M. le Dr Peter passe de l'hôpital Saint-Antoine à l'hôpital de la Pitié ; — M. le Dr Blachez passe de l'hôpital des Enfants-Malades à l'hopital Necker ; — M. le docteur Proust passe de l'hôpital St-Antoine à l'hôpital Lariboisière ; — M. le Dr Ollivier passe de l'hospice d'Ivry à l'hôpital Lariboisière ; — M. le docteur Molland passe de l'hôpital Saint-Antoine à l'hôpital des Enfants-Malades ; — M. le Dr Ball passe de l'hôpital de Lourcine à l'hôpital Saint-Antoine ; — M. le Dr Beaumetz passe de l'hospice La Rochefoucauld à l'hôpital Saint-Antoine ; — M. le Dr Fernet passe du service des Nourrices à l'hôpital Saint-Antoine ; — M. le Dr Lécorché, médecin du Bureau central, est nommé médecin de la Maison municipale de santé ; — M. le Dr Damaschino, médecin du Bureau central, est nommé médecin de l'hospice La Rochefoucauld ; — M. le Dr Martineau, médecin du Bureau central, est nommé médecin de l'hôpital de Lourcine ; — M. le Dr Hayem, médecin du Bureau central, est nommé médecin de la Direction des nourrices ; — M. le Dr Ferrand, médecin du Bureau central, est nommé médecin de l'hospice d'Ivry. — La place de M. Moissenet, à l'Hôtel-Dieu, est supprimée.

Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. Meynet. Visite à 9 h. Consultations le mardi. Spéculum le vendredi. Salle Sainte-Cécile : 3, lésions cardiaques multiples ; 8, aphasie ; 14, contracture hystérique ; 18. hémorrhagie intestinale ; 25, lésions cardiaques ; suites de couches. — Salle Saint-Hilaire : 4, insuffisance mitrale ; 5, empyème ; 6, aphasie ; 7, emphysème et insuffisance tricuspide ; 10, 12, myélite ; 14, ataxie locomotrice ; 22, pleurésie ; 38, 39, fièvre typhoïde ; 48, hématurie.

Service de M. Peter. Visite à 9 h. Salle Saint-Adélaïde : 7, diabète ; 10, néphrite ; 16, fièvre typhoïde ; 23, scrofulose sénile ; 24, occlusion intestinale. — Salle Saint-Antoine ; 2 emphysème et affection cardiaque ; 26, pleurésie et thoracentèse ; 20, insuffisance aortique et cirrhose ; 34, paralysie saturnine. — Consultations le mercredi et spéculum le vendredi.

Service de M. Constantin PAUL. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le jeudi. Spéculum le samedi. Salle Saint-Louis : 22, péritonite tuberculeuse; 18, arthrite coxo-fémorale. — Salle Sainte-Thérèse : 24, lupus de la face et du pharynx, phthisie et carcinome utérin.

Service de M. BROUARDEL. Consultation le vendredi. Salle Saint-Augustin : 2, emphysème et bronchite; 4, rhumatisme articulaire; 5, alcoolisme; 8, albuminurie aiguë; 15, rhumatisme subaigu; 18, delirium tremens. — Salle Sainte-Geneviève : 4, pachyméningite cérébrale; 3, fièvre typhoïde; 7, albuminurie.

Service de M. PROUST. Visite à 9 h. Maladies professionnelles et maladies nerveuses, consultation le lundi. Spéculum le jeudi. Salle St-Eloi : 1, cancer de l'estomac; 2, insuffisance et rétrécissement aortique; 6, ataxie locomotrice; 9, atrophie musculaire progressive; 14, myélite; 34, paralysie agitante ; 35, syphilis cérébrale ; 56, paralysie saturnine; 47, atrophie musculaire progressive. — Salle Sainte-Jeanne : 4, phlegmatia alba dolens ; 7, 7, néphrite ; 1 anévrisme de l'aorte.

Service de M. LANCEREAUX. Visite à 8 h. 1/2. Salle Saint-Lazare : 1, rhumatisme articulaire aigu ; 5, 6, 7, fièvre typhoïde. — Salle Sainte-Agathe : 1, néphrite ; 2, hystérie ; 10, éruption syphilitique avec fièvre.

Service de M. TERRILLON. Visite à 8 h. 1/2. Consultations, mardi, jeudi, samedi. Leçons le vendredi. Salle Saint-Christophe : 14, plaie par arme à feu; 16, rétrécissement spasmodique de l'urèthre ; 19, plaie de l'abdomen ; 22, ostéo-périostite. — Pavillon H : 14, anthrax du dos ; 27, laryngite ulcéreuse.

Service de M. ANGER. Visite à 9 h. Salle Sainte-Marthe : 11, kyste de l'ovaire ; 20, phlegmon diffus ; 7, phlegmon oculaire. — Salle Saint-Barnabé : 2, rupture du ligament rotulien ; 7, fracture du fémur ; 17, cataracte traumatique ; 32, infiltration urineuse.

Hôpital Cochin. — *Médecine.* Service de M. B[illegible]. Visite à 8 h. 1/2. Salle St-Jean (H.): 1, cancer de l'œsophage; 2, 5, 7, 12, 13, 14, 1[illegible], fièvre typhoïde; 6, rhumatisme articulaire; 7, anévrysme de l'aorte; 1[illegible], cirrhose hépatique; 20, aphasie; 22, pleurésie; 23, ulcération tuberculeuse de la langue; 24, 25, paralysie saturnine. — Salle St-Philippe (F.): 1, ataxie locomotrice; 6, 7, 8, 22, fièvre typhoïde; 15, syphilis cérébrale; 17, asystolie; 1[illegible], angine scrofuleuse; 20, rhumatisme articulaire aigu. — Salle Ste-Marie (F.) 10, rétrécissement mitral.

Chirurgie. Service de M. DESPRÉS. Baraque I (H.): 6, tumeur blanche du coude; 7, fistule de la glande de Cowper; 31, amputation de jambe; [illegible], tumeur lacrymale. — Baraque II (H.): 2, nécrose de la première phalange du pouce; 4, amputation sous-astragalienne; 15, ophthalmie purulente; [illegible], calculs du rein; 23, fistule lymphatique consécutive à une adénite inguinale ; 25, castration pour un carcinome du testicule. — Salle Cochin (H.) : 12, kératite cachectique, hernie de l'iris, 13, abcès phlegmoneux des parois thoraciques; 23, cystite, orchite; 24, luxation du coude en avant sans fracture de l'olécrâne avec large ouverture de l'articulation (20 jours); 10, contusion chronique du talon; 1, lymphadénomes. (F.), 1 rétrécissement du rectum: 8, hernie crurale étranglée le 6e jour, 10, loupes du cuir chevelu, ablation avec l'instrument tranchant, opéré ; 16, abcès lymphatiques intra-mammaires: 98, polype de l'utérus, 25, épistaxie supplémentaire.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

Le Progrès Médical

MALADIES DE LA PEAU

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LAILLER.

Des teignes.

Leçons recueillies par LANDOUZY, revues par le professeur (1).

IIe LEÇON. — Teigne faveuse.

SOMMAIRE.—Aspect et odeur des godets faviques.—Contagion; inoculation du favus. — Diagnostic microscopique ; achorion Schœnleinii. — Variétés de la teigne faveuse. — Etat et décoloration des cheveux. — Aspect du cuir chevelu chez les faviques épilés et non épilés. — Lenteur de la repousse dans le favus. — Siége habituel et presque exclusif du favus. — Le favus des adultes est toujours récidivant. — Origine rurale du favus. — Diagnostic du favus. — Pronostic. — Durée. — Traitement local (épilation) et général. — Examens répétés des têtes après guérison.

Messieurs,

La conférence de ce jour sera consacrée à l'étude de la teigne faveuse dont je vous montrerai plusieurs échantillons, les uns en voie de guérison, un autre presque vierge de toute intervention thérapeutique chez une petite fille arrivée hier de la campagne.

Le favus désigné par Lorry sous le nom de Tinea favosa, par Willan sous le nom de Porrigo-favosa, par Bateman enfin sous le nom de Porrigo lupinosa et favosa, semble avoir été connu de tous temps, mais avoir été confondu avec les diverses affections du cuir chevelu jusqu'au moment où Lorry et les médecins anglais l'étudièrent comme maladie distincte.

Le favus est caractérisé, à sa période d'état, par l'apparition sur le cuir chevelu ou quelque autre partie du corps, de croûtes sèches d'un beau jaune-soufre, plus ou moins épaisses et larges suivant leur ancienneté, croûtes fortement enchâssées dans le derme, déprimées en godets, offrant sur leur cassure un aspect franchement pulvérulent.

Tantôt ces godets émergent de la peau qui est rouge et leur forme comme une auréole qui se détache nettement sur le godet d'un jaune d'or; tantôt les croûtes faviques sont mêlées à des croûtes purulentes et à des masses squammeuses qui témoignent d'une irritation produite par le parasite ou par les grattages.

Le favus détermine assez rapidement une décoloration des cheveux qui apparaissent ternes, comme atrophiés, et ne tardent pas à tomber; d'où une alopécie passagère ou définitive presque constante, l'alopécie définitive partielle s'observant encore plus fréquemment qu'on ne le suppose chez les sujets qui gardent leur favus pendant dix et vingt années ; je vous ai montré, dans le pavillon Saint-Mathieu, un jardinier de dix-neuf ans, atteint de favus du cuir chevelu depuis son enfance, qui porte sur les régions pariétales de larges plaques d'aspect lisse sur lesquelles jamais les cheveux ne repousseront. Ce malade est entré, vous vous le rappelez, avec des godets couvrant le sinciput et la nuque, les seuls points sur lesquels il lui pousse encore des cheveux.

Le favus exhale une odeur caractéristique qu'on a comparée avec beaucoup de justesse à l'odeur de souris et que vous devez rechercher comme un bon élément de diagnostic, d'autant, qu'il suffit d'avoir bien constaté une fois cette odeur pour la reconnaître facilement.

La teigne faveuse est contagieuse, c'est là, Messieurs, une notion presque contemporaine car vous savez que Alibert, après avoir discuté cette question, s'était déclaré pour la négative.

La contagion est aujourd'hui admise sans conteste : des faits éclatants, dont vous trouverez le plus grand nombre dans le livre d'Anderson, la rendent indiscutable, surtout quand on les rapproche des expériences d'inoculation faites sur l'homme et sur les animaux.

Le début du favus est insidieux, aussi, dans les conditions ordinaires de contagion a-t-il toujours échappé à l'attention des parents. Les seuls cas dans lesquels le favus ait pu être surpris à ses débuts sont des cas d'inoculation. C'est ainsi, que M. Bazin, a pu, sur la jambe d'un enfant chez lequel il avait, par inoculation, déposé des spores, voir, au point même où la lancette avait déposé le parasite, apparaître de la rougeur qui rapidement a pris la forme d'un cercle, le centre ayant de la tendance à s'éteindre tandis que la périphérie allait s'élargissant. Dans ce point piqué on vit se produire un soulèvement épidermique lequel, s'accusant surtout à la périphérie, se déprima au centre et prit ainsi la forme de godet. Vous pouvez suivre les détails de cette expérience sur un dessin que M. Bazin fit faire d'après nature et qui est déposé au musée de cet hôpital sous le n° 213. Dans le cas que je vous cite, il fallut quarante jours pour que le godet arrivât à présenter les caractères de forme, de volume et de coloration typiques que j'énonçais tout à l'heure.

Vous pouvez voir, sur la tête de l'enfant que nous avons reçue hier, que ceux des godets qui sont isolés sont traversés par un cheveu, c'est là un caractère presque constant.

L'apparence du favus, pour être toujours au fond la même, varie un peu suivant le siége qu'il occupe et suivant aussi l'époque de son apparition : c'est ainsi que, dans le cas d'une récidive, vous verrez l'éruption se faire sur le cuir chevelu avec des caractères qu'il faut bien connaître.

Dans le cas d'une récidive, vous verrez, messieurs, après huit ou dix jours d'épilation, se former, çà et là, à l'orifice des follicules pileux, une pustule miliaire contenant un liquide jaunâtre, purulent, que l'examen microscopique vous montrera être constitué par des leucocytes.

Ces pustules, vous les verrez se sécher sans se rompre, et six ou huit jours après leur éclosion, prendre la forme d'un godet par élévation de leur circonférence et affaissement de leur centre. Ce début constant des récidives par une pustule justifiait jusqu'à un certain point l'opinion de M. Cazenave qui, il y a vingt ans, écrivait que le favus est une affection pustuleuse.

Vous verrez, Messieurs, les godets une fois constitués, se déformer, vous verrez leur dépression centrale s'effacer en partie, vous verrez les croûtes se fondre, pour ainsi dire, par leurs bords et arriver à former de véritables plaques d'épaisseur et d'aspect variables dont l'apparence peut, à un certain moment et dans certains cas, rendre le diagnostic douteux et nécessiter l'examen microscopique.

Cet examen sera fait avec un grossissement de 200 à 300 diamètres : portant sous le champ du microscope de cette poussière jaune-soufre que vous prendrez sur les godets avec la pointe d'une épingle ou d'une lancette, vous verrez facilement, surtout si vous prenez soin de dissocier cette poussière dans l'ammoniaque, vous verrez que la substance pulvérulente des godets faviques est constituée par des spores et des tubes qui caractérisent un parasite végétal découvert en 1839 par Schœnlein et que l'on décrit, depuis Remak, sous le nom d'achorion Schœnleinii. C'est ce même parasite que Lebert décrit sous le nom d'oïdium Schœnleinii, Gruby sous le nom de porrigophyte, et M. Bazin sous le nom de champignon de la teigne urcéolaire et scutiforme.

Les spores que vous trouverez toujours abondants dans les préparations ont un diamètre qui varie de 3μ à 7μ, ils

(1) Voir les nos 45 et 46.

sont arrondies, mais plutôt ovoïdes que sphériques. Ces spores sont isolés ou en groupes, mais toujours isolables : tantôt ils apparaissent groupés sans ordre, tantôt réunis bout à bout ou ramifiés. Toujours ces spores sont entremêlés de tubes dits tubes de mycélium, dont les uns, étroits, allongés, sont presque toujours vides, les autres, plus larges, tubes sporophores, renferment des spores qui semblent se former dans leur intérieur pour s'isoler ensuite.

L'origine première de l'achorion est fort incertaine, et pourtant il y aurait pour le médecin un intérêt considérable à savoir d'où vient ce parasite, quelles métamorphoses il subit, et aux dépens de quels éléments il se développe avant de revêtir la forme que je viens de vous décrire : la prophylaxie et l'histoire naturelle profiteront de ces connaissances qui nous manquent et que nous donneront peut-être les essais de culture des champignons tentés par quelques auteurs. Suivant Hallier, d'Iéna, qui a publié déjà d'intéressants travaux sur le sujet qui nous occupe, l'achorion Schœnleinii dériverait du Penicillium glaucum, qui n'est autre, comme vous le savez, que la moisissure du Roquefort. Je dois ajouter, pour ceux d'entre vous que la question intéresserait particulièrement, que M. Nyström nous a dit avoir, par la culture, ramené l'achorion à sa forme soi disant primitive, c'est-à-dire à la forme de penicillium glaucum.

Ce sont là des faits pleins d'intérêt, mais encore à l'étude, à telle enseigne, que vous trouverez rapportés dans la thèse de M. Girard, ancien interne des hôpitaux de Lyon, des essais de culture de l'achorion Schœnleinii tentés par M. Gailleton, essais qui échouèrent complétement.

Le développement du favus se fait primitivement et surtout aux dépens des follicules pileux et des poils, pour, de là, se localiser entre la couche cornée et la couche profonde de l'épiderme; mais, de ce que l'envahissement soit surtout épidermique et de ce que le favus ait une grande tendance à germer au dehors par refoulement des lames épidermiques, il ne s'en suit pas qu'il ne pousse aucun prolongement dans le derme lui-même. Des coupes de la peau, faites perpendiculairement à sa surface, permettent, comme vous pouvez en juger sur ce dessin dû à M. Malassez, de voir que des tubes de mycélium s'infiltrent au milieu des faisceaux conjonctifs du derme et peuvent ainsi pénétrer la peau assez profondément.

Vous n'observerez pas toujours, Messieurs, le favus sous un seul et même aspect : ce sont ces aspects différents de la maladie qui correspondent aux divers degrés de son évolution qui ont fait admettre à M. Bazin trois variétés de teigne faveuse : 1° le favus urcéolaire; 2° le favus scutiforme, et 3° le favus squarreux. Ces dénominations qui correspondent à l'aspect de l'éruption n'ont pas, je dois vous le dire, une extrême importance d'autant qu'il vous arrivera d'observer sur un même sujet chacun des degrés de la maladie.

Ce nom de favus urcéolaire ou en godet s'applique surtout au favus qui commence, au favus discret dont les godets encore isolés ont gardé leur forme caractéristique : c'est cette forme qu'on observe presque exclusivement sur le tronc ou sur les membres comme je vous en ai montré, il y a peu de temps, un cas à la consultation, sur une petite fille qui portait un godet type sur le deltoïde gauche.

Sous le nom de favus scutiforme, M. Bazin désigne la teigne faveuse nummulaire, par confluence de quelques godets. C'est à cette variété que le public avait donné le nom imagé de teigne aux petits écus.

Quant au favus squarreux, montagneux ou en galette, vous l'observerez chez les sujets infectés depuis longtemps déjà, comme chez notre nouvelle petite malade dont je vous ai parlé maintes fois déjà.

Les cheveux, je vous l'ai fait voir chez plusieurs de nos malades, sont altérés dans le favus : si, au début, leur altération n'est pas appréciable à un examen macroscopique, à la période d'état, l'altération est assez intense pour entraîner une décoloration complète qui leur donne une teinte gris-souris caractéristique : cette teinte se voit sur de larges plaques qui vont s'étendant au fur et à mesure que l'affection parasitaire gagne du terrain. Si, Messieurs, vous examinez quelques-uns de ces cheveux au microscope, vous les trouverez atrophiés, amincis, à surface inégale, usés par places, comme érodés par un acide. Cette atrophie du cheveu vous explique sa fragilité dont maintes fois nous vous avons rendu témoins. Mais, il est une autre cause encore de fragilité, c'est l'infiltration du cheveu par les spores, infiltration parfois assez pénétrante pour dissocier les éléments constitutifs du cheveu. Cette infiltration incontestable, est, d'une façon générale, beaucoup moins intense dans le favus que dans la tondante et vous ne devrez pas chercher ailleurs la cause de ce fait que vous connaissez tous, de la fragilité plus grande, de la cassure plus facile des cheveux dans la tondante. Ce n'est pas seulement la tige du cheveu que vous verrez atrophiée dans le favus, c'est sa racine, c'est le bouton manifestement plus mince que celui d'un cheveu sain : vous remarquerez de plus, et c'est là un petit caractère qui a bien son importance, que le bouton des cheveux malades au lieu de se trouver dans l'axe du cheveu, forme avec cet axe un certain angle obtus, ce qui figure assez exactement une petite crosse.

Enfin, les cheveux qu'on arrache sur une plaque de favus, portent avec eux leur gaîne épidermique qui leur forme une enveloppe transparente comme gélatineuse.

La tête des teigneux présente, après la chute des croûtes faviques, un aspect caractéristique que vous devez connaître, car il pourra, Messieurs, vous arriver de n'avoir pas d'autre élément pour formuler un diagnostic rétrospectif. Dans les cas où le malade se présentera à vous peu de temps après la chute de ses croûtes, son derme sera rouge, lisse et les orifices pileux apparaîtront plus nets que sur un cuir chevelu sain.

Dans le cas où le malade se présenterait avec une peau glabre et qui ne serait qu'une réunion de surfaces cicatricielles, vous pourriez presque en toute sûreté dire qu'il s'est agi là d'un favus invétéré qui a fini faute d'aliments et qui ne s'est terminé qu'avec une alopécie généralisée et irrémédiable.

Même après une épilation, vous pourrez, Messieurs, dans la grande majorité des cas, reconnaître qu'il s'agit d'un favus : c'est que, dans le cas de favus, le cuir chevelu du favique récemment épilé est d'un rouge luisant, vernissé que vous ne rencontrerez pas chez les autres teigneux épilés, c'est que, encore, les contours des surfaces malades sont absolument nets.

Si j'insiste, Messieurs, sur ces différents caractères qui vous paraissent peut-être des nuances, c'est que, dans l'espèce, ces nuances sont capitales, c'est que aussi, dans la pratique, vous ne sauriez avoir trop de tous les caractères pour vous prononcer dans certains cas difficiles que je vous ferai connaître à propos du diagnostic. (*A suivre*).

Concours et administrations hospitalières. — La Commission administrative de l'hôpital civil de Mustapha (Algérie), avait annoncé, par voie d'affiche pour le 13 novembre 1876, un concours pour un emploi de médecin-adjoint et deux emplois de chirurgiens-adjoints. M. le directeur de l'Ecole de médecine d'Alger, fit remarquer dans l'*Alger médical* la brièveté du temps laissé entre l'annonce de ces concours et le commencement des épreuves (trois mois) et l'avantage qu'il y aurait à tous les points de vue à reculer cette époque. Rappelant en outre à l'administration que les concours doivent être annoncés au moins six mois à l'avance, il exprimait l'espérance de voir différer les concours d'Alger. L'administration hospitalière, soucieuse des intérêts qui lui sont confiés, a tenu compte des justes observations présentées par le docteur Texier, et vient, par une affiche rectificative contresignée par le Préfet, de renvoyer les concours au 19 février 1877.

A Lyon l'administration des hôpitaux civils a dérogé, sans cause urgente, et uniquement pour faire acte d'autorité, à une règle sanctionnée par un long usage, en annonçant quatre mois seulement à l'avance, un concours pour l'Hôtel-Dieu. L'observation présentée par nous, à ce sujet, dans le numéro du 19 novembre, n'a eu d'autre effet que de faire apposer l'affiche le lendemain. Il reste donc un fait accompli et nous ne comptons pas sur l'autorité du Préfet pour engager l'administration hospitalière de Lyon à suivre l'exemple de celle d'Alger. — (*Lyon médical*).

MÉDECINE LÉGALE

Les Skoptzy ;

Par **TEINTURIER.**

Entre les nombreuses sectes religieuses que possède la Russie, il en est une dont les membres, comme moyen d'atteindre à leur idéal de sainteté, préconisent et pratiquent des mutilations caractéristiques, variables suivant les sexes, mais portant toujours, à divers degrés, sur les organes de la génération. Devant cette singulière hérésie, le gouvernement russe n'est pas resté indifférent; il a ordonné des poursuites judiciaires (1). Des questions médico-légales se sont par là même posées devant les tribunaux, qui en ont demandé la solution à la science. Conseiller privé de l'empire, président du conseil de médecine, directeur du département médical, le docteur E. Pélikan était mieux placé que personne pour mettre à profit les résultats des enquêtes et en tirer les conclusions scientifiques. C'est de son travail (2) que nous allons essayer de présenter un résumé à nos lecteurs. Modifiant un peu l'ordre suivi par l'auteur, nous étudierons avec lui d'abord ce qu'est la secte, puis ses pratiques spéciales et leurs conséquences, et enfin les problèmes médico-légaux que celles-ci soulèvent en raison de leur ressemblance avec des lésions analogues ayant une autre origine.

Les *skoptzy*, c'est-à-dire les châtrés, de leur nom vulgaire, ou les *blanches-colombes*, comme ils s'appellent eux-mêmes, sont issus vers 1757 d'une autre secte, les *Khlisti* ou flagellants dont le procédé, pour dompter la chair, consisterait au contraire, dit-on, à la fatiguer en la rassasiant. L'inventeur de la nouvelle secte fut un paysan du gouvernement d'Orloff, André Iwanow qui recruta d'abord treize disciples et les opéra lui-même. Mais le vrai fondateur, le véritable hérésiarque est un certain *Kondrati Sseliwanow*, dont la secte reçut une impulsion telle que le gouvernement intervint. Dûment knouté, Iwanow alla mourir en Sibérie; Sseliwanow, plus heureux ou plus habile, se cacha dans le gouvernement de Tambow, où, de concert avec Schilow, il continua sa propagande. Son arrestation ultérieure à Moscou, la condamnation aux travaux forcés de ses disciples, n'arrêtèrent pas les progrès de la secte; seulement Sseliwanow passa au rang de « Sauveur, » de « fils de Dieu. » Paul I le fit revenir de Sibérie et l'enferma, après l'avoir vu, dans un asile d'aliénés; Alexandre I, après une entrevue avec lui, le transféra dans un hospice où il remplit quelques fonctions subalternes: plus tard un conseiller d'Etat converti par lui, le chambellan Alexis Jelansky, obtint sa mise en liberté. C'était l'époque où Alexandre Ier, éclairé, comme il disait, par l'incendie de Moscou, passait de l'incrédulité au mysticisme et entraînait avec lui toute la haute société russe; c'était le beau temps des sectes. Les skoptzy profitèrent de la tolérance générale; leurs réunions dans la maison qu'habitait Sseliwanow, dans la céleste Sion, la nouvelle Jérusalem, n'étaient point troublées par la police qui ne pouvait inquiéter un homme regardé comme un saint par l'amie d'Alexandre Ier, la baronne de Krüdner. Aussi bientôt y eut-il des skoptzy par toute la Russie, dans les villages de Crimée comme à la cour. Ce fut au palais impérial de Michaïloff, chez la colonelle Tatarinow, dans une *nef* (3) ou assemblée de sectaires qu'eurent lieu les premières mutilations de femmes connues. — Cependant les entrevues du Sauveur Sseliwanow avec les empereurs Paul et Alexandre suggérèrent à quelques adeptes l'idée de le représenter lui-même comme étant l'empereur Pierre III. En même temps apparaissait la Mère de Dieu; c'était une bourgeoise de Lebedjan, Katassanowa, femme d'une rare beauté, qui jouait ce rôle, tout en se donnant pour la femme séparée du czaréwitch Constantin, la grande-duchesse Anna Feodorowna, ou pour Hélène, fille du czar Paul. Cette couleur politique donnée à la secte provoqua des rigueurs : en 1820, Sseliwanow fut enfermé dans le cloître de Spasso-Euphémius, où il mourut en 1832, et bon nombre de ses disciples au couvent de Ssolowetzky. Parmi eux était le capitaine d'état-major Ssosonowitch qui révéla tous les secrets de la secte à l'archimandrite.

La légende était constituée. Pour les skoptzy, Sseliwanow, le Christ, le Sauveur, le fils de Dieu, est Pierre III Féodorowitch, né en Holstein, par l'opération du Saint-Esprit, de l'impératrice Elisabeth Pétrowna, vierge immaculée. Celle-ci, après deux ans de règne, abandonna le trône à une de ses amies, et alla finir ses jours dans le gouvernement d'Orloff, sous le nom d'Akulina Iwanowna. Pierre III, le Christ Skopetz, se maria après son retour en Russie à Catherine II qui, reconnaissant l'impuissance (1) de son mari, conspira contre sa vie. Instruit du complot, Pierre III s'échappa du palais de Ropscha sous les habits d'un garde qui fut tué à sa place, et enterré avec tous les honneurs impériaux pour cacher l'erreur. Alors commencèrent les pérégrinations du Sauveur qui prêcha partout (même à l'étranger) la nécessité du « baptême de feu », opérant de nombreuses castrations. Envoyé en Sibérie, il en fut rappelé par Paul Ier qui ayant appris l'existence de son père (?), se proposait de lui rendre la couronnne. Mais le Sauveur ne voulant reconnaître son fils que s'il se laissait châtrer, Paul le confina dans un hospice de Saint-Péterbourg. Alexandre Ier lui rendit la liberté et s'enrôla avec sa femme parmi les élus. Par malheur ceux-ci se prévalurent de l'autorité terrestre du czar qui, mécontent, enferma le sauveur dans un cloître. Ce sauveur vit encore et reviendra de la France ou de l'Est (la Sibérie) avec ses armées pour occuper le trône de toutes les Russies, ouvrir le jugement dernier et opérer la castration universelle. Avant cette seconde apparition du Christ, l'Antechrist devait venir : il s'est manifesté sous la forme de Napoléon Ier, bâtard du diable et de Catherine II; aujourd'hui, retenu en Turquie, il en reviendra converti, c'est-à-dire châtré.

Poussés par la conviction que le millénium arrivera, que le Christ reviendra quand leur nombre aura atteint le chiffre apocalyptique de 144.000, les skoptzy se distinguent par une ardeur de prosélytisme qui n'appartient à nulle autre secte, prenant à tâche d'augmenter le nombre de leurs adhérents par tous les moyens; on les a même accusés de recourir à la violence, mais ce n'est pas prouvé. Ils s'efforcent d'abord de miner la foi dans l'enseignement de l'Eglise orthodoxe, et l'éducation religieuse des masses les dispense de grands efforts de dialectique. Leur principal argument consiste à faire ressortir combien la conduite des croyants orthodoxes et surtout des prêtres, est peu conforme aux doctrines qu'ils professent, et à mettre en regard de ces mœurs relâchées, la vie chaste, les jeûnes continuels, l'abstention des liqueurs fortes, l'éloignement des jeux et des fêtes que pratiquent les blanches-colombes. De leur austérité, le novice conclut facilement à la vérité de leur religion. Il n'est bientôt plus arrêté que par la nécessité de la castration. Les adeptes savent alors recourir à des arguments appropriés aux circonstances (2). A ceux qui croient aux textes, ils prodiguent les citations, prises tantôt dans la Bible (3), tantôt dans des livres religieux très-ré-

(1) La loi condamne les skoptzy aux travaux forcés dans les provinces sibériennes les plus éloignées.

(2) Gerichtlich-medicinische Untersuchungen über das *Skopzenthum in Russland,* von E. *Pélikan*, übersetzt von N. Iwanoff. — Saint-Pétersbourg 1876.

(3) Le mot russe que nous traduisons par *nef*, a le double sens de vaisseau et d'église.

(1) On dit que Pierre III était réellement devenu impuissant à la suite d'une opération de taille mal exécutée.

(2) Ils savent aussi saisir les occasions de faire des recrues par surprise. Un marchand souffrant d'érections fréquentes, deux skoptzy essayèrent d'abord de l'amener à se châtrer; ne pouvant le persuader, ils lui conseillèrent de s'introduire dans le canal un de ces petits cierges qui brûlent devant les images des saints. Le cierge tomba dans la vessie et il fallut une opération pour le retirer.

(3) Il y en a qui sont eunuques dès le ventre de leur mère; il y en a qui ont été faits eunuques par les hommes, et il y en a qui se sont faits eunuques eux-mêmes pour le royaume des cieux. Que celui qui peut entendre, entende. — S. Mathieu XIX, 12. Heureuses les femmes stériles; heureuses les

pandus. Et les dispositions intellectuelles des paysans russes préparent admirablement le succès des prédications des skoptzy; ainsi deux sectaires ont déclaré s'être castrés eux-mêmes après avoir lu ces lignes du *Guide au royaume céleste* : « Chez quelques-uns le mal (le péché) est si profond et si dangereux qu'il ne peut être guéri que par le fer et le feu ». — Quant aux suites de l'opération, les douleurs qu'elle cause sont présentées comme un martyre volontaire et d'autant plus méritoire, les persécutions auxquelles elle expose comme la lutte de l'esprit de ténèbres contre l'esprit de lumière. Enfin, tant que le néophyte n'est pas confirmé dans la foi, on reporte la castration à une époque indéterminée, ce qui n'empêche pas de le recevoir dans la secte en prenant soin toutefois de le lier par des serments et des vœux. Pour d'autres, les skoptzy se servent d'appâts plus grossiers; ils leur offrent de l'argent. Ils s'adressent surtout aux condamnés qu'ils vont visiter dans la prison, sous prétexte de leur porter des aumônes et qu'ils opèrent sur place; parfois ils racolent simplement des passants, et trouvent des amateurs qui se contentent de 150 roubles. Les entremetteurs, dans ces cas, sont quelquefois des gens qui n'appartiennent pas ostensiblement à la secte, ou des membres mineurs d'une famille de skoptzy. — Une autre méthode de propagande, un peu plus compliquée et plus longue, consiste à prêter de l'argent à des gens nécessiteux, sous couleur de charité, mais contre titres légaux qu'à l'échéance on renouvelle en suivant les procédés habituels des usuriers. Puis, arrive un moment où l'infortuné débiteur est, par ces Shylocks modernes, mis en demeure d'opter entre la ruine absolue pour lui et sa famille et l'initiation à la secte. — Un autre système est de prendre en service, ou plutôt d'acheter des enfants, surtout des garçons. C'est, en effet, une véritable vente qui s'effectue sous le nom de contrat de louage ou d'apprentissage, contrat qui met l'enfant à l'absolue disposition du maître, en échange d'un salaire qui passe tout entier aux mains des parents, et peut atteindre un prix élevé, jusqu'à 1,000 roubles argent. Souvent l'affaire est traitée par un courtier et les parents, ignorant sa résidence, n'ont plus que des nouvelles indirectes de l'enfant qui, soigneusement isolé, habilement circonvenu, incapable de comprendre la gravité de l'opération, caressé, séduit, menacé, ne tarde pas à se laisser faire. On ignore combien d'enfants au service de skoptzy échappent à la castration, mais il est vraisemblable qu'il y a en fort peu, car les skoptzy savent exercer sur leurs enfants et leurs apprentis une influence qui les réduit à l'état d'automates. Dès qu'il est entre les mains d'un skoptzy, un enfant est perdu pour la société ; il est bientôt profondément imbu de l'esprit de la secte et ment avec une effronterie et une obstination incroyables. On a vu des petites filles de dix, de neuf et de sept ans affirmer obstinément devant les tribunaux qu'elles s'étaient elles-mêmes enlevé les mamelons des seins. Une enfant non encore mutilée disait qu'elle le ferait quand elle serait grande pour rejoindre ses parents alors en prison; une autre déjà mutilée soutenait énergiquement qu'elle s'était opérée pour le salut de son âme, sans que personne lui en eût parlé. Des garçons de quatorze et quinze ans ont dit qu'ils s'étaient castrés pour obéir à l'évangile qu'ils avaient entendu lire à l'Eglise. Il est constant que des enfants de quatorze ans se sont opérés eux-mêmes avec une hache sur un tronc d'arbre. Depuis vingt-cinq ans seulement deux mineurs ont fait connaître celui qui les avait castrés, et ne parlèrent que sur la promesse formelle d'être protégés par l'autorité contre la vengeance de la secte.

Au point de vue commercial, la secte des skoptzy constitue une association de changeurs assez compacte, disposant de capitaux considérables. Les principaux centres de leurs opérations financières sont Moscou, Saint-Péterbourg, Morschansk, Odessa, Jassy et Bucharest ; c'est surtout à Moscou et à Saint-Pétersbourg qu'ils résident et qu'ils déposent leurs capitaux. A Saint-Pétersbourg, ils sont plus à portée de connaître les agissements de l'autorité et de prévenir leurs adhérents des provinces. Moscou les attire parce que là doit réapparaître d'abord le sauveur, Morschansk parce qu'elle est voisine de Ssosnofka, la Jérusalem des skoptzy. Autrefois, ils fourmillaient à Odessa, d'où ils pouvaient facilement expédier à l'étranger les nouveaux initiés et ceux qui désiraient l'être ; ils y sont aujourd'hui moins nombreux ; par contre les nefs de skoptzy s'accroissent tous les jours dans les provinces danubiennes.

Pour communiquer entre eux, les skoptzy ont recours aux moyens postaux ordinaires et aussi à des procédés de leur invention. La poste ne leur sert que rarement, et seulement pour le transport de valeurs ou de correspondances insignifiantes rédigées cependant en termes incompréhensibles pour les profanes. Dans les cas importants, ils usent exclusivement d'une poste spéciale instituée par eux et qui ne transporte pas de correspondances écrites, sauf quelques cas rares où il est fait usage d'un alphabet de convention; les communications se transmettent oralement par des *missionnaires* qui sont ou voyageurs ou sédentaires. Les premiers sont pour la plupart des protectecteurs en sous-ordre de la secte, rarement des skoptzy ; toujours munis d'argent et de passe-ports, ils voyagent pour enrôler les membres nouveaux, donner des nouvelles à leurs parents des enfants placés chez les skoptzy et apprendre aux sectaires les mesures prises par le gouvernement. Les missionnaires sédentaires font parvenir ces communications aux intéressés par des messagers fidèles et dans le plus grand secret ; ils indiquent aux voyageurs les gens disposés à se séparer de leurs enfants. Leurs rapports sont aussitôt vérifiés par les voyageurs qui emmènent l'enfant ou emportent la promesse des parents de l'amener eux-mêmes. Grâce à se système simple et rapide, les skoptzy ont toute facilité de se tenir au courant de ce qui se passe dans l'intérieur de la secte, de connaître à temps les mesures du gouvernement et d'en instruire les nefs plus sûrement et quelquefois plus vite que par la poste.

Les skoptzy possèdent une grande connaissance des lois et le talent de se tirer des mauvais pas à l'aide de subterfuges. Une de leurs ruses, d'invention récente, est de supposer de prétendus châtreurs : des gens castrés viennent d'eux-mêmes au tribunal déposer de leur état et accuser un compère qui ne manque pas d'avouer. Chacun y trouve son compte; ceux des accusateurs qui se sont coupés eux-mêmes échappent à l'action de la justice devant laquelle ils se présentent comme des victimes; le faux coupable passe pour un martyr de la foi et en tire des bénéfices ; enfin, les vrais châtreurs dépistent les agents de l'autorité.

Les skoptzy ont en commun avec les eunuques de l'Orient une extrême passion des richesses, exaltée encore chez eux par les besoins de leur propagande. Cette soif de l'or les entraîne à commettre divers délits. D'après Nadeschdin, il résulte des enquêtes légales faites à différentes époques et en différents endroits que les skoptzy sont les recéleurs jurés des vols d'objets en or et en argent qu'ils mettent au creuset ; qu'ils achètent des minerais et des lingots d'or dérobés aux mines ; qu'ils répandent dans la circulation des monnaies refondues et altérées, ainsi que de faux billets de banque. Leur avidité, selon lui, serait assez grande et assez puissante pour compromettre les intérêts de l'empire. Ils commanderaient la bourse et s'entendraient pour tirer profit de toutes les affaires de monnaie, de crédit ou de finance au détriment de la population. Mais il faut se tenir en garde contre les assertions de Nadeschdin qui

entrailles qui n'ont pas porté et les mamelles qui n'ont pas allaité. — S. Luc XXIII, 29.

Si ton pied ou ta main est une occasion de chute, coupe-le et jette-le loin de toi. — S. Mathieu, XVIII, 8, 9, — S. Marc IX, 43, 47.

Et l'eunuque ne doit pas dire : Voilà que je suis un arbre sec. Car le Seigneur a dit à l'eunuque : ceux qui observent mon sabbat et font ce qui m'est agréable, et gardent fidèlement mon alliance, je leur donnerai une place dans ma maison et entre mes murs et un nom meilleur; ils seront mes fils et mes filles; je leur donnerai un nom éternel et qui ne passera point. — Isaïe, XVI, 3, 4, 5.

accepte aveuglément toutes les accusations portées contre ces hérétiques.

D'autre part, il est reconnu que les skoptzy, en dehors des méfaits commis sous l'influence de leurs convictions religieuses, se conduisent honnêtement ; les meurtriers, les voleurs, les fripons sont rares parmi eux. Ils ont l'amour du travail, remplissent avec zèle et ponctualité leurs devoirs publics et de famille et mènent une vie régulière et bien ordonnée.

On ignore le nombre des affiliés à la secte ; d'après les chiffres officiels la police aurait découvert, de 1805 à 1871, un nombre total de 5.444 skoptzy, dont 3,979 hommes et 1,465 femmes. Il est hors de doute que bien d'autres ont échappé aux recherches de la police, sans qu'on puisse faire aucune conjecture sur leur nombre. Toutes les classes de la société sont représentées parmi les skoptzy ; on y trouve des nobles, des officiers de terre et de mer, des employés civils, des prêtres, des soldats, des bourgeois, des artisans et surtout des paysans. Les Russes y sont bien entendu en immense majorité ; cependant il y a aussi des sujets moldaves, turcs et autrichiens, dont la race n'est pas indiquée. Diverses religions apportent leur contingent d'apostats : d'une manière absolue, c'est le culte orthodoxe qui en fournit le plus ; viennent ensuite les vieux-croyants (*raskolniki*), les luthériens, les catholiques romains, les mahométans et les juifs ; le chiffre proportionnel est indéterminé. D'une façon générale, ce sont les mutilations les plus complètes que l'on rencontre le plus fréquemment ; les skoptzy incomplets échappant plus facilement aux investigations.

Le culte des skoptzy comporte deux espèces de cérémonies, les unes, ordinaires, habituelles, ont lieu surtout le soir des jours fériés, les autres se célèbrent extraordinairement les jours de réception, d'*introduction* (priwod) d'un nouvel adepte. — Les premières consistent en instructions religieuses, en chant d'hymnes (1) (*raspewzy*), en mouvements ou danses (*radenije*) réglées par le rhythme des chants, enfin, en prophéties ou en prédictions édifiantes. En outre, quelques nefs ont une cérémonie spéciale appelée communion, ou cène.

Dans ce qu'on pourrait appeler l'office des skoptzy, l'instruction religieuse n'est qu'un accessoire, une préparation à l'état particulier que doivent développer les chants, les danses qui en raison de leur importance ont donné leur nom (radenije) aux réunions elles-mêmes. Ces danses, empruntées peut-être aux flagellants, ont pour les skoptzy une origine divine ; ce sont celles que Jésus-Christ enseigna à ses apôtres, celles que David exécutait devant l'arche. Il y en a quatre : 1° la petite nef (*Korablik*) : Les assistants, figurant une croix, se placent en file l'un derrière l'autre et se suivent en sautant ; 2° le petit mur (*stenotschka*) ; encore groupés en croix, mais dos à dos, les fidèles progressent en sautillant de gauche à droite, dans le seus du cours du soleil ; 3° la petite croix (*krestik*) : 4 ou 8 hommes, isolés ou par paires, se mettent dans chaque coin et changent de place en se croisant, à pas rapides et parfois en sautant ; 4° homme pour homme : un certain nombre de personnes, variable avec la grandeur de l'appartement, se placent au milieu de la salle et tournent sur elles-mêmes, en suivant le rhythme de plus en plus rapide des chants, jusqu'à ce que leurs chemises se gonflent eu bruissant comme des voiles. — Ces danses, continuées jusqu'à épuisement et destinées, en théorie, à affaiblir la concupiscence, doivent surtout procurer aux skoptzy des jouissances spéciales : quelques-uns ont avoué qu'elles étaient pour eux le grand attrait des réunions. L'état nerveux particulier qu'elles développent peut aussi être utilisé pour rendre la castration moins douloureuse. Quant à l'ardeur qu'ils y mettent, on peut en juger par ce fait qu'après les radenije le sol de la salle est luisant comme un parquet fraîchement frotté et que les chemises des danseurs, imprégnées de sueur, mettent plusieurs heures à sécher au soleil d'été. — Les prophéties qui terminent la séance sont, d'après les skoptzy, la manifestation de la présence invisible du Saint-Esprit dans ses élus par la bouche desquels il exprime sa satisfaction et révèle l'avenir. Elles sont parfois le résultat de l'excitation nerveuse excessive développée par les radenije, et se traduisent souvent par des cris et des phrases incompréhensibles ; quelquefois aussi ce sont des élucubrations préméditées par des habiles que tente le rôle influent de prophète.

Dans l'introduction (*priwod*) des néophytes, qu'il ne faut pas effaroucher, il n'y a plus de danses ni de prophéties. On se borne à chanter trois hymnes tout au plus et de celles qui ne portent pas exclusivement le cachet des doctrines de la secte. Presque toute la cérémonie se passe en questions et en instructions adressées au néophyte et en prières qu'il répète. Le rôle de l'assistance se réduit à chanter, entre les hymnes, quelques prières empruntées pour la circonstance à l'Eglise orthodoxe.

Les réunions des skoptzy commencent à la nuit close (1) et durent parfois jusqu'au jour ; elles se tiennent dans des cabanes isolées de paysan où leur est réservé un poêle (chambre chaude) soigneusement dissimulé : on trouve dans ce poêle les images saintes ordinaires. Mais les skoptzy on aussi leurs images, ordinairement mystiques et allégoriques : L'œil qui voit tout, entouré d'un triple cercle d'anges, au-dessus d'Adam et d'Eve qui applaudissent ; un ermite crucifié, un cadenas à la bouche, la poitrine ouverte laissant voir le cœur, les mains portant des vases enflammés, entourés d'inscriptions ; l'agneau de Dieu, avec divers attributs, etc. Toutefois les principales images sont les portraits de Sseliwanow, de Schilow et autres skoptzy célèbres, de Pierre III, représeuté de profil avec une auréole. Les reliques, attirail obligé, ne se rencontrent que dans les sanctuaires les plus importants ; ce sont des monnaies frappées du temps de Pierre III, des rognures des ongles et des cheveux de Sseliwanow, des morceaux de ses vêtements et autres fétiches analogues. — Aux réunions, les hommes ont pour vêtement une large chemise blanche d'une coupe particulière, avec une petite ceinture tressée, et de larges pantalons blancs ; les femmes portent aussi la chemise blanche, avec une robe bleue, de nankin dans les villages, d'indienne dans les villes ; en outre elles se couvrent la tête et le cou d'étoffes blanches. Les deux sexes ont des bas blancs ou sont pieds nus et tiennent à la main des serviettes ou des mouchoirs. — Les personnages qui dans les radenije dirigent la cérémonie, sont le plus ancien skopetz de la localité et sa compagne ; on les appelle le cher petit père ou la chère petite mère, les nourriciers, les hôtes. Les membres châtrés de la secte portent le nom d'*agneaux blancs*, de *blanches colombes*, et se traitent de frères et de sœurs ; les sectaires non châtrés sont des *grisons*, des *boucs* ; les néophytes des *nouveaux agneaux*, de *nouvelles âmes* ; on donne à ces derniers uu parrain ou une marraine chargé de leur direction. Aux réunions les skoptzy, après s'être salués par une profonde inclination, se rangent les hommes à droite, les femmes à gauche ; s'il n'y a pas de bancs, tout le monde s'assied à terre, un mouchoir et un cierge à la main. A la cérémonie de l'introduction (*priwod*) l'ancien tient une croix.

La communion, la cène des skoptzy consiste dans la distribution aux fidèles de petits morceaux carrés de pain blanc ou noir, marqués de lignes en croix, ou de petits pains ronds ressemblant à des craquelins, ou de pains d'épice carrés avec des empreintes de croix ou de fleurs. La distribution est faite par le petit père ou la petite mère. Avec ces gâteaux on a trouvé chez des skoptzy une poudre à goût douceâtre, composée de sucre et de poisson sec pul-

(1) Le nombre de ces hymnes est très-grand : on en a saisi une liste de 438 et elles n'y étaient pas toutes inscrites. Elles célèbrent ordinairement les vertus et les souffrances du Sauveur Sseliwanow.

(1) Pour justifier le choix de cette heure, dictée sans doute en réalité par le besoin du secret, les skoptzy disent que le Sauveur, qui priait toujours la nuit, a ordonné de suivre son exemple. Ils disent aussi que la prière nocturne arrive directement au Tout-Puissant lui-même, tandis que celle du jour est reçue par les anges, les saints ou la Mère de Dieu, et qu'elle est par conséquent moins efficace.

vérisé, probablement du brochet. — Quelques auteurs, comme le baron Haxthausen et Melnikoff, qui confondent les skoptzy et les flagellants, affirment que les deux sectes ont une cérémonie particulière appelée la « communion par la chair et le sang », qui se célèbrerait quand un membre de la secte se fait mutiler. En réalité, il ne s'agirait de rien moins que d'anthropophagie. Les deux écrivains ci-dessus accusent les skoptzy de se partager les parties retranchées et de les manger, de tuer des nouveau-nés, de boire leur sang et de pulvériser leur corps pour communier avec les cendres mêlées au pain et à l'eau. On retrouve là les accusations portées autrefois contre les juifs et contre les premiers chrétiens. Heureusement pour l'honneur de la nature humaine, les skoptzy paraissent innocents de ces horreurs. Tous les documents qu'il a eus entre les mains, toutes les recherches chimiques qu'il connaît et qui ont été faites sur les pains de communion saisis, autorisent le Dr Pélikan à déclarer que sur ce point les skoptzy ont été calomniés.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Quelques observations à propos du pansement de Lister ;

Par le Dr **Samuel POZZI**, agrégé à la Faculté de médecine de Paris (1).

C'est un fait vulgaire de physiologie que la possibilité de la réunion *par première intention* de tissus même lorsque les parties affrontées sont de nature très-différente; c'est un fait non moins vulgaire de pathologie chirurgicale que la rareté de ces réunions dans nos hôpitaux. A quoi tient cette contradiction apparente entre la théorie et la pratique ? Pour le découvrir, rappelons rapidement les conditions principales de la réunion immédiate des plaies.

Il en est une qui prime toutes les autres : l'*affrontement parfait*. Il faut que les surfaces traumatiques soient exactement juxtaposées, légèrement pressées l'une contre l'autre, sans qu'aucun corps venu soit du dedans, soit du dehors viennent gêner leur étroit accollement. Or, une pareille condition, facile à formuler, est souvent difficile à remplir.

Il ne faut pas confondre en effet, le *rapprochement* avec l'*affrontement*. Je m'explique : autant il est utile de juxtaposer avec exactitude toute l'étendue d'une plaie, autant il peut être dangereux de mettre ses faces incomplétement en contact. Il faut apporter un soin extrême, minutieux, à ce complément de l'opération ; s'assurer qu'en fermant la superficie de la plaie on ne laisse pas béante une partie de sa profondeur. Que se passe-t-il, en effet, si pareil défaut n'est pas évité ? Les surfaces qui ne sont pas affrontées sont séparées d'abord par de l'air qui les irrite, puis par des liquides qu'elles sécrètent sous l'influence de cette irritation. L'inflammation suppurative s'en empare, inflammation dangereuse car elle est d'avance étranglée par les tentatives de réunion.

On a donc enfermé le phlegmon ; il n'en est que plus redoutable, et si l'on ne se hâte pas de détruire une réunion maladroite, il poursuit d'une manière fatale ses dégâts sous-cutanés. Tantôt, c'est un phlegmon *par diffusion* qui se déclare rapidement. Tantôt, au contraire, la suppuration se fait d'une manière insidieuse, inaperçue au fond d'un clapier profond ; à peine peut-on d'abord la soupçonner par le déclin de l'état général du malade qui contraste avec la rapidité des phénomènes plastiques du début. Puis, la septicémie se manifeste ; le malade meurt et, au fond d'un moignon complétement cicatrisé à la superficie, on trouve à l'autopsie l'os dénudé baignant dans une poche purulente.

On peut encore voir échouer la réunion alors même que la juxtaposition des parties a été faite partout en apparence: c'est lorsque cette juxtaposition est trop lâche, de manière à ne pas soumettre la plaie à une pression suffisante pour gêner l'exhalation du suintement qui se fait sur les lèvres d'une plaie fraîche. Je ne parle pas du sang, car je suppose que l'hémostase a été parfaite.

Une pression trop forte serait du reste aussi funeste à la réunion qu'une pression trop faible, surtout si cette pression exagérée, au lieu d'être régulièrement répartie s'exerçait particulièrement en certains points et y provoquait des tiraillements ; c'est ce qui arrive par exemple lorsqu'on serre trop un point de suture profonde.

Enfin, on le comprend, pour que la réunion se fasse facilement, il est utile qu'aucun corps étranger ne vienne par sa présence irriter les parties. Les fils à ligature ordinaires ont cet inconvénient : la torsion des artères n'en est pas complétement dépourvue, car la petite portion de tissus qui a été étreinte et contuse par les pinces peut elle-même devenir une cause d'irritation. Lister a donc rendu un grand service à la réunion immédiate par la *corde à boyau* ou *catgut* à laquelle une préparation spéciale a donné la souplesse et la ténacité. Les fils qu'il a obtenus jouissent en effet d'une propriété précieuse : sous l'influence de la chaleur humide des tissus, ils se ramollisent, se désagrégent, au bout de quelques jours, et, s'il n'est pas certain qu'ils soient toujours *absorbés*, il l'est au moins qu'ils ne jouent jamais le rôle de corps étrangers et peuvent être impunément abandonnés : on fait sans crainte avec eux des ligatures perdues.

Dans tout ce qui précède, j'ai supposé que le chirurgien se trouvait en présence d'une plaie d'amputation ou d'ablation de tumeur faite par l'instrument tranchant dans les tissus sains. Devrait-on tenter la réunion par première intention si la plaie était contuse, comme cela arrive après l'exérèse par écrasement ou par arrachement, ou bien si la plaie siégeait dans des tissus infiltrés ou enflammés, comme cela se rencontre aussi dans certaines amputations ? Evidemment non. Une remarque cependant à ce propos : si les caractères précédents, incompatibles avec la réunion primitive, n'existaient que sur une petite partie de la plaie, je ne crois pas qu'on dût faire perdre à tout le reste les chances d'une cicatrisation immédiate; on ferait donc un affrontement *complet* des portions qui peuvent le comporter, et de celles-là seulement. Dans l'observation I (*Lymphadénome du cou*) que j'ai rapportée, le trajet des tubes à drainage a permis la suppuration facile de la petite portion du sterno-cléïdo-mastoïdien dénudée par arrachement, le reste avait été nettement disséqué et l'accolement immédiat a pu se faire à l'aide de sutures.

Si l'on suppose entièrement remplies les diverses conditions que j'ai énumérées et par suite les surfaces traumatiques en un contact complet, exact et stable, on voit que rien ne viendra troubler le travail plastique de l'organisme. La cicatrisation se fera donc d'emblée et complétement. Cette circonstance heureuse se rencontre quelquefois, et le chirurgien peut alors en profiter sans avoir à se prémunir contre des accidents qu'il n'a pas à redouter. C'est ce qu'on voit en particulier dans les plaies résultant de l'ablation de petites tumeurs, dans une région où l'affrontement qu'on pourrait appeler *mécanique*, c'est-à-dire par la simple pression, est facile à obtenir. En pareil cas, et en d'autres de plus grande importance, j'ai vu plusieurs fois M. le professeur Trélat tenter et obtenir la réunion absolument complète et définitive au bout d'un petit nombre d'heures. Mais une pareille conduite serait imprudente dans des opérations plus graves, dans des pertes de substance plus étendues. En pareil cas, le chirurgien se trouve en présence d'un phénomène perturbateur si fréquent que le moyen de le combattre doit entrer comme règle dans la pratique de l'affrontement. Ce moyen c'est le tube à drainage.

Quels sont donc les avantages qu'il présente, et par quel paradoxe apparent allons-nous nous trouver conduit à recommander qu'une plaie soit à la fois ouverte par le drainage et fermée par les sutures ?

Un seul mot expliquera notre pensée : le tube à drainage est, dans ce cas, un *tube de sûreté*. Il est placé au fond de la plaie *préventivement*, afin de porter remède à un in-

(1) Voir les nos 48, 49 et 50

convénient *ordinaire*, sinon *fatal*, qui résulte de l'irritation des surfaces traumatiques par l'exposition à l'air et les manœuvres chirurgicales.

Par suite de cette irritation, un certain suintement séreux dû à la fluxion collatérale, ne manque presque jamais de se faire sur les surfaces affrontées. S'il ne trouve pas d'issue, il *peut* assurément s'arrêter dès que la pression sous les sutures est devenue suffisante, mais il *peut* aussi continuer à se produire, *s'infiltrer*, distendre la suture et produire l'étranglement des parties. Il ne faut pas perdre de vue que l'emploi de pansements fortement antiseptiques, alors même qu'on recouvre la plaie d'un *protecteur*, n'est pas sans augmenter cette exhalation, ainsi que l'a remarqué Lister.

Est-il besoin de s'étendre sur l'utilité du drain en présence de ce phénomène habituel? Grâce à lui, à la béance constante de son calibre, qu'assure l'élasticité de ses parois, le suintement primitif de la plaie peut filtrer à l'extérieur au lieu de compromettre le travail d'agglutination commençante.

Combien plus le drain ne sera-t-il pas indispensable lorsque, ainsi que cela arrive parfois, la suture laisse subsister au fond de la plaie une petite poche, un godet, où se produira forcément la suppuration? (Voir observation IV, sarcôme du sein.)

Telle est, me semble-t-il, la véritable théorie de l'affrontement *méthodique* (au-dessus d'un tube à drainage). Je ne puis accepter l'explication de M. Azam, à qui revient pourtant l'honneur de l'avoir peut-être le premier appliqué d'une manière régulière et raisonnée. Voici, en effet, comment s'exprime cet habile chirurgien, dans la première communication qu'il ait faite de sa pratique le 25 août 1873 devant l'Association française pour l'avancement des sciences, session de Lyon. (*Compte-rendu*, p. 814 et suiv.)

« J'ai toujours pensé qu'il était chimérique de compter sur la réunion par première intention des plaies d'amputation. Je dirai plus, je considère comme dangereuses les tentatives faites dans ce but. Cependant, il est dans les plaies de cette nature des éléments qui peuvent être réunis sans suppurer, *d'autres qui doivent suppurer*. Les premiers sont les muscles et la peau, *les autres les os*. Est-il donc possible de concilier ces deux termes et de réunir d'une façon complète et solide les parties molles des moignons *en laissant suppurer les os?* »

J'ai souligné les parties les plus caractéristiques de cet exposé. On le voit, c'est en vue de la cicatrisation osseuse seule et des idées préconçues qu'il se fait à ce sujet que M. Azam emploie le drainage. Pour nous, au contraire, il est utile dans toute plaie où une grande épaisseur de surfaces a été affrontée, pour recueillir et évacuer leur suintement possible. Les plaies d'amputation ne sont donc qu'un cas particulier d'une méthode générale, tandis qu'il semble résulter de l'explication de M. Azam que sans la présence du tissu osseux le drain serait inutile.

Je ne fais qu'indiquer les autres points défectueux de sa théorie, notamment ce qui a trait à la *nécessité* de la suppuration de l'os. M. Azam est encore revenu sur cette idée dans sa communication à la Société de chirurgie (*Bulletins*, 1874, p. 312). Or, à défaut des nombreuses observations d'amputation des membres où cette suppuration a été évitée, comme dans notre observation II, toute l'histoire des plaies de tête avec dénudation du crâne n'est-elle pas là pour nous prouver que la cicatrisation par première intention d'une surface osseuse dénudée et même entamée est chose fréquente?

J'abrège cette discussion: qu'il me suffise d'avoir nettement indiqué la différence qui sépare notre interprétation de celle de l'éminent chirurgien de Bordeaux. Tandis qu'il applique son drain en vue des parties non réunies et par ce qu'elles *doivent*, selon lui, forcément suppurer, — c'est en vue des parties qui sont réunies, et pour obvier à une cause de désunion, que nous plaçons le nôtre;

Grâce au drainage, l'affrontement des surfaces est protégé par ses parties les moins accessibles contre une cause de désunion. Un corollaire obligé de cet asséchement du fond de la plaie, est l'asséchement de sa surface. Il faut que les liquides que peuvent laisser suinter ses lèvres et que laissera sûrement suinter le drain, ne puissent pas séjourner, s'altérer, provoquer la macération et l'irritation. Ce résultat n'est qu'incomplétement atteint par le pansement que préconise M. Azam qui a reconnu cet inconvénient au niveau de l'ouverture du tube à drainage.

Les corps gras et la charpie ne sauraient remplir suffisamment le but. A ce point de vue la gaze antiseptique de Lister présente au contraire de sérieux avantages. D'autres substances les possèdent aussi, et le coton perméable dont je me suis servi par exemple, absorbe tous les liquides avec une avidité bien supérieure à l'imbibition lente et inégale de la charpie. La gaze ou tarlatane, ordinairement employée dans nos hôpitaux, peut au besoin rendre les mêmes services que les produits importés de l'étranger. Le *protecteur* dont les lèvres de la plaie sont immédiatement recouvertes ne gêne nullement cette action absorbante; les liquides passent facilement sous ce petit opercule.

Un point nous reste encore à aborder après avoir démontré l'utilité de l'affrontement méthodique et en avoir recherché les raisons. C'est le procédé qu'on doit mettre en usage pour l'obtenir.

Je n'ai ni la prétention ni le désir de traiter cette question avec les détails qu'elle mérite, je me bornerai à quelques indications. Passons, sans nous y arrêter longuement, les questions de priorité. La méthode appartient-elle à Dupuytren dans ce qu'elle a d'essentiel, ainsi que l'a soutenu M. Diday (Compte-Rendu de l'Association française, 1873, p. 818), à MM. Bouisson et Giraldès comme l'a dit M. Dubreuil? (Bul. de la Soc. de Chirurgie, 1874, p. 314). Quoi qu'il en soit, il ne paraît pas possible de nier que c'est le chirurgien de Bordeaux qui a le premier attiré ou rappelé l'attention en France sur l'utilité de l'affrontement méthodique dans les plaies d'amputation. La première observation qu'il rapporte montre qu'il l'a mis en pratique le 17 mars 1870 (Bul. de la Société de chirurgie, 1874, p. 298). Mais sa première publication à ce sujet ne date, nous l'avons vu, que de 1873.

La méthode qu'il a exposée est, du reste, dit-il, une œuvre commune à la plupart des chirurgiens de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, auxquels il en rapporte modestement l'honneur. « Aucun de ses éléments n'est nouveau; » leur réunion seule peut être considérée comme nouvelle. » Ces éléments ont des origines diverses : ainsi M. Labat » a apporté le drainage profond, M. Dudon la double su- » ture, M. Denucé a perfectionné la suture superficielle. » C'est donc empiriquement, par tâtonnements successifs, que la méthode a été constituée, la théorie n'est venue qu'après coup.

Bien différente a été la façon de procéder du professeur Lister. On sait qu'il est parti de l'idée préétablie des germes atmosphériques et de leur influence toute puissante sur les plaies, pour arriver aux diverses parties de son pansement. Il est résulté de cette préoccupation maîtresse, que tout dans les écrits de ce chirurgien et de ses adeptes s'efface devant l'énumération des procédés consacrés à l'exclusion des particules atmosphériques. L'affrontement des surfaces traumatiques, bien que constituant actuellement une des parties essentielles de sa pratique, disparait presque complétement au milieu des détails complexes engendrés par la doctrine antiseptique (1). Cela est si vrai, que cette manœuvre importante a pu passer inaperçue de plus d'un admirateur de Lister, et n'est pas même mentionnée dans certains articles publiés récemment à sa glorification.

Cependant, c'est le chirurgien d'Edimbourg qui a employé, me semble t-il, le procédé le plus sûr et le plus com-

(1) La suture n'est pas mentionnée dans l'article de Lister, écrit pour le *System of Surgery de Holmes* en 1871, et traduit par Terrier, *in Archiv. gén. de méd.*, 1871, II, p. 603. Lister recommande simplement de placer dans la plaie, non pas un drain, mais une bandelette de *lint*, trempée dans l'huile phéniquée.

*

mode pour l'affrontement méthodique des plaies. La suture profonde, constituée par un gros fil d'argent qui vient s'enrouler à ses deux extrémités sur une plaque de plomb après l'avoir traversée, constitue un mode de réunion bien supérieur à la suture enchevillée, employée par les chirurgiens de l'hôpital Saint-André à Bordeaux. Le point d'appui qu'elle présente au fil qui s'y attache, est suffisamment large pour que la pression ne meurtrisse pas les tissus et ne fasse pas basculer les lèvres de la plaie en provoquant leur saillie, ainsi que cela se voit trop souvent avec la suture enchevillée. La petite plaque, dont la largeur varie selon les cas, est du reste assez malléable pour qu'on puisse la modeler exactement sur la forme des parties. Rien n'est plus facile que de desserrer un point de suture en redressant la boucle du fil d'argent et faisant glisser la plaque. J'indique ici une petite particularité qui doit être signalée à ceux qui se serviront pour la première fois de la suture en plaques : ils devront faire usage de *très-gros* fil d'argent recuit, de telle sorte qu'une double courbure sur les bords de la plaque suffise à le maintenir ; ce fil est à peu près du calibre de celui de l'anse galvano-caustique usuelle. En outre, pour lui faire traverser les parties molles avec facilité, il est indispensable de faire usage d'une aiguille tubulée. Malgré la grosseur de ce fil, l'expérience prouve qu'il n'irrite nullement les tissus.

Les sutures profondes doivent être placées avec une certaine hardiesse. Il ne faut pas craindre dans les plaies d'amputation de leur faire traverser toute l'épaisseur des lambeaux, et dans les plaies d'ablation de tumeur, de les

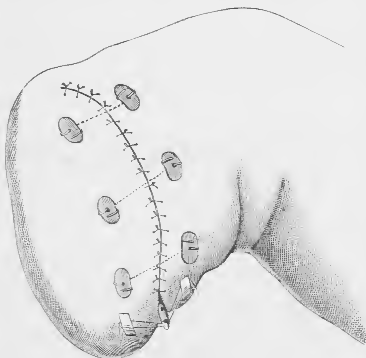


Fig. 78. — Moignon d'amputation de jambe à lambeau externe : les sutures superficielles et profondes sont serrées ; le drain est placé et fixé.

placer le plus près possible des limites du décollement. Plus celui-ci sera grand, plus la largeur des plaques devra l'être aussi. Il ne faut pas oublier, en effet, que ces petits morceaux de plomb agissent très-efficacement par la compression qu'ils exercent. (*fig.* 78.)

Les sutures superficielles sont faites avec des points séparés de fil d'argent fin et des aiguilles fines ; cela est préférable à la suture entortillée faite par M. Azam. Mais ce qu'il faut imiter dans la pratique de ce chirurgien, c'est le soin scrupuleux qu'il met dans la réunion : « Je mets à faire cette suture, écrit-il, (*loc. cit.*) le même soin que pour une restauration de la face. » A ce prix seulement est le succès.

Les sutures superficielles ne doivent exercer aucun tiraillement sur les lèvres de la plaie. Ce résultat est facilement obtenu, d'ordinaire, par l'action préalable des sutures profondes qui supportent tout l'effort de l'élasticité des téguments et — circonstance bien favorable — ne la sollicitent qu'au delà de la zone opérée. Dans le cas où malgré l'action des sutures profondes placées convenablement de manière à attirer la peau de très-loin, on ne parviendrait pas à obtenir l'affrontement des téguments, il ne faudrait pas tâcher de le réaliser par des efforts excessifs ; on se contenterait d'avoir diminué l'étendue de la surface traumatique.

Je n'ai presque rien à dire de particulier relativement au tube à drainage que l'on n'ait déjà vu dans les observations



Fig. 79 — Plaie résultant de l'ablation d'une tumeur du sein. Les sutures profondes sont placées mais ne sont pas encore serrées par l'enroulement des fils autour des plaques supérieures ; le drain placé dans la plaie ressort au-dessous d'elle par une contre-ouverture.

qui ont été rapportées. Il doit être suffisamment rigide pour ne pas se laisser affaisser ; il sera couché dans toute la profondeur de la plaie, et présentera, en son point le plus déclive, son extrémité taillée en bec de flûte. Il sera, suivant l'excellent précepte de Lister, retiré à chaque pansement, lavé dans l'eau phéniquée ou dans tout autre liquide anti-septique, et replacé à l'aide de la *pince à fistule*. Le drainage doit toujours s'exercer suivant l'action de la pesanteur : par conséquent, l'orifice d'écoulement du drain doit toujours être situé *au-dessous* de la partie la plus déclive de la plaie. Si cette circonstance n'est pas réalisable sans une contre-ouverture, il ne faut pas hésiter à la faire préventivement soit avec le bistouri, soit, mieux, avec un trocart, et à y passer le drain. Il est bon de laisser le tube en place tant qu'il fournit manifestement plus de liquide que n'en secrète son trajet (*Fig.* 79). Dans les plaies très-petites le drainage peut être effectué d'une façon suffisante par les fils à ligature ramenés dans un angle de la plaie. Il me reste à parler d'un auxiliaire puissant de l'affrontement par les sutures : la *compression*. Lister l'emploie avec beaucoup d'habileté ; il place au-dessus de la région opérée des éponges, formant un coussinet élastique, maintenu par une bande de gaze ; souvent même, à la région inguinale en particulier, il assure l'exactitude de la compression par un ou deux tours d'une bande de caoutchouc.

C'est dans un même esprit que M. le professeur Trélat accumule sur les plaies qu'il a réunies par la simple position des rondelles d'agaric. Il doit à ce procédé de grands succès dans les opérations d'autoplastie. La compression, ou mieux la *pression*, peut même dans certains cas, exceptionnels à la vérité, suffire à effectuer l'affrontement sans le secours des sutures. En ayant soin lorsqu'il applique son appareil ouaté de maintenir, avec les mains, les lambeaux exactement juxtaposés, M. Guérin obtient actuellement de nombreuses réunions par première intention. Il ne met pas dans la plaie de tube à drainage ; mais les fils à ligature ramenés vers un des angles, font l'office, probablement, d'une véritable mèche.

La compression douce, méthodique, élastique, de la ouate trouve ici son application la plus précieuse ; aussi je n'hésite pas à le déclarer : L'appareil ouaté, appliqué après l'affrontement méthodique à l'aide de sutures et modifié par la substitution à la ouate ordinaire, dans ses couches les plus profondes, d'une substance perméable et antiseptique, tel est, me semble-t-il, le meilleur pansement des moignons. (Voir obs. II.)

Jetant un regard en arrière avant d'énoncer, sous forme de conclusions, les résultats principaux de ces observations trop étendues, je m'aperçois que, dans cet article consacré à l'étude du pansement de Lister, il n'a été que bien peu question de la *doctrine antiseptique*. M'en fera-t-on un reproche ? Cela n'est pas douteux. Comme tous les novateurs, Lister a de fervents disciples, on pourrait presque dire des *croyants*, qui estiment avec le maître « qu'il vaut mieux ne pas faire ce pansement que de le faire à moitié. » (*Lister* in *Holmes Syst. of Surgery*, traduit par Terrier, Archives gén. de méd., 1871, II, p. 613.) C'est l'esprit de l'Eglise : on y préfère un païen à un hérétique.

Je me résigne d'avance à ces critiques savantes. On me prouvera sans doute que mon expérience est insuffisante : j'en ai exprimé le regret dès le début ; — que mes considérations ne s'élèvent pas au-dessus d'un grossier empirisme : j'avoue ma faiblesse, — que je n'ai rien dit de neuf ; j'ai dit ce que j'ai vu et ce que j'ai compris.

« *Laudabunt alii claram Rhodon et Mitylenen.* »

CONCLUSIONS.

1° Dans le pansement de Lister, appliqué aux plaies d'amputation et d'ablation de tumeurs, le principal est ce que ce chirurgien considère comme l'accessoire : L'AFFRONTEMENT MÉTHODIQUE DES SURFACES TRAUMATIQUES, favorisant la réunion par première intention.

2° Un bon affrontement peut être obtenu par des procédés divers ; toutefois, le meilleur paraît être celui-ci : Combinaison des sutures superficielles et profondes avec addition d'un tube à drainage au fond de la plaie ; ce procédé a été décrit pour la première fois, en France, par M. Azam (1873) et employé par lui dès le mois de mars 1870. M. Lister, qui l'emploie actuellement, ne s'en servait pas en 1870. La suture profonde *en plaques* de ce chirurgien présente de réels avantages.

3° Les conditions d'un affrontement méthodique, analogue au précédent, peuvent se rencontrer dans le pansement ouaté lorsqu'on a soin de rapprocher les surfaces, la compression fait alors l'office des sutures et les fils à ligature celui du drain. Cependant il serait préférable de ne pas compter sur ces seuls moyens qui peuvent se trouver infidèles et de faire la suture suivant la pratique de Lister, avant d'appliquer le bandage ouaté. Cette combinaison nous paraît très-importante dans le pansement des grandes amputations.

4° Outre la condition capitale que réalise un affrontement méthodique, d'autres relativement accessoires, favorisent beaucoup la réunion régulière et rapide des plaies chirurgicales ; ce sont :

a) La protection contre l'influence atmosphérique ; cette protection paraît suffisante par l'usage des pansements rares sans recourir aux manœuvres multiples préconisées par Lister.

b) L'usage de topiques antiseptiques *à haute dose* en ayant soin de protéger la plaie contre leur action irritante.

c) La substitution aux fils à ligature ordinaires, qui jouent le rôle de corps étrangers, du *catgut phéniqué*, dénué de ces inconvénients et avec lequel on peut faire des ligatures perdues. Ces deux dernières innovations heureuses, dans le pansement des plaies, appartiennent sans conteste à M. Lister.

d) Enfin, l'emploi pour les pièces de pansement de substances facilement perméables, ne permettant pas le séjour des liquides à la surface de la plaie.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Institut policlinique de Vienne. — Ses avantages et ses inconvénients. — Projet d'un institut semblable à Paris.

La *policlinique* de Vienne date de l'année 1872. Les médecins qui l'ont fondée s'étaient proposés : 1° de donner des consultations gratuites aux malades indigents ; 2° d'ouvrir des cours cliniques ; 3° de fonder un établissement, pour y recevoir les malades, dont la cure ne pouvait être continuée, ni à leur domicile ni au dispensaire.

Ce dernier but n'a pu être encore rempli, mais on peut dire que malades et élèves sont accourus en foule à l'établissement de la rue Oppolzer, et que l'institut policlinique de Vienne compte parmi une des fondations les plus utiles au point de vue de la philanthropie et de l'instruction médicale. Le mouvement des malades pendant les quatre années écoulées, a été le suivant :

1872..........	11,962 malades.
1873..........	17,508 —
1874..........	23,560 —
1875..........	25,130 —

Ce sont pour la plupart des commis, des domestiques, des ouvriers.

Le nombre d'élèves, inscrits aux cours, s'est élevé en 1875, à plus de 600, dont 2 ou 300 médecins étrangers, 15 professeurs sont à la tête de ce vaste dispensaire, et, parmi eux, il est bon de citer les noms de MM. Auspitz, Benedickt, Leidesdorf, Monti, Oser, Rosenthal, Schnitzler, Winternitz, etc. Chacun d'eux est assisté par un ou deux aides. Le siége de l'institut est dans une maison modeste composée de deux étages, et de plusieurs pièces, aménagées comme salles d'attente et de consultation.

Les cours se suivent pendant toute la journée, de 8 heures du matin à 5 heures du soir. Il y a une consultation pour les maladies internes, une pour les maladies du larynx et de la poitrine, deux pour les maladies nerveuses et l'électrothérapie, une pour les maladies abdominales, une pour les maladies de femmes, une pour l'hydrothérapie, une pour les maladies de peau et la syphilis, deux pour les maladies d'enfants, deux pour les maladies chirurgicales, une pour les maladies d'oreille.

Les malades sont examinés par le professeur et par les élèves ; ils reçoivent les soins appropriés, subissent les petites opérations d'urgence, sont soumis, s'il y a lieu, à des pansements réguliers, à des séances d'électricité et sont renvoyés à un pharmacien, agréé par les professeurs, à cause de la modicité de ses prix.

Un budget de 15,000 florins a suffi, en 1875, pour faire face à toutes les dépenses de cet établissement. Les recettes provenaient de dons et allocations, parmi lesquels il fallait

remarquer l'allocation du Conseil municipal de la ville (300 fl.), celle du Ministère de l'Instruction publique (2,000 fl.). — La policlinique recevait aussi des dons en nature, tels que médicaments, instruments, livres et obtenait de grandes réductions de prix dans plusieurs maisons de bains et d'hydrothérapie.

Telle était la voie prospère dans laquelle était engagée la policlinique de Vienne, et Billroth lui-même, dans son livre sur l'*Enseignement médical*, 1876, admirait cette œuvre, sortie de l'initiative individuelle. Il semblait que l'Université avait trouvé dans l'enseignement de la policlinique un puissant auxiliaire et la charité publique un moyen facile de se répandre.

Mais la policlinique, à côté de nombreux bienfaiteurs, comptait beaucoup d'ennemis. Les medecins praticiens de la ville voyaient leur petite clientèle de consultation, la clientèle à un florin, diminuer de jour en jour et disparaître. L'Université commençait à s'émouvoir de ces médecins qui prenaient le titre de professeurs, de ces aides de la policlinique qui usurpaient le titre officiel d'*assistants*. Les directeurs des hôpitaux de Vienne furent fort émus d'une certaine lettre, sortie des bureaux de la policlinique, dans laquelle on disait que les hôpitaux n'étaient bons que pour un nombre de malades restreint, tous les autres devant revenir à la policlinique. Beaucoup de personnes, dévouées au bien public, croyaient remarquer dans la publicité, donnée aux cours et aux consultations, un certain air de réclame.

Toutes ces colères accumulées éclatèrent, au mois de juin dernier, au sujet de paroles imprudentes, imprimées par la direction de l'Institut policlinique. Le débat eut lieu devant le public, grâce aux deux journaux médicaux de Vienne, qui représentaient les deux camps. Le *Wiener medizinische Wochenschrift* prit le parti de l'Université et des hôpitaux, le *Wiener medizinische Presse* se mit du côté de la policlinique. On lira avec profit cette discussion passionnée mais profonde, qui a mis en lumière tous les avantages et les désavantages de l'enseignement policlinique.

A la suite de ces débats, le Conseil des professeurs de l'Université a condamné l'enseignement policlinique ; le Conseil municipal de Vienne, après plusieurs délibérations, a supprimé à une grande majorité le crédit alloué à la policlinique.

Nous ne pensons pas que la policlinique de Vienne succombe, frappée par ces coups répétés. Nous connaissons trop bien le zèle désintéressé de la plupart des professeurs de cet Institut, pour croire qu'ils se laisseront décourager si facilement. Mais l'incident qui s'est terminé par le vote du Conseil municipal n'en est pas moins fâcheux ; il met le public au courant de certaines petites rivalités, il brise le lien naturel qui devrait exister entre l'Université et un établissement d'instruction, ayant à la tête les médecins les plus recommandables ; il pousse peut-être encore plus la policlinique dans la voie de la réclame et de la publicité bruyante.

La policlinique continuera à exister à Vienne, parce qu'elle a fait ses preuves, parce qu'elle est entrée pour ainsi dire dans les mœurs et qu'elle satisfait à la fois certains besoins d'humanité et d'instruction. Mais il est à regretter qu'elle ne soit pas sous la dépendance de l'Université, qu'elle ne soit pas dirigée par le collége des professeurs. Cette réunion de savants, toujours prête à accepter les innovations qui peuvent relever le niveau des études médicales, aurait pu organiser la policlinique, comme un véritable établissement clinique complémentaire. Les élèves, avant d'entrer dans la clientèle, auraient puisé à ces consultations rapidement faites, le coup d'œil si nécessaire dans notre art.

Les aspirants au professorat auraient trouvé à la policlinique les ressources les plus précieuses : la pratique journalière de l'enseignement et des malades. Ceux-ci auraient reçu des conseils plus autorisés à la policlinique que dans les consultations habituelles des hôpitaux, trop souvent abandonnées aux assistants.

En réfléchissant aux difficultés qu'ont rencontrées les fondateurs de l'Institut policlinique de Vienne, on se demande quel serait le résultat d'une tentative semblable, faite dans notre pays. Nous n'hésitons pas à penser que, grâce à notre esprit de routine, un établissement pareil n'aurait pas une existence bien honorable et bien longue. Et cependant, la policlinique est plus nécessaire à Paris qu'à Vienne !

La population est énorme dans notre capitale, les consultations des hôpitaux sont insuffisantes par le nombre et l'organisation. A Vienne, chaque médecin fait une consultation quotidienne, qui a lieu à la fin de sa visite aux malades de l'hôpital. A Paris, chaque médecin n'a qu'un jour de consultation par semaine ; aussi la foule est si grande, que les consultations prennent les allures d'un défilé rapide de malades. Je ne dirai pas tout ce que l'on réserve d'écœurement aux pauvres consultants que l'on parque, dans des salles d'attente, encombrées de brancards, de gens mourants, d'autres qui étalent avec ostentation leurs misères pour obtenir plus facilement un billet d'entrée à l'hôpital. On conviendra avec nous qu'il existe une lacune ; qu'il faudrait pour satisfaire à la charité publique : des locaux convenables, des consultations nombreuses, données à toutes les heures de la journée, et dans tous les quartiers de Paris, que toutes les spécialités devraient être représentées dans ces consultations. Le personnel nombreux, nécessaire à ce vaste dispensaire, ne manquerait pas à Paris. N'a-t-on pas été frappé de la triste situation qui est faite à un grand nombre de médecins distingués qui ont terminé brillamment leur internat. Après avoir passé quelques années à observer les malades, au moment où ils commencent à essayer leurs forces par quelques publications, on les éloigne impitoyablement de la clinique. On veut en faire plus tard des médecins des hôpitaux et des agrégés, et pour toute préparation sérieuse on leur laisse leurs livres, et on leur retire les malades. Aussi faut-il s'étonner, comment à la suite d'un apprentissage aussi mauvais, il existe encore quelques médecins qui, une fois arrivés aux hôpitrux, retrouvent le goût pour la clinique et l'esprit de recherche ?

C'est aux internes, qui ont rempli leurs fonctions pendant les quatre années réglementaires, que l'assistance publique pourrait confier le titre de médecin de dispensaire. Et pour que les garanties de savoir fussent complètes, ces places pourraient se donner au concours. Les titulaires ne devraient rester en fonctions que, pendant quatre ans, pour qu'il ne vînt en idée à personne de les assimiler aux

médecins et chirurgiens des hôpitaux. Le titre de médecin de dispensaire serait exigé, pour prendre part aux concours ultérieurs pour les hôpitaux. Le bureau central, devenu inutile, serait supprimé. Les médecins de dispensaires auraient le droit d'ouvrir des cours théoriques et cliniques.

Quelle que soit la combinaison que l'on propose, nous concluons à la nécessité d'une policlinique à Paris, dans l'intérêt des malades et des élèves, mais pour éviter toutes les compétitions dangereuses, pour l'honneur médical et l'intérêt général, nous voudrions qu'elle fût organisée par l'assistance publique et dirigée au seul profit des malades et des élèves. L. THAON (de Nice.)

— Les secours médicaux ne seront jamais trop abondants pour la population pauvre de Paris, et à ce point de vue nous applaudissons à la proposition de notre collaborateur, tout en faisant nos réserves sur certains points d'organisation, et rappelant que l'institution de cliniques, *en nombre suffisant*, est encore plus urgente.

De l'emploi de l'acide salicylique dans le rhumatisme.

L'*acide salycilique* est un médicament encore nouveau. dont les vertus thérapeutiques, mal définies, sont l'objet de nombreuses contestations. Il a été employé à la clinique de l'Hôtei-Dieu, dans diverses affections surtout dans le rhumatisme. M. le professeur Sée vient de faire une leçon sur ce sujet, voici le résumé des considérations qu'il a présenté à ses auditeurs :

On a d'abord employé l'acide salicylique comme succédané de l'acide phénique, pour arrêter les putréfactions, empêcher le développement de bactéries, des vibrions, etc., à la surface des plaies en suppuration. La nature parasitaire, toute hypothétique, d'un certain nombre de maladies générales, détermina certains médecins à l'administrer à l'intérieur dans les *fièvres éruptives*, *la fièvre typhoïde*, *la fièvre puerpérale*, *l'infection purulente*, *l'érysipèle*, etc. Le pouls et la température baissèrent chez la plupart des malades, ce qui conduisit à instituer la même médication à titre d'antipyrétrique dans un grand nombre d'affections, la *pneumonie*, le *rhumatisme*, etc.

Comme antipyrétique, l'acide salicylique a une action très-inférieure à celle de la digitale et du sulfate de quinine, il produit un abaissement de température moins prononcé et moins constant... La seule affection dans laquelle il ait donné des résultats jusqu'à présent satisfaisants, est le *rhumatisme articulaire aigu*.

M. le professeur Sée le prescrit aux rhumatisants, en poudre, à la dose de six grammes, divisée en douze paquets ; le malade doit prendre, toutes les heures, le contenu d'un paquet dans du pain à chanter. Ce mode d'administration est préférable en raison de la saveur extrêmement désagréable du médicament. On pourrait le prescrire en potion, il faudrait alors se rappeler qu'il est soluble dans l'acool, mais qu'il est très-peu soluble dans l'eau. Les salicylates de soude, de chaux, sont solubles dans l'eau, mais leurs propriétés thérapeutiques ne sont pas identiques à celles de l'acide salicylique. Il n'est guère de médicamen dont l'élimination soit plus rapide que celui dont nous parlons ; au bout d'un temps très-court, il apparaît dans les urines, ce qu'on peut facilement reconnaître à la réaction suivante. Versez dans un tube à expérience une solution très-étendue de perchlorure de fer, ajoutez-y quelques gouttes de l'urine d'un homme ayant pris de l'acide salicylique, immédiatement on obtient un beau précipité d'un violet intense; on ne sait pas quel est le composé violet résultant de cette réaction ; au point de vue clinique le procédé n'en est pas moins précieux pour reconnaître le passage du médicament dans les urines. A cause de son élimination si rapide, il est nécessaire de l'administrer à dose fractionnée, d'heure en heure par exemple.

Les observations recueillies à la clinique de l'Hôtel-Dieu portent sur cinq rhumatisants. Tous atteints de rhumatisme subaigu limité à quelques grandes articulations. Chez tous, dès le second jour, les douleurs et la tuméfaction diminuèrent et disparurent. Chez un des cinq malades, la médication fut suspendue le quatrième jour, le sujet paraissait guéri, il y eut le lendemain une rechute, on dut reprendre le traitement qui produisit une guérison définitive ou du moins coïncida avec elle.

Aucun des malades, n'avait au début, et n'a eu dans le cours du traitement, d'accidents cardiaques. Deux ont présenté des phénomènes rapportés à une intolérance du médicament, une céphalalgie continue, de l'insomnie, des bourdonnements d'oreille insupportables. M. le professeur Sée rapproche ces phénomènes physiologiques de ceux produits par le sulfate de quinine, le meilleur médicament dont nous ayons disposé jusqu'ici contre les diverses manifestations du rhumatisme.

Les liens étroits qui unissent le rhumatisme à la chorée, et dont on doit pour une bonne part la démonstration à M. G. Sée, devaient nécessairement faire essayer l'acide salcylique dans le traitement de cette affection. Une malade de la clinique, âgée de 17 ans, atteinte d'une chorée, peu intense, il est vrai, fut soumise au même traitement que les sujets atteints de rhumatisme articulaire. Elle eut, dès le second jour, de la céphalalgie et des bourdonnements d'oreille, puis un mouvement fébrile, dont il fut impossible de saisir la cause, et qui fit suspendre tout traitement. La fièvre tomba le surlendemain, et la malade eut des mouvements choréiques manifestement moins intenses. Le résultat obtenu est-il dû à la médication employée ; à une fièvre intercurrente (febris spasmos solvit) ? c'est là une question difficile à résoudre, et sur laquelle le professeur ne s'est pas prononcé.

En terminant sa leçon, M. le professeur Sée a fait remarquer, que les résultats obtenus jusqu'à présent sont satisfaisants, qu'il ne faudrait cependant pas en tirer des conclusions exagérées. Tous les malades traités étaient atteints de rhumatisme subaigu, limité à un petit nombre d'articulations. Avant de porter un jugement définitif, il faudrait observer les effets de l'acide salicylique sur des sujets atteints de rhumatisme articulaire aigu généralisé et franchement fébrile. Le professeur se propose de reprendre ce sujet, et de le développer, lorsque des observations suffisamment nombreuses, lui permettront de formuler une opinion raisonnée sur l'agent médicamenteux nouvellement introduit dans le traitement du rhumatisme.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 décembre 1876. — PRÉSIDENCE DE M. Cl. BERNARD.

M. DE SINÉTY a trouvé, chez l'hystérique au sujet de laquelle il a entretenu la Société dans la dernière séance, un ovaire surnuméraire situé entre l'ovaire droit et le pavillon de la trompe. A l'examen microscopique, il a constaté que cet ovaire était constitué par un stroma analogue à celui de l'adulte et par des tubes de Pflüger revêtus d'un épithélium à cils vibratils ainsi que la surface. On voyait à l'intérieur, deux ou trois corps ovoïdes semblables, au premier abord, à des ovules en voie de croissance mais qui n'avaient pas la même constitution: c'étaient de petits kystes tapissés d'épithélium vibratil.

M. TRIPIER fait une communication sur la différence d'action des nerfs pneumogastriques droit et gauche. Il rappelle d'abord les expériences qui lui sont communes avec M. Arloing, desquelles il ressort que le pneumogastrique droit agit plus spécialement sur le cœur, et le gauche sur le poumon ; mais il fait remarquer qu'il existe des variations suivant les espèces animales et les individus. La section d'un des pneumogastriques peut amener la mort. Il existe dans la science au moins 2 cas de mort chez l'homme après la section du pneumogastrique droit. Chez l'âne, sur 12 sections, M. Tripier a observé 7 morts, 4 fois à droite, 3 fois à gauche ; chez le lapin, sur 9 sections, 3 morts, 3 fois à droite ; chez le cheval au contraire, sur plus de 40 sections, il n'a vu qu'une seule fois la mort, c'était après la section du pneumogastrique droit. Il paraît que, dans quelques cas, la cause de la mort serait due à la paralysie de la partie inférieure de l'œsophage, à l'accumulation des bols alimentaires dans cette partie du tube digestif et à leur pénétration dans les voies aériennes. Dans la ligature des gros vaisseaux du cou, il serait donc dangereux de comprendre le nerf pneumogastrique.

M. MOREAU, au nom de M. Philippeaux, communique une série d'expériences ayant pour but de rechercher combien de jours après la section de l'un des pneumogastriques on peut, sans faire mourir l'animal, couper l'autre. L'intervalle des deux sections doit être de 30 jours chez le chat, de 60 chez le chien, et de 80 chez le cochon d'Inde.

M. COUTY expose les résultats d'expériences qu'il a faites pour rechercher le rôle de l'élasticité artérielle dans l'écoulement du sang après la section des vaisseaux et selon les variations de la tension.

M. BOCHEFONTAINE, au nom de M. Peyraud, indique les effets obtenus par l'injection intra-vasculaire de l'essence de tanaisie chez les animaux. Il présente ensuite un appareil pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage construit d'après les indications de M. Peyraud. M. JAVAL montre un large verre conique destiné à la construction d'un optomètre.

M. BERT rappelle qu'il a démontré que tous les êtres vivants sont tués par l'oxygène en excès de tension, mais que les ferments résistent à cette action. Les virus du vaccin et de la morve conservent leur pouvoir morbide malgré la compression dans un milieu oxygéné. Il en est de même du virus [illegible], mais il présente quelques phénomènes particuliers. [illegible] de l'alcool absolu, si on le soumet à la pression et qu'on en injecte un demi-centimètre cube [illegible] d'un chien, cet animal succombe rapidement. Il existe donc dans ce virus un ferment qui résiste à l'action de l'alcool et de l'air comprimé. Mais, chose singulière, le sang de [illegible] n'agit pas sur un autre animal : le virus [illegible] de l'alcool et de la pression n'est donc plus [illegible] transmissible comme auparavant.

M. [illegible] propose de ce phénomène l'explication suivante : [illegible] il existe des êtres organisés, les bactéries [illegible] ferment toxique : par l'alcool et la pression [illegible] sont détruits, tandis que le ferment [illegible] dans le sang d'un animal, ce ferment peut lui donner la mort ; mais les bactéries n'étant pas, il ne s'y reproduit pas, ce qui permettrait de comprendre l'absence d'infection chez un second animal.

M. BUDIN apporte à la Société des dessins et des pièces anatomiques démontrant que la tête du fœtus subit, pendant l'accouchement et suivant les présentations, des modifications constantes. Ces modifications sont dues surtout à l'existence d'une charnière fibro-cartilagineuse entre la portion basilaire et la portion écailleuse de l'occipital. Il tire de ses études anatomiques et physiologiques des conclusions pratiques d'une grande importance. IS. BESSON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 décembre 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

L'académie prépare sa séance annuelle et la distribution des prix ; elle s'occupe activement de son installation future. Aussi, laisse-t-elle de côté, pour un temps, espérons-le, les questions scientifiques. Aujourd'hui, elle a entendu :

M. PERSONNE qui a lu une série de rapports au nom de la commission des remèdes secrets ; et

M. MÉHU, candidat à la place déclaré vacante dans la section de pharmacie, qui a donné lecture d'un court travail sur la composition chimique des liquides ascitiques. Comité secret à 4 heures. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances de juillet 1876— PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Localisations cérébrales. — Note sur un cas de paralysie des muscles extenseurs de la main sur l'avant-bras liée à une lésion siégeant sur le sillon de Rolando ; par M. MAURICE RAYNAUD, médecin des hôpitaux.

Le cerveau que je mets sous les yeux de la Société me paraît présenter un intérêt considérable au point de vue de la question, aujourd'hui pendante, des localisations cérébrales.

Cette pièce provient d'un sujet tuberculeux, âgé de 30 ans environ, chez lequel la phthisie pulmonaire paraît avoir évolué avec une grande rapidité. Entré à l'hôpital peu de jours avant sa mort, il ne se disait malade que depuis deux à trois mois ; il était profondément émacié, et on constatait sous la clavicule droite tous les signes d'une vaste caverne.

Le mercredi 19 juillet, pendant la visite du soir, il se sentit pris d'une faiblesse du membre supérieur gauche, dont il se plaignait à mon interne, M. Dave, qui assista ainsi au début de la paralysie. Cette faiblesse, qui occupait principalement l'avant-bras, alla en augmentant les jours suivants, jusqu'à la mort du malade, qui survint le samedi 22 au soir.

Voici le résultat de l'examen attentif que je fis de cette paralysie le matin même du jour où le malade mourut. Il avait encore sa pleine connaissance, et se prêtait volontiers à cet examen : Œdème notable de l'avant-bras et de la main gauches (côté paralysé). Rien de semblable du côté opposé. Les deux membres inférieurs sont infiltrés. — Faiblesse du membre supérieur gauche, beaucoup plus accusée à l'avant-bras qu'au bras. Ainsi le mouvement d'adduction du bras (deltoïde) ceux de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras (biceps et triceps brachial) se font encore avec facilité, quoique avec une énergie certainement moindre que du côté sain. En y regardant de près, on voit donc que la paralysie motrice du bras, quoique réelle, est beaucoup moindre qu'on ne le croirait au premier abord, et que la difficulté que le malade éprouve à s'en servir provient surtout de la peine qu'a le bras à soulever le poids de l'avant-bras presque complètement inerte.

A *l'avant-bras*, paralysie absolue des extenseurs. La main est tombante, et le malade essaie vainement de la relever. Le muscle long supinateur participe à cette paralysie. On croirait donc avoir affaire à une paralysie du nerf radial. Mais il y a aussi de la faiblesse des fléchisseurs. Le malade serre très-incomplètement la main qu'on lui présente, même lorsqu'en relevant fortement la main dans l'extension sur l'avant-bras, on neutralise l'effet de l'inertie des muscles antagonistes. La contractilité électro-musculaire est conservée.

Il n'existe aucune modification de la sensibilité du membre malade. Il n'y a pas même de sentiment subjectif d'en-

gourdissement. Il n'y a pas trace d'hémiplégie faciale, ni de paralysie du membre inférieur gauche. Il n'y a pas davantage apparence de céphalalgie ; pas le moindre trouble de la parole ; on ne constate ni perte de mémoire, ni désordre du côté de l'intelligence. Cet individu paraissait avoir des facultés intellectuelles naturellement assez obtuses ; il reste, après son accident, ce qu'il était auparavant.

En un mot, malgré une recherche attentive, on ne trouve, en ce qui concerne les fonctions du système nerveux, rien autre chose que la paralysie motrice, localisée comme il vient d'être dit. Nous avons donc affaire à une véritable monoplégie, celle-ci même extrêmement limitée, puisqu'elle a son siége de beaucoup le plus marqué, dans les muscles extenseurs de l'avant-bras gauche.

Voici maintenant ce que nous montre l'*autopsie* : Les *méninges* sont absolument saines. Il n'existe aucune apparence d'hypérémie cérébrale généralisée. Une fois la pie-mère enlevée, on découvre du côté droit, une lésion corticale excessivement circonscrite. Disons tout de suite, que c'est bien elle qui doit être considérée comme la cause de la paralysie ; car d'une part, on ne trouve rien à signaler du côté des corps opto-striés ; d'autre part, le renflement cervical de la moelle et les racines motrices qui en émergent ont fait l'objet d'un examen attentif, qui a montré ces parties dans un état d'intégrité complète.

La *lésion* siége dans le sillon de Rolando, à 5 cent. 1/2 du bord supérieur et interne de l'hémisphère droit, à la hauteur de la base de la deuxième circonvolution frontale. En ce point on trouve, au fond du sillon de Rolando, un petit tubercule gros comme un grain de millet, qui plonge dans la substance corticale et adhère à la face profonde de la pie-mère légèrement soulevée à ce niveau. Autour de ce tubercule existe une zone de ramollissement rouge caractérisé par un pointillé hémorrhagique très-confluent (apoplexie capillaire). Examiné par la surface, ce foyer présente une hauteur d'environ un centimètre, il occupe la partie la plus reculée de la circonvolution frontale ascendante, et va s'enfonçant obliquement du haut en bas et d'avant en arrière dans le sillon de Rolando.

Lorsqu'on pratique une *coupe horizontale* du cerveau passant à la moitié de la hauteur du foyer, et qu'on examine la surface inférieure de section, on trouve qu'à ce niveau le foyer occupe exactement la substance corticale de la lèvre postérieure du sillon de Rolando, dans toute la portion de cette lèvre qui est accollée à celle du coté opposée. En d'autres termes, c'est la substance grise de la circonvolution pariétale ascendante qui se trouve seule envahie par la lésion Celle-ci n'affleure pas tout-à-fait à la surface externe de la circonvolution ; elle a 1 cent. 1/2 environ de profondeur. Vers la partie la plus reculée de la circonvolution, on la voit empiéter légèrement sur la substance blanche. Il existe en outre, a un demi centimètre en dedans du fond du sillon, un petit foyer indépendant du ramollissement rouge, de la longueur d'un pois, situé en pleine substance blanche.

Pour mieux fixer les idées sur le siége précis de la lésion, je joins à cette note deux dessins (1). Le premier représente une coupe horizontale du cerveau passant par le milieu du nodule tuberculeux superficiel ; il est destiné à montrer la profondeur à laquelle pénètre le piqueté hémorrhagique, et sa prédominance sur la lèvre postérieure du sillon de Rolando. Le second dessin n'est autre chose que la reproduction du schéma sur lequel, dans leur mémoire, MM. Carville et Duret ont représenté d'après Ferrier, la situation probable des centres corticaux chez l'homme. Ces centres sont indiqués par un trait rouge. J'ai pointé en bleu le point exact où se trouvait la lésion sur le cerveau de mon malade. En étudiant cette figure il est facile de remarquer que la lésion correspond à peu près exactement comme situation, à l'espace indiqué par Ferrier comme affecté aux mouvements du *membre supérieur*. Sous ce rapport essentiel, la présente observation est donc une éclatante confirmation des données de la physiologie expérimentale. Il est cependant quelques particularités sur lesquelles je demande la permission d'insister.

(1) Voir l'album de la Société.

Réflexions. On remarquera d'abord que le point malade que j'ai représenté, n'occupe que la huitième ou dixième partie de l'aire conscrite par l'image schématique du centre indiqué par le physiologiste anglais. De plus, il en dépasse légèrement les limites par en bas.

Mais il convient d'ajouter que dans la pensée de Ferrier, le centre dont il est mention, correspond à tout l'ensemble des mouvements du membre supérieur sans distinction de ce qui appartient au bras et à l'avant-bras ou à la main, sans la distinction des mouvements de flexion, extension, rotation, etc. Dans notre observation pathologique, au contraire, il s'agit d'une paralysie extrêmement limitée, qui, bien qu'intéressant à divers degrés l'ensemble du membre supérieur, atteint très-spécialement les muscles extenseurs de la main sur l'avant.

La pathologie n'est donc point ici en contradiction avec la physiologie ; elle la confirme au contraire, mais on précise les enseignements par une analyse des phénomènes plus délicate que ne peut l'être l'analyse expérimentale.

J'ai recherché avec le plus grand soin, dans la thèse si intéressante de M. Landouzy (*Contribution à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales*, Paris 1876), les faits qui pourraient être rapprochés de celui-ci. Je n'en ai trouvé qu'un qui me permette un rapprochement complet. Il appartient à M. Troisier (*Bull. de la Soc. anatomique* 1872, p. 262.) Il s'agit d'une méningite avec ramollissement de la région pariétale gauche, ayant déterminé une paralysie *des muscles animés par le nerf radial droit.* Sous ce rapport, la similitude serait frappante. Mais il existait en même temps une hémiplégie faciale droite. Ce qui jette nécessairement une certaine confusion dans l'observation. De plus, dans ce cas, la lésion est bien plus diffuse, puisque l'on trouvait sur la région pariétale une hyperémie des méninges et un semis de granulations tuberculeuses dans une étendue de 7 à 8 centimètres carrés, sans préjudice d'autres lésions de voisinage.

Il me semble donc que le hasard m'a servi beaucoup plus heureusement que notre collègue en m'offrant un exemple d'une localisation fonctionnelle extrêmement limitée, correspondant à une localisation anatomique non moins précise.

Il suffirait, je crois, d'un ou deux faits aussi nets que celui que je présente, pour nous permettre d'établir nettement dans l'écorce cérébrale, le siége des mouvements des muscles extenseurs de la main sur l'avant-bras. Ce siége se trouverait sur la lèvre postérieure du sillon de Rolando dans un point assez circonscrit pour pouvoir être couvert par la [illegible] du doigt, et situé sur la prolongation d'une ligne [illegible] passant par la base de la 2e circonvolution frontale.

Monstre Janiceps ; par M. Golay interne des hopitaux.

Le 12 juin 1876, naissait à 8 mois, dans la salle d'accouchement de l'hôpital Beaujon, un monstre double, qui, d'après la classification d'Is. Geoffroy Saint-Hilaire appartient au genre janiceps.

La mère, qui avait eu auparavant deux enfants bien conformés, a vu sa grossesse, sans cause extérieure appréciable, se compliquer d'une hydropisie de l'amnios. L'accouchement a été long et laborieux, et, il en est résulté la mort du produit dans la dernière période du travail. Laissant de côté les détails de l'accouchement, nous nous bornerons ici à décrire le monstre janiceps et à donner les résultats de l'autopsie.

Description. — Le monstre double qui fait le sujet de cette observation est caractérisé par la fusion intime de deux fœtus qui, libres dans leur moitié sous ombilicale, sont intimement unis au-dessus de l'ombilic commun. Sur ce double tronc commun, est portée une tête unique, complexe, à deux faces directement opposées, l'une antérieure, l'autre postérieure, représentant l'être mythologique connu sous le nom de Janus. D'après Is. Geoffroy Saint-Hilaire, on doit comprendre la [illegible] titution des deux visages de la manière suivante : [illegible] -malemoitiés de face qui dans chaque sujet, auraient [illegible] -uer la face ment, par leur réunion sur la ligne médiane [illegible] autre, en se de chacun des fœtus, se sont écartées l' [illegible] -eure de la tête renversant latéralement, la partie

n'ayant point été déplacée; la demi face droite d'un sujet est venue correspondre à la demi face gauche de l'autre et s'unir avec elle, et réciproquement, de manière à former deux faces, qui semblent et sont en effet, par rapport à l'ensemble de l'être double, l'une antérieure, l'autre postérieure, mais qui, par rapport à chacun des individus composants, sont tout-à-fait latérales. Ainsi, se trouve établie, de chaque côté de la tête, une face dont la moitié appartient à un sujet, l'autre moitié à l'autre, et qui, néaumoins, à ne la juger que d'après sa conformation, est, sauf sa largeur plus grande, complétement normale. En même temps que les faces des deux sujets composants sont ainsi associées et combinées entre elles, les poitrines et de même encore les abdomens dans leur région sous-ombilicale ont subi des modifications exactement analogues. La poitrine de chaque sujet est ouverte et séparée en ses deux moitiés, et celles ci rejetées à droite et à gauche, de chaque côté du corps, se réunissent avec les deux demi poitrines de l'autre sujet. Ainsi, au-dessous des deux faces droite et gauche, communes aux deux sujets composant se sont établies de même deux parois pectorales communes, disposées comme dans l'état normal, mais sensiblement plus larges; et la correspondance de la poitrine et de la face du même côté est si parfaite, l'axe d'union est si bien le même, que la ligne médiane de l'une est exactement le prolongement de la ligne médiane de l'autre.

Le cou, formé également par la fusion des cous propres à chacun des fœtus, est nécessairement très large, et il paraît même *proportionnellement* plus élargi que la double poitrine et la tête qu'il sépare. L'ombilic est commun, et, c'est immédiatement au-dessous de lui que les deux corps se séparent, et reprennent leur disposition normale, en sorte qu'au-dessous de l'ombilic se trouve, non un abdomen, mais l'intervalle de deux abdomens, qui se correspondent entre eux par leur face antérieure. Il existe deux colonnes vertébrales dont la disposition est restée normale et qui, par conséquent, sont directement opposées aux parois abdominales au-dessus de l'ombilic mais non aux parois thoraciques antérieures devenues latérales. Il existe deux occiputs normaux, comme les deux rachis avec lesquels ils se continuent, et par conséquent offrant une disposition analogue par rapport aux deux visages latéraux. — Enfin, il existe huit membres régulièrement conformés.

Telle est, rapidement décrite, la conformation extérieure de notre monstre, qui répond exactement à la description des janiceps types, telle que nous l'a donnée Is. Geoffroy-Saint-Hilaire. Il ne nous reste plus, pour terminer sa description, qu'à entrer dans le détail de quelques particularités d'un moindre intérêt, mais qui doivent cependant trouver place ici. Quoique l'union des deux fœtus qui constituent notre janiceps, se soit faite avec les plus parfaites symétrie et régularité, il est possible, en les regardant avec un peu d'attention, de voir que l'un des fœtus est légèrement moins développé que l'autre. Cette différence qui ne frappe nullement au premier coup d'œil, tant elle est faible, montrerait, elle aussi, à défaut d'autre preuve, que chaque face et chaque poitrine n'appartiennent pas par leurs deux moitiés au même fœtus mais bien à des fœtus différents. En effet, du côté de la tête, une des moitiés de chaque face est légèrement plus petite que l'autre; sur chaque face une arcade sourcilière est légèrement plus abaissée que sa voisine; sur les côtés de chaque poitrine un des bras est plus grêle que l'autre; et les parties les moins volumineuses du corps, correspondent aux parties de la tête les moins fortement développées. Nous ne pouvons mieux faire pour le prouver, que de donner les quelques mensurations que uous avons prises.

Pour la commodité de la description, nous désignerons le fœtus le plus développé par la lettre A; le moins développé la lettre B.

Du sommet de la tête aux talons	Fœtus A = 40 centimètres.	
	Fœtus B = 39 —	
Du sommet de la tête aux coccyx	Fœtus A = 24 centimètres.	
	Fœtus B = 2[illegible] —	1/2.
Du coccyx aux talons	Fœtus A = 16 centimètres.	
	Fœtus B = 15 —	1/2.

Ces différents chiffres correspondent aux dimensions données par les auteurs comme longueur moyenne des fœtus de huit mois. C'est aussi ce que l'interrogatoire de la mère nous avait fait admettre, comme époque à laquelle était arrivée la grossesse au moment de l'accouchement prématuré. — La fusion intime des deux fœtus, n'a donc nullement nui à leur développement et ils ont acquis des dimensions aussi normales que s'ils eussent été séparés.

Nous ne pouvons ici, vu la conformation particulière de la tête, donner ses diamètres d'après la nomenclature classique, puisque nous n'avons plus un occiput opposé au front et au menton, mais que les deux occiputs sont latéraux par rapport aux deux faces opposées; puisque aussi, comme nous le verrons dans un instant, les deux fontanelles antérieures sont soudées en une large fontanelle unique, presque circulaire, occupant le sommet de la tête et constituée par la convergence des quatre frontaux et des quatre pariétaux.

La circonférence passant par les quatre arcades sourcilières et les deux occiputs, mesure: 34 centim. 1/2, décomposables comme suit :

17 cent. 1/2 pour la demi-circonférence répondant au fœtus A.
17 »» — — fœtus B.

Le diamètre pris d'un occiput à l'autre a donné 13 cent.
— d'un front à l'autre — 7 1/2.
— d'un menton à l'autre — 9

En raison de ce diamètre bi-occipital égal à 13 centim., il est évident que la tête n'aurait pas pu franchir le détroit inférieur si ce diamètre lui était resté parallèle. Il a fallu, pour que l'expulsion de la tête fut possible, qu'un des occiputs se fléchit pour ainsi dire sur la région dorsale correspondante, tandis que l'autre occiput se mettait en extension. De cette façon ce n'était plus le diamètre bi-occipital qui était parralèle au détroit inférieur, mais un diamètre de 11 centim. 1/2 étendu de l'un des espaces sous-occipitaux à la portion la plus éloignée de l'espace membraneux qui représente chez notre fœtus double la fontanelle antérieure. C'est ce que nous avons constaté lors de l'accouchement, qui, quoique long et fort douloureux pour la mère, s'est cependant terminé spontanément. Nous ferons remarquer à ce propos, combien il est heureux pour la mère que le terme ds la grossesse ait été avancé, car nous pouvons juger maintenant, quelles difficultés on aurait eu sans doute à surmonter, au moment de l'accouchement, si la tête avait continué de s'accroître jusqu'à neuf mois. L'expulsion de cette tête eut été sans doute impossible, si l'on veut songer aux difficultés ordinaires de l'accouchement avec un fœtus qui, d'ailleurs normal, est un peu volumineux et calculer, d'après cette donnée, l'importance d'un obstacle qu'opposerait à la naissance la duplicature totale ou même partielle d'un fœtus.

Autopsie. — Après avoir fait une incision sur la ligne médiane de chaque poitrine, et rejeté les parties molles sur les côtés, la cage thoracique commune aux deux sujets composants s'est trouvée à découvert et nous a permis de constater la présence de deux sternums opposés l'un à l'autre, et appartenant pour moitié à chacun des sujets composants. Les côtes, en nombre normal, partaient de chacune des colonnes vertébrales opposées et venaient se rendre par paires, avec une direction très-oblique de haut en bas et de dehors en dedans, aux deux bords correspondants de chaque sternum, limitant ainsi une cage thoracique unique et commune aux deux sujets. Aux deux rachis, correspondaient deux moelles épinières normales, opposées l'une à l'autre dans toute leur étendue par leur face antérieure et comprenant entre elles tous les viscères thoraciques et abdominaux. Quant aux autres os du squelette, à part les os du crâne, dont nous parlerons dans un instant, ils étaient normalement disposés.

Après avoir enlevé les parois thoraciques sur l'une des faces du fœtus double, nous avons constaté que d'un sternum à l'autre, existait une cloison membraneuse, séparant les fœtus en fœtus droit et fœtus gauche, en cavité thoracique droite et cavité thoracique gauche. De chaque côté de cette cloison médiane, on voyait entre les côtés gauche et droit, une dissemblance très-caractérisée : tandis qu'à gauche de la ligne médiane, existait une cavité pleurale nettement des-

sinée et limitée en bas par la convexité du diaphragme, renfermant un petit poumon ratatiné, qui remplissait très-incomplètement la cavité ; à droite de la ligne médiane au contraire, on apercevait un grand nombre d'organes, et en particulier un cœur occupant la partie la plus supérieure de la cavité thoracique. Les autres organes étaient constitués par divers viscères abdominaux, qui avaient fait hernie dans la cavité pectorale par un large orifice que présentait le diaphragme. C'étaient l'estomac, deux rates, une portion assez considérable d'un foie, dont l'autre partie était restée dans la cavité abdominale. Quant au poumon, on ne l'apercevait qu'en écartant les organes : il avait la même apparence rosée et ratatinée que celui du côté gauche, et telle, qu'il était évident qu'ils n'avaient jamais respiré. Le cœur était entouré de son péricarde, mais rien ne le reliait au diaphragme, qui, comme nous venons de le dire, manquait en ce point de la cavité thoracique.

Retournant les deux fœtus adhérents, nous avons enlevé le sternum et les côtes correspondant à l'autre face du fœtus double et constaté l'existence de deux autres cavités pleurales séparées par la cloison membraneuse décrite et limitée inférieurement par la convexité du diaphragme. Ces deux cavités pleurales renfermaient également chacune un poumon. Tout près de la ligne médiane, et derrière la partie moyenne du sternum, se trouvait un second cœur bien conformé, adhérent au diaphragme par son péricarde. On ne constatait pas de viscères abdominaux, ayant fait hernie de ce côté dans la cavité thoracique.

De même que nous venons de voir qu'il y avait quatre poumons, il existait deux trachée-artères, deux os hyoïdes et deux larynx. Ces derniers organes s'ouvraient dans un pharynx unique situé au centre du cou. Le pharynx se continuait dans le thorax par un œsophage également unique pour les deux fœtus, et occupant exactement le centre de la cavité thoracique entre les deux trachée-artères et dans une sorte de dédoublement de la cloison membraneuse que nous avons signalée. Il n'existait de même qu'un seul estomac, placé au-dessus d'un pancréas unique et entre deux rates normalement développées. La disposition du canal alimentaire qui faisait suite à l'ampoule stomacale, était des plus intéressantes : simple supérieurement, du pylore jusqu'à la partie moyenne de l'intestin grêle, le tube digestif se renflait subitement en ce point en une sorte d'ampoule, puis se bifurquait pour former deux iléums, deux cœcums et deux gros intestins qui allaient se terminer chacun de la façon la plus régulière à un anus bien conformé et parfaitement perméable.

Revenons encore à la cavité thoracique. Nous avons vu qu'en arrière de chaque sternum, se trouvait un cœur. Ces deux organes étaient tous deux normaux, quant à leur forme et leur volume. Ils étaient bien séparés, disposés d'une manière symétrique et pourvus de leurs vaisseaux normaux. Ils recevaient tous deux une veine cave supérieure, une veine cave inférieure, et donnaient chacun naissance à une aorte et à une artère pulmonaire. Chaque aorte se recourbait en crosse et gagnait bientôt le côté gauche de la colonne vertébrale du sujet auquel elle correspondait, exactement comme si les deux sujets n'avaient pas été réunis. De chaque cœur partait une artère pulmonaire qui, se continuant à plein canal avec le canal artériel, allait se jeter dans la crosse de l'aorte correspondante, en donnant dans ce court trajet, deux branches destinées aux deux poumons les plus voisins. De chaque crosse naissaient deux artères sous-clavières qui se dirigeaient vers la clavicule gauche et droite du sujet auquel le cœur appartenait. Quant aux carotides primitives, il n'en était pas de même : de l'une des crosses aortiques, naissait une sorte de tronc brachiocéphalique, qui se divisait bientôt en deux carotides primitives; de l'autre crosse aortique, naissaient directement deux carotides. Et ces artères, au lieu de se porter aux côtés gauche et droit du cou du fœtus auquel correspondait le cœur observé, montaient sur le côté gauche du cou de l'un des fœtus et sur le côté droit du cou de l'autre fœtus, et. se dirigeaient directement vers les deux demi-faces constituant par leur réunion, une des figures du monstre; de telle sorte que chaque visage, quoique appartenant pour moitié à chacun des fœtus composants, recevait cependant du sang provenant seulement d'un des cœurs.

Enfin, nous devons signaler une disposition très-intéressante et très-particulière des organes circulatoires de notre janiceps, et que nous n'avons vue signalée nulle part. Elle consistait dans l'existence d'une large anastomose réunissant les deux crosses aortiques sous forme d'un vaisseau dirigé d'avant en arrière à travers la cavité thoracique.

Au-dessous du diaphragme commun aux deux fœtus adhérents, il existait deux foies, séparés l'un de l'autre par la masse intestinale. Ils se regardaient par leur face inférieure, tandis que leur face supérieure ou convexe était en rapport avec la paroi abdominale correspondante. Ils occupaient la ligne médiane de l'abdomen, étaient tous deux pourvus d'une vésicule biliaire bien dessinée, et recevaient chacun une veine ombilicale partant de l'ombilic commun. Ils étaient égaux entre eux, très-volumineux, occupant une grande partie de la cavité abdominale, l'un d'eux faisant même hernie par un de ses lobes dans la cavité thoracique à travers le large orifice du diaphragme que nous avons signalé plus haut.

Il existait quatre reins, entourés chacun de leur enveloppe celluleuse, et situés à leur place normale sur les côtés des deux colonnes vertébrales opposées l'une à l'autre par leur face antérieure. De chaque rein partait un uretère; et ces canaux deux à deux allaient se rendre à une vessie bien conformée, située derrière le pubis de chaque sujet composant.

De chaque vessie, partait un urèthre qui se rendait et s'ouvrait à l'extrémité de la verge de chacun des deux fœtus. Les scrotums ne renfermaient pas encore les testicules, mais on trouvait ces organes, au nombre de quatre, libres par une de leurs moitiés dans la cavité abdominale. engagés par l'autre dans l'orifice interne du canal inguinal qui correspond à chacun d'eux.

Quant à la tête, sa couformation intérieure, était assez nettement indiquée par sa disposition extérieure. Le pharynx commun correspondait à deux cavités buccales symétriquement placées et s'ouvrant au dehors par deux bouches bien conformées et pourvues de deux langues dirigées en sens inverse. Cette disposition permettait d'introduire un stylet par une bouche et de le faire sortir par l'autre. Les voûtes palatines étaient normalement disposées et les deux cavités nasales offraient également une disposition exactement normale. Il en était de même des autres organes des sens.

De même qu'il avait deux visages, notre janiceps était pourvu de deux encéphales séparés l'un de l'autre par une forte cloison membraneuse. Ils devaient être vraisemblablement complets : mais nous n'avons pas pu éclaircir cette question, ces organes ayant été malheureusement réduits en bouillie, par un séjour un peu trop prolongé dans une solution de chloral. Du reste, on s'explique aisément, que les appareils encéphaliques étant placés dans la région postérieure du corps, c'est-à-dire précisément dans la région que l'anomalie n'atteint pas, soient distincts et appartiennent en propre à chacun des individus composants, loin d'être formés comme la face, d'organes fournis par moitié par chaque fœtus.

Pour ce qui a rapport à la disposition des os du crâne, nous avons constaté ce qui suit : Au-dessus de chacun des rachis, se trouvaient les deux trous occipitaux, situés à égale distance des extrémités des deux faces, et entre eux deux, se voyaient les deux apophyses basilaires séparées l'une de l'autre par une membrane, aux dépens de laquelle devait sans doute se former une portion de sphénoïde qui eût été commune aux deux sujets composants. Cette membrane était médiane et vraiment centrale par rapport aux os de la base du crâne, comme le pharynx commun qui était au-dessous l'était aux autres parties de la région buccale. Au-dessus de chaque trou occipital, en procédant de bas en haut, c'est-à-dire, en remontant du trou occipital vers le sommet du crâne, on trouvait la portion écailleuse de l'occipital, puis les pariétaux et enfin la fontanelle réunissant entre eux les frontaux très droits, considérablement écartés l'un de l'autre et renversés latéralement (à peu près comme les deux feuillets d'un livre se séparent et s'écartent l'un de l'autre, le dos du livre restant en place).

La même disposition se montrant au-dessus du trou occipital de l'autre sujet, il résultait de la soudure des deux fontanelles antérieures, une large fontanelle unique, presque circulaire, située au sommet de la double tête et constituée par la convergence des quatre frontaux et des quatre pariétaux.

BIBLIOGRAPHIE

III. **Influence de la digitale sur la température, le pouls, la tension artérielle et la respiration**; par M. le docteur Alfred Lombard. Imprimerie Berger-Levrault ; Nancy, 1876.

Le sujet choisi par M. le docteur Lombard comme thèse inaugurale, a déjà été l'objet de nombreux travaux ; les opinions émises par les auteurs sur l'appréciation des faits expérimentaux, concernant la digitale, ont beaucoup varié. Elève de MM. les professeurs Feltz et Ritter, dirigé par eux l'auteur a pu entreprendre de nombreuses recherches. M. Lombard passe en revue, tout d'abord, les procédés opératoires mis en usage.

L'infusion de digitale a été administrée, par introduction directe, dans le système veineux. Il a été possible d'établir le rapport exact entre le poids de l'animal et la substance ingérée. La température a été prise dans le rectum; le pouls, enregistré avec l'appareil Marey ; la tension artérielle, mesurée avec un appareil spécial de M. Feltz, etc.

Des recherches de l'auteur, il résulte : 1° Que l'effet le plus constant de la digitale administrée à dose toxique ou médicamenteuse est le changement de la tension artérielle. Celle-ci baisse toujours, en toute circonstance, dès le premier moment de l'intoxication digitalique. 2° L'affaiblissement de la tension artérielle, constant et progressif, montre que l'action de la digitale porte primitivement sur le cœur, et qu'elle impressionne directement les ganglions cardiaques. 3° Parallèlement à la diminution progressive de la tension marche la descente graduelle de la température. 4° Aussitôt que l'organisme est impressionné par la digitale, le pouls se ralentit d'une manière subite et très-considérable. 5° La respiration devient irrégulière.

Des différentes conclusions, tirées par l'auteur de son travail, il n'y en a guère qu'une seule qui soit vraiment neuve : c'est celle relative au siége d'élection comme principe agissant de la digitale, action directe sur les centres nerveux moteurs du cœur. Les raisons données paraissent bonnes ; dans tous les cas le livre de M. Lombard est un travail consciencieux, bien conduit, et reposant sur un très-grand nombre d'expériences.

IV. **Recherches sur les causes de l'épilepsie et des convulsions épileptiformes**; par le docteur Durand-Hugon. Paris, 1876. Librairie Adrien Delahaye.

M. le docteur Hugon, qui a observé dans un hospice de province (Clermont-Ferrand), passe en revue les différentes causes désignées par les auteurs, comme celles pouvant produire l'épilepsie. Non-seulement l'auteur a eu vue, dans son travail, l'épilepsie vraie, le mal caduc, mais encore toutes les attaques épileptiformes. Son sujet ainsi compris, il est obligé d'étudier successivement et les causes de l'affection épileptique, proprement dite, et les diverses maladies dans lesquelles se manifestent des crises épileptiformes.

Ce travail était très-beau à entreprendre; exposer tout d'abord les circonstances étiologiques bien nettes dans l'épilepsie vraie, étudier ensuite les crises épileptiformes en montrant bien ce qu'il y a de connu relativement à la pathogénie; chercher un lien d'ensemble pour ces divers phénomènes, semblables en apparence, et si dissemblables au fond; puis, de là, si faire se peut, s'élever à une conception générale de la pathogénie proprement dite de l'épilepsie, il y avait là de quoi tenter un travailleur comme M. Hugon, et il aurait eu pour se guider les travaux de ceux qui ont compris ainsi cette question si difficile de la cause vraie, tangible de l'épilepsie. Au lieu de cela, l'auteur a fait une énumération; il a pris une à une les causes indiquées par les auteurs et, nous le répétons, il a été forcément conduit à une énumération stérile, et à rapprocher des faits complétement différents les uns des autres, et sans liens apparents. Quoi qu'il en soit le travail de M. Hugon mérite d'être lu.

La statistique a montré à l'auteur que, contrairement aux idées reçues, l'épilepsie se développe surtout entre 10 et 20 ans. Il ne peut affirmer que l'épilepsie soit plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Les professions, dit-il, n'ont aucune influence sur l'apparition des attaques, excepté celles où l'ouvrier manie des préparations de plomb ou de mercure, et cependant M. Hugon sait bien qu'il y a une différence profonde, radicale, non pas au point de vue de l'expression symptomatique, mais au point de vue de la marche, de la gravité, des conséquences, entre l'éclampsie saturnine et l'épilepsie vraie. Toutes les questions relatives à l'hérédité, au mariage, au célibat, à l'onanisme, aux excès alcooliques, etc., sont traitées avec les développements qu'elles comportent.

En suivant le plan qu'il a adopté, l'auteur aurait peut-être pu passer en revue les attaques épileptiques liées aux ramollissements cérébraux superficiels, aux plaques de méningites chroniques, les épilepsies partielles, etc. La critique que nous adressons à M. le Dr Hugon, est surtout une critique de plan; les matériaux, accumulés dans son travail, sont excellents.

V. **De la rupture des anévrysmes de l'aorte dans la trachée et les bronches**; par le Dr Ordonneau. Paris, 1875, librairie Adrien Delahaye.

M. le Dr Ordonneau a compulsé un très-grand nombre d'observations relatives à la rupture des anévrysmes de l'aorte dans la trachée et les bronches ; il a rapporté, dans son travail, celles de ces observations qui ont été prises avec le plus de soin. Deux idées principales dominent les recherches de l'auteur : 1° Quels sont les anévrysmes, soit de l'aorte, soit du tronc brachio-céphalique, qui, en raison de leur siége anatomique, s'ouvrent principalement dans la trachée ou dans les bronches ; par quel mécanisme se fait cette rupture ; 2° existe-t-il des signes certains pouvant faire prévoir cette rupture, et ces signes quels sont-ils? Les faits ont montré à M. Ordonneau que c'était moins le volume de la tumeur que son siége qu'il fallait prendre en considération.

Souvent des tumeurs très-petites se sont ouvertes dans les voies aériennes, tandis que d'autres, très-volumineuses, sont restées absolument intactes. D'une façon générale, ce sont les anévrysmes qui se développent à la face postérieure de la crosse aortique, ou pour parler plus exactement, tous ceux qui prennent naissance dans les points de contact, de rapport immédiat des vaisseaux et de la trachée.

La rupture de l'anévrysme qui, anatomiquement, se fait pas à pas, se traduit cliniquement le plus souvent à l'improviste. Il n'existe pas de signes annonçant d'une façon certaine, ou même probable, la rupture ; il ne peut y avoir que présomption. Un seul signe donne un certain degré de probabilité : le crachement teint ou strié de sang, en plus ou moins grande abondance, et il est souvent le seul signe de petits anévrysmes développés dans les conditions spécifiées plus haut.

La perforation se fait par inflammation ulcérative et extension de l'ulcération, par gangrène et chute de l'escharre, par destruction ou résorption des éléments de la trachée de l'extérieur à l'intérieur, et déchirure de la muqueuse. Il faut savoir gré à M. Ordonneau d'avoir ramené l'attention vers l'étude de ces phénomènes dont l'importance clinique est grande, et qui ont été si bien étudiés par M. Charcot à l'article « Aorte » du *Dictionnaire encyclopédique*.

F. Raymond.

VARIA

Muséum d'histoire naturelle.

— Les laboratoires du Muséum d'histoire naturelle vont être considérablement accrus, grâce à l'acquisition de 3,662 mètres superficiels de terrains situés le long de la rue de Buffon.

Les professeurs pourront, par suite, donner à leur enseignement pratique toutes les facilités désirables. On sait que la réorganisation du magnifique établissement scientifique qu'ils dirigent remonte au 10 juin 1793, époque à laquelle la Convention nationale agrandit le Jardin des Plantes projeté en

1826 par Hérouard, premier médecin du roi Louis XIII, et créé par Guy La Brosse en 1633.

Sous la Restauration, les travaux de Geoffroy Saint-Hilaire et de Cuvier rendirent au Muséum l'éclat que de Jussieu, Buffon, Daubenton, Lacépède et Bernardin de Saint-Pierre lui avaient donné.

Depuis lors et jusqu'à nos jours, le Muséum n'a cessé de faire des progrès. Des constructions importantes y ont été élevées, des serres magnifiques permettent d'y cultiver les plus grands végétaux des contrées tropicales. La bibliothèque comprend 45,000 volumes d'histoire naturelle, environ 500 volumes manuscrits, 1,000 cartes géographiques ou géologiques et près de 2,000 dessins originaux, dont plusieurs milliers composent la collection des vélins. En outre, de nombreux cours sont ouverts chaque année gratuitement au public, qui peut aussi demander des échantillons de graines et de végétaux. C'est au Muséum que sont morts Cuvier, Geoffroy Saint-Hilaire, Gay-Lussac, de Blainville, Brongniart, etc. Les fruits récoltés dans le jardin, sont, pour la plupart, distribués aux pauvres du quartier.

Par suite de l'acquisition projetée, le Muséum aura enfin la libre disposition de tous les terrains compris entre les rues Cuvier, Geoffroy Saint-Hilaire, Buffon et la place Valhubert, sans qu'aucune enclave gêne, comme par le passé, ses services et ses aménagements intérieurs. (*Débats*).

Jurisprudence médicale.

Du timbre des certificats. — On passe à l'ordre du jour, qui appelle la discussion sur les certificats. La question se pose ainsi : Tous les certificats signés par un médecin doivent-ils être écrits sur papier timbré ?

Plusieurs confrères se sont vus poursuivis et condamnés à une amende dépassant 60 francs pour avoir délivré à leurs clients, sur la demande de ces derniers, des certificats sur papier libre. Si l'on veut se rendre compte de la multiplicité des cas où ces certificats nous sont demandés, on comprendra la légitime préoccupation des médecins à ce sujet et l'intérêt qu'ils attachent à la solution de cette question fiscale.

Il se dégage de la discussion ouverte à ce sujet un fait hors de doute : c'est que certains certificats peuvent ne pas être timbrés, d'autres doivent l'être d'une façon absolue, enfin un certain nombre restent dans une catégorie douteuse. M. le président, qui s'est renseigné auprès de quelques employés de l'administration du Timbre et de l'Enregistrement, est d'avis que les certificats destinés à être produits en justice sont seuls soumis au timbre. Mais une objection est immédiatement soulevée.

Un médecin ne sait pas toujours à l'avance l'usage qui pourra, à un moment donné, être fait du certificat qu'il délivre ; telle attestation aujourd'hui sans intérêt, peut demain, dans un mois, dans un an, devenir une pièce de procès ou la base d'une réclamation devant les tribunaux. Sur la proposition de M. Bessières, d'Egreville, et conformément au modèle qu'il présente, on arrête une liste comprenant à peu près tous les certificats qu'on peut demander à un médecin, et M. le Président est prié de prendre des renseignements nouveaux auprès de qui de droit, et de vouloir bien faire consigner dans le procès-verbal de cette séance les éclaircissements qu'il aura pu obtenir.

Les renseignements obtenus par M. le Président sont les suivants :

Les certificats de médecins produits par des particuliers à titre de *justification, demande* ou *défense* sont assujettis au timbre, en vertu de la règle générale de l'art. 12 de la loi du 13 brumaire an VII. (Décision du ministre des finances du 10 mars 1874.)

Nous allons passer en revue la série des certificats consignés sur la liste précitée avec la réponse annexée à chacun et les développements qu'elle comporte :

LISTE DES CERTIFICATS.

1° Certificats aux nourrices pour obtenir un nourrisson. — *Cette pièce ne paraît exempte du timbre qu'autant qu'elle est délivrée à des nourrices destinées aux enfants assistés.* Déc. fin. du 25 février 1841, *Journal de l'enregistrement*, n° 12,697-2.) 2° Certificat de vaccine. — *Exempt.* 3° Certificat de naissance ou de décès. — *Exempt.* 4° Certificat ou rapport médical pour coups, blessures ou meurtre, sur réquisition de M. le maire, ou de M. le juge de paix, ou de M. le juge d'instruction, ou de M. le procureur de la République, ou de M. le commissaire de police.

5° Certificat sur réquisition de M. le maire, pour constater le décès d'une personne trouvée sur la voie publique par suite de maladie, d'accident, de meurtre ou de suicide. — *Les certificats et rapports donnés par les médecins sur la réquisition de l'autorité judiciaire ou de la force armée, sont* exempts *du timbre comme rentrant dans la catégorie des actes de police générale et de vindicte publique. Il importe peu que ces certificats soient provoqués par un particulier, si le particulier s'est muni au préalable d'une réquisition de l'une des autorités chargées de concourir à la répression des crimes et délits.* (Décision fin. du 10 mars 1874.)

6° Certificat pour les aliénés. — *Il y a une distinction à établir. Le certificat délivré par le médecin d'une maison d'aliénés au sujet de l'état d'un malade est* exempt *du timbre, s'il a un caractère purement administratif, et ne doit servir que dans l'intérieur de l'asile. Il est, au contraire,* sujet *au timbre dès qu'il est délivré à des particuliers ou qu'il est employé dans un intérêt privé.* (Sol. 17 novembre 1864.) 7° Certificat de santé pour les Compagnies d'assurances sur la vie. — *Soumis au timbre.* 8° Certificat de décès pour les Compagnies d'assurances sur la vie. — *Soumis au timbre.* 9° Certificat de maladie ou d'infirmités à l'époque de la révision. — *Soumis au timbre.* 10° Certificat de maladie dans le cas d'impossibilité de se présenter lors du tirage du tirage au sort ou de la révision. — *Soumis au timbre.* 11° Certificat pour obtenir une prolongation de congé de convalescence (militaire ou civil). — *Soumis au timbre.* 12° Certificat de maladie délivré à un militaire ou un ecclésiastique pour obtenir une saison aux eaux thermales. — *Soumis au timbre.* 13° Certificat d'infirmités pour obtenir une retraite avant l'âge voulu (prêtres, instituteurs, employés des postes, des ponts-et-chaussées, etc.) — *Soumis au timbre.* 14° Certificat d'aptitude pour obtenir l'admission dans certaines écoles ou administrations de l'Etat. — *Soumis au timbre.* 15° Certificat de maladie pour obtenir une indemnité pour traitement médical des administrations ou des Sociétés de secours mutuels (instituteurs, ponts et chaussées, sociétés de patronage, etc.) — *Exempt si le certificat du médecin est rédigé à la suite d'un certificat d'indigence.* 16° Certificat de maladie ou d'infirmités pour admission dans les hôpitaux ou hospices de la vieillesse. — *Exempt.* 17° Certificat d'infirmités pour secours annuels du département en cas d'indigence. — *Exempt.* 18° Certificat de maladie pour être dispensé de faire acte de présence en cas d'arbitrage, de juré ou de témoignage devant les tribunaux. — *Soumis au timbre.* 19° Certificat demandé par une veuve d'employé à l'effet d'obtenir une pension de l'administration. — *Soumis au timbre.*

Remarque importante. — Un médecin n'est pas passible d'amende quand un certificat non timbré délivré administrativement et avec *mention de la destination* est plus tard produit en justice. *Les médecins feront donc prudemment d'indiquer la destination de tout certificat délivré sur papier non timbré.* (*Union médicale.*)

Alcool camphré. Droits auxquels il est soumis. — La loi du 24 juillet 1843 a affranchi des droits ordinaires établis sur les alcools, les esprits dénaturés de manière à ne pouvoir être consommés comme boisson. L'alcool camphré doit-il être compris dans cette exception ? Telle était la question posée au tribunal civil de la Seine, dans son audience du 6 mai dernier, par l'opposition d'un sieur R... à une contrainte délivrée contre lui.

Le tribunal a jugé que l'opposition était mal fondée et que l'alcool camphré était soumis aux droits. Attendu, dit son jugement, qu'à supposer que le camphre ait quelque peu des caractères d'une huile essentielle, il diffère des huiles que l'ordonnance de 1844 a eues en vue, en ce qu'il se présente sous une forme concrète et que l'évaluation du rapport, dans la proportion d'au moins deux dixièmes d'un volume solide mélangé avec un volume liquide, n'est pas une opération dont le service de la Régie puisse se rendre compte, dans les termes de l'article 3 de ladite ordonnance ; qu'au surplus, la loi n'a voulu affranchir des droits ordinaires que des esprits dont la dénaturation est telle qu'ils ne peuvent pas servir ultérieurement de boisson, et qu'il n'est pas possible de les revivifier dans des conditions qui permettent de les offrir ensuite à la consommation. Or, il est constant, pour le tribunal, d'une part, que le camphre ajouté soit à l'alcool, soit à l'eau-de-vie, ne le dénature pas de manière que les liqueurs camphrées ainsi obtenues ne puissent plus régénérer de l'alcool pouvant être consommé comme boisson; et, d'autre part, que les frais de la régénération, eu égard à la différence des droits, qui dépasse 110 fr. par hectolitre, laisseraient encore un bénéfice important à celui qui pratiquerait cette opération. (*Répertoire de pharmacie*).

Sur un mode d'administration de l'acide salicylique.

Il est un mode bien simple d'administrer l'acide salicylique en potion, c'est de le dissoudre dans la potion de Todd des hôpitaux, ce que faisait l'année dernière et cette année encore à la Pitié, dans le service de M. Labbé, M. Guinard, interne en pharmacie.

Acide salicylique		1 gramme.
Rhum	ãa	60 —
Julep diacodé		

Dissolvez l'acide dans le rhum, ajoutez le julep.

On obtient ainsi une potion de 125 grammes pas trop désagréable, d'une ingestion facile et où l'acide, dont on peut porter la dose jusqu'à 1 gramme, est maintenu dissous. Or, celui-ci est habituellement prescrit à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme.

On peut au besoin y ajouter un peu de sirop de sucre.

Dans le cas où l'on devrait dépasser cette dose, aller jusqu'à deux grammes par exemple, ainsi que le fait M. Perrier, trois autres formules pourraient être employées :

1	Rhum	ãa	60 grammes,
	Sirop de sucre		
	Acide salicylique		2 —
2	Alcool à 90 degrés	ãa	60 —
	Julep diacodé		
	Acide salicylique		2 —
3	Alcool à 90 degrés	ãa	60 —
	Sirop de sucre		
	Acide salicylique		2

De ces trois formules, M. Quinard préfère la première, qui donne une potion d'un goût moins désagréable. (*Répertoire de pharmacie*, octobre 1876, p. 609).

Enseignement médical libre.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Charcot continue

son cours sur *les maladies du système nerveux*, tous les dimanches, à neuf heures et demie.

Hospice de la Salpêtrière. — Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. — M. le docteur Aug. Voisin, médecin de la Salpêtrière, a recommencé ses conférences cliniques le jeudi 14 décembre, à 9 h. 1/2 du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. Présentation de malades et démonstrations histologiques. — Par décision ministérielle, MM. les Etudiants devront être munis d'une carte d'entrée que le Directeur de la Salpêtrière leur délivrera sur le vu d'un certificat de la Faculté de médecine, attestant qu'ils ont passé le troisième examen de fin d'année. Les médecins et les magistrats auront accès à ces cours sur la présentation de leur carte personnelle.

Cours d'accouchement. — MM. Budin et Pinard ont commencé le mercredi 15 novembre à 4 h. 1/2, un cours d'accouchement. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en 4 parties : 1re partie, Anatomie, Physiologie, Grossesse. 2e Eutocie. — 3e Dystocie. — 4 Exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Ecole d'anthropologie. — Le cours de démographie et de géographie médicale du docteur Bertillon, dont nous avons déjà annoncé l'ouverture, se fera *désormais* dans le local même de la Société d'anthropologie. Il aura lieu *tous les samedis* à 5 heures. Dans la séance de samedi prochain, 16 décembre, le professeur continuera à traiter de l'influence comparée du célibat, du mariage et du veuvage sur la mortalité, et commencera l'importante question des mariages consanguins.

Collége de France. — Cours d'histoire naturelle des corps organisés. — M. le professeur Marey commencera ce cours le samedi 6 janvier, à deux heures, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Il traitera de la circulation du sang.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Uroscope de Trousse par M. Yvon.

Un tube métallique est divisé en deux compartiments et fermé à chaque extrémité par un bouchon à vis. Le plus petit de ces compartiments renferme un tube de cristal destiné à chauffer l'urine. Dans ce tube, se trouve un petit étui en gutta garni de papier de tournesol *bleu* et *rouge*.

De ce côté, le bouchon, muni d'un double pas de vis, porte en son centre une pince qui lui est fixée perpendiculairement, et peut se visser sur le tube, cette pince en dehors. On y glisse le petit tube en cristal que dès lors l'opérateur peut tenir commodément et sans crainte de se brûler.

Le second compartiment renferme :

1° Un tube de cristal, de rechange ;

2° Un autre tube, fermé par un bouchon de caoutchouc, et rempli de pastilles de potasse caustique.

Le bouchon métallique de ce second compartiment est constitué par un petit microscope dont le pouvoir amplifiant est suffisant pour l'examen des

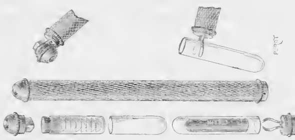


Figure 80.

dépôts urinaires. Cet instrument est disposé de façon à pouvoir être saisi par la pince fixée à l'autre extrémité du tube.

L'*Uroscope* dont le volume ne dépasse pas celui d'une porte-nitrate peut facilement se placer dans une trousse et renferme tout ce qui est nécessaire pour constater :

1° L'*alcalicité* ou l'*acidité* de l'urine ,

2° La présence de l'*albumine* en chauffant un peu d'urine dans le tube (au moyen d'une bougie ou même d'une allumette ;

3° La présence du *sucre* en chauffant l'urine avec pastille de potasse caustique ;

4° On peut enfin examiner les sédiments urinaires, les acares.

Mortalité a Paris. — Population, d'après le recensement de 1872. — 1,851,792 habitants. Pendant la semaine finissant le 14 décembre 1876, on a constaté 870 décès : soit 244 décès par mille habitants et pour l'année, savoir : variole, 4 ; rougeole, 11 ; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 62; érysipèle, 4; bronchite aiguë, 32 ; pneumonie, 50 ; dyssenterie, » ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1 ; choléra nostras, » ; angine couenneuse, 25; croup, 18; affections puerpérales, 3 ; autres affections aiguës, 208; affections chroniques, 376 dont 154 dues à la phthisie pulmonaire, affections chirurgicales, 51; causes accidentelles, 24.

Académie de médecine ; projet d'un nouveau local. — Le comité secret de mardi dernier a eu pour objet la discussion d'un projet relatif au transfert de l'Académie sur l'emplacement de l'ancienne pépinière du Luxembourg, où le ministre des finances offre à la savante Compagnie un terrain de 1,200 mètres. Il paraît que ce projet soulève de la part de quelques académiciens, une vive opposition. Après un débat des plus agités on n'a pu conclure et l'on s'est ajourné à quinzaine. — (*Gazette médicale de Paris*).

Faculté de médecine de Paris. — Il y a lieu de pourvoir aux deux chaires de pathologie interne vacantes à la Faculté de médecine de Paris. Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour la production de leurs titres. — M. Robin, professeur d'histologie est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1876-1877, par M. Farabeuf, agrégé. — M. Richet, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1876-1877, par M. Le Dentu, agrégé.— M. Tardieu, professeur de médecine légale, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1876-1877, par M. Brouardel, agrégé. — M. Olivier, agrégé, est chargé du cours de pathologie médicale, en remplacement de M. Axenfeld, décédé. — M. Tourneux sera chargé des fonctions de préparateur du laboratoire d'histologie. — M. Dareste de la Chavanne, docteur ès sciences et docteur en médecine, professeur à la Faculté de sciences de Lille, est autorisé à faire un cours d'embryogénie à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1876-1877.

Concours. — *Internat.* Samedi, 9 décembre. — *Rapports du pharynx ; symptômes de la scarlatine normale* ; lundi, 11 décembre, *nerf grand hypoglosse ; symptômes et diagnostic du cancer de la langue.*

Externat. — Samedi, 9 décembre : *phlegmon diffus* ; mardi 12 décembre, *panaris.* Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. : 1, Leloir ; 2, Goy ; 3, Vimont ; 4, Léon Brault ; 5, Léon Boullet ; 6, Bourcy ; 7, Talamon ; 8, Robert Alphonse ; 9, Bruneau ; 10, Denoyer. — 11, Sheahan ; 12, Assaky ; 13, Thibierge ; 14, Broussin ; 15, Chanut ; 16, Brocq ; 17, Girou ; 18, De Gastel ; 19, Paul-Louis Millet ; 20, Jamin. — 21, Didier ; 22, Verrier ; 23, Ledoux ; 24, Mossé ; 25, Savard ; 26, Decaye ; 27, Bertheux ; 28, Hulot ; 29, Tisné ; 30, Rosillon. — 31, Cailleret ; 32, Bénard ; 33, Desnos ; 34, Rouhet ; 35, Pignot ; 36, Aubeau ; 37, Boiteux ; 38, Lambin ; 39, Coiffier ; 40, De Lamer. — 41, Doléris ; 42, Bongrand ; 43, Bourdel ; 44, Hème ; 45, Lacharrière ; 46, Mathieu ; 47, Bursaux ; 48, Ambrésin ; 49, Mary Georges ; 50, Gaudonet. — 51, Didiou ; 52. Aigre ; 53, Périgord ; 54, Réal ; 55, Audouin ; 56, Cerné ; 57, Debrun du Bois-Noir ; 58, Richard ; 59, Métaxas ; 60, Labbé. — 61, Inglessis ; 62, Regard ; 63, Piogey ; 64, Boulay ; 65, Pellier ; 66, Guadaligre ; 67, Guedron ; 68, Verneuil ; 69, Méricamp ; 70, Labadie. — 71, Pierre Marie ; 72, Valentin ; 73, Bézy ; 74, Mesnet ; 75, Boivin ; 76, Tartière ; 77, Crouzat ; 78, Pousson ; 79, Philippe-Lavallée ; 80, Weil. — 81, De Pezzer , 82, Aristide Brand ; 83, Momon ; 84, Rodet ; 85, Négol : 86, Baralt ; 87, Chevallier ; 88, Bottez ; 89, Manaud ; 90, Thuvien. — 91, Pignol ; 92, Gourgues ; 93, Chantemesse ; 94, Rueff ; 95, Constant ; 96, Deladrière ; 97, Detourbe, 98, Rivet ; 99, Fauqué ; 100, Rinzelbach. — 101, Touaille de Larabrie ; 102, Debierre ; 103, Véron ; 104, Barbe ; 105, Véchon ; 106, Wuillamier ; 107; Doucet : 108, Giraudeau ; 109, Martel ; 110, Capitan. — 111, Cheyrou ; 112, Gérard ; 113, Piquechef ; 114, Schwiny : 115, Régis ; 116, Paul Robert ; 117, Boulland ; 108, Alibert ; 119, Cambillard ; 120, Lecocq. — 121, Rabère ; 122, Dagincourt ; 123, Brochard ; 124, Augé ; 125, Dodré ; 126, Dubois ; 127, Niquet ; 128, Goureau ; 129, Monferrato ; 130, Pradignac. — 131, Lefèvre ; 132, Berthelot ; 133, Gabourin ; 134, Louis Moreau ; 135, Beauvallet ; 136, Courbatien ; 137, Brionne ; 138, Jegun ; 139, Gaillard ; 140, Petitclerc. — 141, Poupinot ; 142, Lagardère ; 143, Costilhes ; 144, Salnelle ; 145, Viard ; 146, Bouillet ; 147, Gérante ; 148, Vauthier ; 149, Ovion ; 150, Roy. — 151, Guiteras ; 152, Beaudouin ; 153, Cayla ; 154, Paul Moreau ; 155, Ott ; 156, Queyrat ; 157, Pineau ; 158, Pauvert ; 159, D'Ollier ; 160, Reyne ; 161, Séglas ; 162, Périer ; 163, Yvon ; 164, Renard ; 165, Micuiescu : 166, Boïcescu ; 167, Olive ; 168, Paynal ; 169, Godet ; 170, Aysagner. — 171, Bagnéris ; 172, Gilson ; 173, Toifier ; 174, Roux ; 175, Boyer ; 176, Vivien ; 177, Debord ; 178, De Gislain ; 179, Bourguet ; 180, Hüe ; 181, Perrachou ; 182, Laporte ; 183, Piérin.

Société d'anthropologie de Paris. — La Société d'anthropologie de Paris a renouvelé, dans sa dernière séance, son bureau pour 1877. Ont été élus : Président, M. le docteur de Ranse : vice-présidents : MM. Ploix et André Sanson ; secrétaire-général, M. le docteur Broca ; secrétaire-général-adjoint, M. le docteur Magitot ; secrétaire-annuel , MM. Gérard de Rialle et docteur Collineau ; conservateur des collections, le docteur Topinard ; archiviste, M. Durand de la Malle ; trésorier, M. Leguay.

Administration générale de l'assistance publique. — Concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie, vacantes au 1er avril 1877, dans les hôpitaux et hospices de Paris. Le lundi 22 janvier 1877, à une heure précise, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, n° 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie, vacantes dans les hôpitaux et hospices. Les élèves qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le jeudi 21 décembre 1876 et fermé le lundi 8 janvier 1877, à trois heures.

Assistance publique. — L'administration de l'assistance publique s'occupe en ce moment des quantités de lait à fournir dans les hôpitaux et dans les hospices civils de la ville de Paris, pendant le courant de l'année 1877. La fourniture du lait dans les hôpitaux qui avait atteint le chiffre de 1,017,673 litres pour l'année 1876, s'élèvera pour l'année 1877 à 1,065,350 litres.

Ecole de médecine de Lyon. — M. Charpy, docteur en médecine est délégué, pendant l'année scolaire 1876-1877, dans les fonctions de chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Jacquenet, agrégé, section des sciences physiques, est maintenu en activité pendant l'année scolaire 1876-1877.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Bloudlot, professeur de chimie médicale et toxicologie, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1876-1877, par M. Engel, agrégé.

M. le docteur Auguste Voisin vient d'être élu membre du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.

Société de médecine légale. — Ordre du jour: I. Elections pour le renouvellement des membres du bureau: II. Communication de M. Lutaud, candidat à une des places de membre titulaire; III. Discussion du rapport de M. Charpentier sur les signes médico-légaux des avortements pendant les trois premiers mois de la grossesse, inscrit: M. Leblond; IV. Conditions dans lesquelles le privilége établi par l'art. 2101 du Code civil, peut être légitimement revendiqué en faveur du médecin, par M. Hémar. — La séance est publique pour les médecins.

Société médicale d'Indre-et-Loire. — Cette Société propose pour le prix la question suivante: De la cautérisation dans la diphthérie. Les mémoires doivent être adressés à Tours à M. le docteur de Boissimont.

Concours. — Le concours pour les hôpitaux civils de Toulouse s'est terminé par la nomination de MM. Caubet et Jouglar, comme médecins-adjoints et de M. Bouneau, comme chirurgien-adjoint.

Exercice illégal de la médecine. — Un médicastre de Bordeaux ayant défiguré un malade par d'ineptes cautérisations, a été condamné à 15 jours de prison, 300 fr. d'amende et 600 fr. de dommages-intérêts. (*Lyon médical.*)

La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques, réunie en Assemble générale, le 3 décembre 1876, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1877: Président, M. Edouard Laboulaye, de l'Institut; vice-présidents, MM. le professeur Bouillaud, le baron Larrey, Reverchon et Paul Pont; secrétaire général, docteur L. Lunier; secrétaires-généraux-adjoints, MM. Edmond Bertraud et docteur Decaisne; secrétaire des séances, docteurs Magnan et Vidal; bibliothécaire-archiviste, docteur A. Motet; trésorier, M. Gustave Maugin.

Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois de mars, un certain nombre de médailles et de livrets de caisse d'épargne aux instituteurs, chefs d'ateliers, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs et toutes autres personnes qui lui sont signalés comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance. Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées, avant le 1er février 1877, au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, où sont également reçues les adhésions.

Nécrologie. — M. le docteur William Regnauld, notre regretté confrère, a succombé victime de son dévouement, en donnant ses soins à deux enfants et à leur mère qui ont eux-mêmes succombé eux atteintes de la diphthérie. M. le docteur Perrot, son ami, est à son tour très-gravement atteint de cette grave maladie qu'il a contractée en lui prodiguant ses soins.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Bordes, étudiant en médecine, décédé à l'hôpital de la Charité.

Vacances médicales. — Un jeune docteur, ancien interne des hôpitaux de Paris, désirerait une clientèle à Paris ou dans les environs. — S'adresser aux bureaux du *Progrès, de midi à 5 heures.* — La commune de Saint-Martin-des-Besaces (Calvados), possédait deux docteurs en médecine qui sont morts depuis environ quatre mois: Position exceptionnellement avantageuse pour un jeune docteur. A prendre immédiatement. — A céder immédiatement clientèle médicale produisant de onze à douze mille francs. dans une petite ville à proximité du chemin de fer de Paris à Cherbourg, à trois heures de Paris. — S'adresser à M. de Sainte-Marie, rue d'Aumale, n° 26.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, place de l'École-de-Médecine.

RECUEIL DE QUESTIONS posées aux examens de médecine, de pharmacie et d'accouchements. Ph. fr. Acc. 3f.

Librairie G. MASSON. place de l'Ecole-de-Médecine.

Fournier (A.). — De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique. Leçons recueillies par M. Dreyfous, interne des hôpitaux. Paris, 1876.

Reketow. — Quelques remarques sur les calculs vésicaux et la manière de les opérer. Clinique chirurgicale de Kazan. Paris, 1876, in-8° de 30 pages avec planche en chromo-lithographie.

Haelling (J.). — De la lymphangite mammaire des nouvelles accouchées. Paris, 1876. imp. Parent, in 8° de 88 pages.

Librairie BERGER-LEVRAULT, 5, rue des Beaux-Arts.

Feltz et Ritter (E.). — Etude expérimentale de l'action de la fuschine sur l'organisme. Paris, 1876, in-8° de 40 pages avec fig.

Villard (F.). — Impressions de voyage. Lettres sur l'Attique. Guerès, 1876. imp. de Dugenest, in-8° de 64 pages.

Duncan Bulkley. — The use and value of arsenic in the treatment of diseases of the skin. New-York. Apleton and Co, 1870, in-8° de 45 pages.

Chronique des hôpitaux.

Hopital Lariboisière. Service de M. Guyot. Salle St-Henri (H.): 2, paraplégie syphilitique; 13, purpura hemorrhagica, 18, hémiplégie syphilitique; 21, rhumatisme poly-articulaire, endocardite; 29, albuminurie, 30, névrose généralysée. — Salle Ste-Elisabeth (F.): 1, insuffisance mitral; 2, péritonite; 15, hématocèle rétro-utérin; 16, hémoptysies supplémentaires; 17, sclérose médullaire: 20. diabète sucré, cancer de l'estomac; 28, kyste de l'ovaire; 26, gommes suppurées du bras; 27, arthrite du coude; 32, kystes de l'ovaire; 33, phlegmon profond de l'avant-bras, pansement de Lister; 34, coxalgie, redressement de l'articulation.

Service de M. Génin-Roze. Salle Ste-Marie (F.): 12. tympanisme, obstruction intestinale? 18, tache hystérique, manie. — (H.): 27, cancer de l'épiglotte; 14, rétrécissement syphilitique du larynx; 33, paralysie de la corde vocale gauche.

Service de M. Raynaud. Salle St-Landry (H.): 13, cancer de l'épiploon; 14, insuffisance aortique; 15, insuffisance mitrale; 20, asphyxie locale des extrémités; 21, ascite par compression de la veine porte. — Salle Ste-Mathilde (F.): 5, fièvre typhoïde convalescente, pleurésie purulente; 11, bis, insuffisance aortique, tuberculose; 19, chlorose; 27, paralysie diphthéritique du voile du palais; 33, urticaire fébrile.

Service de M. Panas. Salle St-Ferdinand (H.): 14, plaie par écrasement des doigts; 19, arthrite rhumatismale chronique du genou droit; 19 bis, ongle incarné; 30, rétrécissement uréthral; 34, plaie contuse pénétrante du coude, érysipèle, guérison par ankylose; 6, ankylose rhumatismale des hanches (flexion à droite et extension à gauche), ostéoclasie. — Salle Ste-Marthe (F.): 2, amputation du sein, pansement de Lister; 5, carie du sacrum; 7, hernie crurale étranglée, opération, pansement de Lister; 8, hémorroïdes internes, opérations par la ligature de Rigal (de Gaillac): 10, phlegmon de l'aisselle, pansement de Lister, guérison rapide.

Service de M. Tillaux. Salle St-Louis (H.): 13, rupture de l'urèthre avec infiltration urineuse; 14, orchite traumatique suppurée; 15, rétrécissement de l'urèthre; 29, fracture de cuisse; 32, fracture de jambe compliquée de plaie.

Hopital de la Pitié. Médecins. Service de M. Desnos. Salle Sainte-Marthe (H.): 3, hémiparaplégie, troubles croisés de la sensibilité, lésion syphilitique; 14, ataxie locomotrice; 33, ataxie locomotrice au début; 34, pleurésie hémorrhagique cancéreuse. — Salle Sainte-Geneviève (F.): 9, insuffisance mitrale et aortique; 13, insuffisance aortique; 20, chloro-anémie, stomatite aphtheuse; 36, lithiase biliaire.

Service de M. Straus. Salle Saint Benjamin (H.): 5, saturnine, paralysie des extenseurs et tremblement; 7. gastrite ulcéreuse; 11, pleurésie enkystée; 17, 18, pleurésie simple avec grand épanchement. Salle Sainte-Claire (F.): 2, rétrécissement aortique et insuffisance mitrale; 1, 6, carcinome de l'estomac; 16, insuffisance mitrale; 17, insuffisance et rétrécissement de la valvule mitrale; 20, aphasie; 25, grossesse, éléphantiasis de la jambe droite; 42, hématocèle pelvienne.

Service de M. Gombault. Salle Notre-Dame (F.): 2, hématocèle rétro-utérin; 5, pleurésie sèche; 9, menace de fausse couche; 38, kyste de l'ovaire suppuré. Salle Saint-Michel (H.): 6, kyste hydatique du poumon; 17, chorée rhumatismale, endocardite; 25, coliques saturnines.

Chirurgie. Service de M. Labbé. Salle Saint-Jean (F.): 1 nécrose du tibia; 17, 24, kyste de l'ovaire; 21, 23, pied plat valgus douloureux. — Salle Saint-Gabriel (H.): 7, phlegmon du bras; 9, 13, amputation de la verge pour un cancroïde; 18, amputation sous astragalienne; 42, fracture du rebord cotyloïdien.

Hôpital Cochin. — Service de M. Bucquoy. Salle St-Jean (H.): 1, cancer de l'œsophage; 2, 5, 7, 11, 13, 14, 15, fièvre typhoïde; 4, pleurésie; 8, anévrysme de l'aorte; 9, insuffisance aortique, 10, albuminurie, dilatation aortique; 16, cirrhose; 18, ramollissement cérébral; 21, pleurésie; 23, ulcération tuberculeuse de la langue; 24, 25, saturnisme. — Salle St-Philippe (F.): 3, tumeur abdominale; 4, affection cardiaque; 6, 7, 8, 22, fièvre continue; 15, affection cardiaque; 17, asystolie; 18, angine scrofuleuse. — Salle Ste-Marie (F.): 6, dyspepsie; 7, rétrécissement mitral avec insuffisance; 8, rétrécissement mitral; 11, métrite.

Chirurgie. — Service de M. Desprès. Baraque I. (H.): 1, vaginalite suppurée, ouverture spontanée chez un tuberculeux; 9, hématocèle de l'épididyme; 10, épididymite probablement tuberculeuse, vaginalite suppurée; issue de tubes séminifères. — Baraque II (H): 4, amputation de jambe; 8, hydrocèle à répétition; 13. ulcération de l'oreille. — Salle Cochin (H.): 9, nécrose de l'extrémité inférieure du fémur. Albuminurie; 20, tubercules du testicule; 22, fracture compliquée de jambe; 23, cystite du

col. orchite : 26, contusion du talon. — Salle St-Jacques (F.) : 1, rétrécissement syphilitique du rectum ; 7, abcès par congestion de la cuisse : 12, syphilis ; 13, corps fibreux de l'utérus ; 19, phlegmon chronique du ligament large ; 20, fracture de jambe.

Hôpital des enfants malades. — Service de M. ARCHAMBAULT. Consultation le mardi. Clinique le vendredi. Salle Saint-Louis (G) : 1, chorée, affection cardiaque : 6, hydrocéphalie : 7, pneumonie : 20, pleurésie aiguë ; 23, mal de Bright ; 26, affection cérébrale : atrophie papillaire ; 28, bronchite généralisée. — Salle Ste-Geneviève (F.) : 13, tétanie ; 14, 19, pneumonie ; 23, scarlatine ; 9, chorée, affection cardiaque.

Service de M. BLACHEZ. Consultation pour les maladies aiguës, le jeudi ; pour les maladies chroniques, le lundi. Cliniques le samedi. Salle St-Ferdinand : 1, carie du rocher ; 8, carie de l'os malaire et des extrémités inférieures des radius. Rachitisme ; 9, acné scrofuleuse, otite moyenne ; 19, angine diphthéritique , 23, mal de Pott ; 26, mal de Pott ; 32, 36, coxalgie gauche ; 34, tumeur blanche du genou.

Service de M. BOUCHUT. Consultations le lundi. Clinique le mardi. Salle Ste-Catherine (F.) : 2 , diphthérie ; 6 , mal de Pott ; 13, troubles trophiques de la peau ; 16, fièvre typhoïde ; 20, paralysie diphthéritique ; 22, scarlatine : 28, chorée ; 38, bubon phagédénique.

Service de M. LABRIC. Consultation tous les vendredis. Visite à 8 h. 1/2. Salle St-Jean : 8, 13, fièvre typhoïde ; 11, fièvre typhoïde, angine couenneuse commune ; 12, croup, trachéotomie ; difficulté de retirer définitivement la canule (4e jour) ; 15, fièvre typhoïde, vomissements, périostite du tibia droit ; 17, fièvre typhoïde, vomissements, muguet, pemphigus ; 19, angine couenneuse ; 21, albuminurie à frigore, anasarque ; 24, coqueluche, ulcération sublinguale ; 25, rougeole ; 27, laryngite, accès de faux croup, angine couenneuse ; 28, endo-péricardite, insuffisance mitrale ; 29, albuminurie à frigore, anasarque, hydrothorax, convulsions et vomissements, saignée, amélioration ; 31, angine couenneuse traitée par le copahu ; 35, dothienentérie, rechute, convalescent ; 42, ictère catarrhal ; 51, angine couenneuse.

Service de M. J. SIMON. Consultation le samedi. Clinique le mardi. Salle Ste-Marie : Coxalgies. Maux de Pott. Rachitisme. Paralysie infantile. — Salle Ste-Elisabeth : soriasis, icthyose, herpès, eczéma, impetigo. — Salle Ste-Marthe : Teigne tondante, favus, pelade.

Service de M. de SAINT-GERMAIN. Consultation tous les jours sauf le jeudi. Clinique et opération le jeudi. Salle St-Côme (G.) : 3, 4, calcul vésical ; 6, abcès de la fosse iliaque (circulat. supplém.) ; 8, 9, bec de lièvre ; 17, vaste abcès froid de la cuisse. — Salle Ste-Pauline (F.) : 7, nécrose du fémur ; 6, amputation méthode Gaujot ; 10, strabisme opéré ; 16, rétraction des fléchisseurs de la main ; 25, calcul et corps étranger de la vessie.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Contribution à l'étude de l'influence du traumatisme sur le développement du Rhumatisme généralisé ;

Par le Dr **TERRILLON**, chirurgien des hôpitaux (1).

Grâce aux travaux de plusieurs chirurgiens éminents, en France aussi bien qu'à l'étranger, la pathologie chirurgicale entre dans une phase nouvelle. Son cadre s'étend de plus en plus, et elle bénéficie lentement des notions si utiles de la pathologie générale.

L'étude si difficile et souvent si obscure de l'étiologie dans certaines affections a été surtout l'objet de recherches importantes. La tâche était pénible et souvent ingrate, car il a fallu rechercher un grand nombre d'observations éparses, rapprocher des faits qui semblaient unis seulement par de simples coïncidences; en un mot établir une liaison de cause à effet entre certains états pathologiques souvent lointains. On comprend combien il était délicat d'entrer dans cette voie, où l'hypothèse devait au début jouer un grand rôle, et dans laquelle au contraire les faits positifs étaient difficilement à l'abri de certaines objections. On est arrivé cependant à établir plusieurs principes actuellement indiscutables et à établir des relations intimes là où on ne voyait auparavant que des coïncidences.

Je n'en veux comme preuve, que l'histoire toute moderne des éruptions variées survenant dans le cours de l'infection purulente, celle déjà plus ancienne des accidents urémiques qui succèdent aux opérations sur les voies urinaires (etc.) Mais, parmi les différentes questions qui ont été soulevées, il en est une qui présente un intérêt spécial, je veux parler de l'influence des lésions chirurgicales sur le développement primitif ou le *rappel* de certaines manifestations diathésiques.

M. le professeur Verneuil, auquel nous devons des travaux si importants sur ces grandes questions, vient d'insister d'une façon spéciale sur le *Rhumatisme dans: es rapports avec le traumatisme. (Acad. de Médecine*, séance du 11 janvier 1876). Voici la conclusion principale de ce travail : « Il est certain que le traumatisme a le pouvoir de réveiller la diathèse rhumatismale endormie et d'en étendre même les manifestations à des organes jusqu'alors respectés. Il est possible, que chez des sujets non encore atteints, mais seulement prédisposés, une lésion traumatique provoque l'apparition première et prématurée du rhumatisme. »

Ayant observé dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine un fait intéressant et qui me semble très-concluant, j'ai pensé qu'il serait utile de le publier. On ne saurait, en effet, trop multiplier le nombre des faits qui peuvent apporter un appui à une idée générale aussi féconde.

Observation. — *Plaies de la jambe : Périostite légère du tibia ; Rhumatisme articulaire aigu généralisé; Pleurésie ; Endocardite; Péricardite; Pneumonie. — Guérison.*

Le jeune Z... âgé de 15 ans, est garçon pâtissier, et son métier le force à marcher beaucoup.

Grand et mince, il a eu pendant son enfance quelques accidents scrofuleux du côté du cou , et jusqu'à l'âge de dix ans il a été fortement anémique puisqu'il avait, dit-il. de fréquents évanouissements. Il y a huit mois, il aurait eu une fièvre typhoïde légère.

Au commencement du mois d'août, il subit un choc violent au niveau de la crête du tibia gauche. Il continua à travailler, mais bientôt à ce niveau du gonflement, de la rougeur apparurent et enfin après l'ouverture de deux abcès, des ulcérations s'établirent.

Ces ulcérations dateraient donc du 24 août, dix jours avant son entrée à l'hôpital. Elles s'agrandirent devinrent douloureuses et bientôt l'enfant fut obligé de s'arrêter.

4 juillet. Il entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Ferdinand, n° 22. — Le 5, on constate sur la face interne du tibia gauche deux ulcérations ayant à peu près la largeur d'une pièce de deux francs. Elles sont peu profondes, les bords sont déchiquetés et sanieux ainsi que le fond. Elles siégent à la partie moyenne de la jambe. — Ces ulcérations reposent sur une empâtement profond, douloureux, étendu qui masque le tibia qu'on ne trouve dénudé en aucun point. Il est évident que le périoste qui entoure l'os, surtout sur sa face interne, est enflammé dans une certaine étendue.

Au niveau du cou-de-pied du même côté, on constate du gonflement, de la rougeur surtout vers les malléoles, les mouvements provoquent peu de douleur dans l'articulation. — Le genou est le siége d'une légère douleur lorsqu'on le fait mouvoir, mais on ne constate pas de gonflement. — Souffle doux à la base du cœur, sans grande signification. — Prostration, langue sèche, diarrhée légère. T. 39°; P. 96.—*Soir*: T. 40°; P. 100.

Le diagnostic était embarrassant; allait-on assister à l'évolution d'une périostite aiguë des épiphyses du tibia ou à un rhumatisme articulaire aigu. Les symptômes locaux aussi bien que les symptômes généraux, l'évolution de l'affection de la jambe, l'âge et le métier du malade, faisaient pencher vers la première idée. Le lendemain les doutes n'étaient plus permis, le rhumatisme était déclaré. En effet:

6 juillet. Les deux genoux sont pris, gonflement, douleurs, liquide intra-articulaire. Les articulations coxo-fémorales sont douloureuses. L'articulation tibio-tarsienne gauche est plus gonflée qu'hier et plus douloureuse. Le souffle cardiaque a peu changé ; mais il y a un peu d'oppression. La prostration est plus considérable, la langue très sèche, la diarrhée continue. On prescrit 0,75 centigrammes de sulfate de quinine, potion de Toodd, enveloppement des articulations avec ouate et baume tranquille, cataplasmes sur le tibia. T. 39°,5; P. 100. — *Soir*: T. 40°; P. 120.

7 juillet. Etat général plus mauvais. Les articulations des membres supérieurs se prennent. Point de côté violent au-dessus du mamelon gauche, souffle cardiaque de la base plus fort et léger frottement à la partie moyenne de la région précordiale. La péricardite est évidente ; M. Brouardel, médecin de Saint-Antoine qui examina le malade, confirma le diagnostic. Même traitement. Vésicatoire sur la région précordiale. T. 39°,6 ; P. 100. — *Soir* : T. 39°,8 ; P. 110.

8 juillet. Etat général toujours mauvais, langue sèche, adynamie. Les bruits du cœur sont lointains, le frottement a disparu, la suffocation est assez grande. Matité précordiale exagérée. T. 39°,5; P. 96, faible. — *Soir* : T. 40°,5; P. 103. Chiendent nitré, 25 centigrammes de poudre de digitale en infusion.

9 juillet. Même état. Mais on constate de plus. un épanchement déjà considérable dans la plèvre gauche, ce qui rend l'oppression considérable. T. 39°,3, P. 96. — *Soir* : T. 40°,5; P. 104. Même traitement. Digitale.

10 juillet. On constate un peu d'amélioration, moins de prostration, langue moins sèche. Les articulations des membres inférieurs sont moins douloureuses. Celles des membres supérieurs sont dans le même état. Eruption sudorale généralisée,· sécheresse de la peau. cependant le malade n'a jamais eu les sueurs abondantes des rhumatisants. Cœur et poumons comme le jour précédent.

11 juillet. Même état général. La plèvre droite contient du liquide, celle du côté gauche parait moins remplie. Les bruits du cœur se rapprochent de la surface, et on perçoit un peu de frottement à la pointe. T. 39°,4, P. 96. — *Soir* : T. 40°; P. 100.

(1) L'insertion de ce travail qui nous a été remis il y a bientôt deux mois, a été retardée par la publication du mémoire de M. Pozzi. (*La Réd.*)

12 juillet. La plèvre droite est prise encore plus qu'hier; la gauche est en partie débarrassée. Les membres inférieurs et les poignets sont presque complétement revênus à leur état normal. Le frottement cardiaque est très-net. T. 39°,9 ; P. 100. — *Soir :* T. 40°,5; P. 104.

13 juillet. La plèvre droite contient beaucoup de liquide, la gauche à peine. Le cœur présente un bruit de galop très-caractérisé à la base. Oppression considérable. — Pendant ce temps la périostite du tibia a beaucoup diminué, mais les plaies ont augmenté d'étendue. Jamais de symptômes cérébraux.

14 juillet. Les deux premiers temps du bruit de galop se confondent en un seul bruit très-râpeux qui couvre tout le premier temps et le petit silence. Les poignets et les coudes sont dégagés. Les ulcérations de la jambe s'agrandissent malheureusement encore. T. 39°,6 ; P. 100.— *Soir :* T. 40°; P. 104.

15 juillet. Même état. T. 39°,2; P. 100. — *Soir* : T. 40; P. 104. Les plaies de la jambe sont couvertes de couches pultances.

16 juillet. Un peu moins d'oppression. T. 38°,6 ; P. 92. — *Soir :* T. 39° ; P. 104.

17 juillet. L'oppression a reparu. Le souffle cardiaque est plus net et plus râpeux ; quelques crachats sanguinolents indiquent qu'il se passe quelque chose du côté du poumon; l'auscultation ne donne rien. T. 38°; P. 92. — *Soir* : T. 39°; P. 100.

18 juillet. Au-dessous de l'épine de l'omoplate, du côté gauche, bouffées nettes de râle crépitant avec souffle indiquant un point de pneumonie; les crachats sont visqueux et colorés. T. 39°; P. 104. — *Soir :* T. 39°,8; P. 110. Ventouses sèches et même traitement. On insiste toujours sur la digitale qui a toujours été continuée.

Du 20 *juillet* au 28. On ne constate rien de nouveau, la pneumonie évolue et se guérit, les articulations sont complétement libres. On trouve seulement un peu de liquide dans les deux plèvres, surtout à droite, car à gauche la quantité est minime. Le bruit du cœur a diminué.

31 juillet. Le malade va tout à fait bien et les bruits du cœur sont redevenus normaux. Le malade, à partir de ce jour, reprend rapidement des forces ; les plaies diminuent et, après six semaines de convalescence, il sort du service complétement guéri.

Réflexions. — Un jeune homme de 15 ans, n'ayant jamais eu de rhumatisme et dont les parents n'en ont jamais présenté la moindre trace, est donc atteint de rhumatisme articulaire aigu, généralisé, avec manifestations graves du côté du cœur et du poumon et cela pendant le cours et au moment de la plus grande acuité d'une périostite de la face antérieure du tibia.

Ce fait présente trois points principaux qui demandent une analyse spéciale. D'abord l'influence de la lésion chirurgicale sur le développement du rhumatisme, ensuite l'influence inverse de ce dernier sur la plaie de la jambe et la péricardite, enfin, nous aurons à parler aussi de la petite difficulté qui a accompagné le diagnostic au début.

Pour ce qui touche à la première question, on pourrait objecter que loin de voir là une relation, une influence directe de la lésion locale sur le développement du rhumatisme, il n'existe en réalité qu'une simple coïncidence.

Si ce fait était unique, la réponse serait difficile, car il n'est, dans l'état actuel de la question, aucun moyen de donner une démonstration absolue. Ce qui donne à cette observation une puissance démonstrative spéciale, c'est qu'elle est analogue à toutes celles que M. Verneuil a recueillies et publiées, que ces faits ont déjà été observés et admis par plusieurs chirurgiens et médecins autorisés et aussi parce que nous trouvons tout dernièrement dans les Archives de médecine une observation presque absolument semblable (*Archives de Médecine*, septembre 1876). Dans cette dernière, le rhumatisme éclate dans le cours d'une angioleucite due à une plaie du talon. Il s'accompagna d'une pleurésie rhumatismale très-douloureuse et guérit. On peut dire que dans ce genre de démonstration c'est le nombre qui fait la preuve.

Toutes les questions analogues ont, à leur début, présenté la même difficulté. N'a-t-on pas fait la même objection au rhumatisme survenant dans le cours d'une blennorrhagie ; la coïncidence devint bientôt une relation évidente qui maintenant n'est plus niée.

La même objection ne s'est-elle pas présentée pour les accidents cérébraux graves survenant chez les vieux alcooliques, à la suite d'un traumatisme plus ou moins sérieux ?

Il est donc difficile de nier l'influence de la lésion chirurgicale sur le développement du rhumatisme dans le cas que je viens de citer ; aussi, fort du nombre des observations analogues et de l'opinion de chirurgiens plus autorisés que moi, je l'admets pleinement.

Reste la question de mécanisme. Ici je n'ose émettre une théorie, et je suis forcé de rester dans le doute. M. Verneuil pense cependant qu'on peut aller plus loin et que pour lui : « Une influence pathogénique quelconque (froid, traumatisme, etc.), peut ne pas épuiser son action sur un point circonscrit. De ce point peuvent partir des irradiations vers d'autres organes ou vers toute l'économie. Ceci peut s'observer chez un sujet sain ou en puissance de diathèse. »

Je n'oserais suivre mon illustre maître dans ces conclusions qui sont encore vagues et hypothétiques mais trouveront leur confirmation plus tard.

Le second point ne m'arrêtera pas longtemps; en effet, si la plaie de la jambe et la péricardite sous-jacente ont subi des oscillations manifestement en rapport avec les oscillations du rhumatisme, on peut tout aussi bien accuser l'état général que la diathèse elle-même.

La question du diagnostic est aussi intéressante, car nous savons que plusieurs auteurs, entre autres Bœckel, regardent l'ostéo-périostite phlegmoneuse des adolescents comme étant de nature rhumatismale. On sait aussi combien il est fréquent de voir cette affection confondue avec le rhumatisme articulaire, principalement quand elle débute par le cartilage dia-épiphysaire.

Ici le diagnostic était particulièrement embarrassant au début; la périostite assez étendue du tibia, l'âge du malade, sa profession et enfin ce fait qu'il avait continué à marcher malgré la douleur jusqu'à son entrée à l'hôpital ; toutes ces circonstances étaient propres à donner le change. La douleur, le gonflement de l'articulation tibio-tarsienne empiétant sur le bas de la jambe simulaient une ostéite dia-épiphysaire. Enfin, l'état adynamique rapide, la langue sèche, la température élevée étaient autant de causes d'erreur. Généralement l'incertitude du diagnostic ne dure que quelques jours et cesse aussitôt que les articulations du membre opposé sont atteintes.

MALADIES DE LA PEAU

Hopital Saint-Louis. — **M. LAILLER.**

Des teignes.

Leçons recueillies par Landouzy, revues par le professeur (1).

IIe LEÇON. — **Teigne faveuse.**

Sommaire. — Aspect et odeur des godets faviques. — Contagion; inoculation du favus. — Diagnostic microscopique ; achorion Schœnleinii. — Variétés de la teigne faveuse. — Etat et décoloration des cheveux. — Aspect du cuir chevelu chez les faviques épilés et non épilés. — Lenteur de la repousse dans le favus. — Siége habituel et presque exclusif du favus. — Le favus des adultes est toujours récidivant. — Origine rurale du favus. — Diagnostic du favus. — Pronostic. — Durée. — Traitement local (épilation) et général. — Examens répétés des têtes après guérison. (*Suite.*)

Vous avez pu vous convaincre, Messieurs, que chez nos malades épilés les cheveux repoussaient lentement, surtout si vous compariez ce qui se passait chez les malades atteints de favus à ce qui se passe dans les cas de tondante : cela devait être puisque dans le favus la lésion n'intéresse pas seulement la tige du cheveu, puisque ici le cheveu étant arraché en entier, le bouton, la racine du cheveu doivent se reproduire avant que le poil puisse

(1) Voir les nos 45, 46, 51.

émerger de l'épiderme. Dans la tondante, au contraire, la racine reste, par le fait même de la cassure de la tige, presque toujours dans l'épaisseur du derme : le cheveu continuant à pousser a moins de chemin à faire et apparaît plus vite à l'orifice pileux du cuir chevelu.

Les cheveux, dans le favus, vous pouvez le voir sur plusieurs de nos enfants en traitement, ne repoussent pas d'emblée avec leurs caractères normaux, ils poussent clairsemés, plus minces qu'à l'état normal, ce sont de vrais cheveux follets ; mais, en revanche, il repoussent indemnes de tous parasites : ce ne sont pas des mois, ce sont des années qu'il faut alors aux cheveux pour reprendre et la densité et la couleur et le volume d'autrefois. Encore, les cheveux ne repoussent parfois que onduleux et lanugineux: c'est sur les vieux faviques que vous observerez spécialement ces caractères que je vous ai montrés très-accusés sur un ancien malade du pavillon Saint-Mathieu, entré pour une cinquième récidive de favus qui aurait débuté à l'âge de quatre ou cinq ans. C'est aussi sur ces anciens faviques que vous verrez, par transparence, ramper sous l'épiderme quelques rares cheveux qui ne trouvent plus d'issue au dehors.

Vous savez tous, Messieurs, que le siége le plus habituel du favus est le cuir chevelu; vous savez qu'aujourd'hui surtout, l'extension du favus au reste du corps est exceptionnelle; pourtant, il vous arrivera d'observer chez des faviques de petites plaques rouges disséminées sur le cou, sur les épaules et la face; vous aurez, dans ces cas, à faire à la variété de favus dite favus épidermique, au favus qui ne va pas jusqu'aux godets, parce que les soins de propreté et l'intervention thérapeutique ne le lui permettent pas.

Un siége aussi curieux que rare du favus. est son extension aux ongles; c'est là un fait qui a été bien étudié par M. Bazin : les lamelles unguéales sont dissociées par les spores et l'ongle prend une coloration mais tout-à-fait caractéristique. C'est, comme je vous le disais, une forme rare, et pourtant, on rencontre assez fréquemment sous les ongles, sans qu'ils soient malades, de la poussière favique qui s'y est accumulée à la suite de grattages incessants auxquels ne savent pas résister certains teigneux.

Ce que je vous ai dit déjà, dans les considérations générales sur les teignes, vous fait pressentir que le favus n'atteint pas indistinctement tous les sujets, il s'attaque aux sujets lymphatiques et misérables, surtout aux sujets jeunes : le véritable âge du favus est l'enfance.

Si vous rencontrez, Messieurs, par ci par là, en ville ou dans les hôpitaux des favus chez des adolescents ou des adultes, ne vous y trompez pas, ne les prenez pas pour des cas de récente éclosion; il s'agit toujours (le jardinier et le garde-national dont je vous ai parlé à plusieurs reprises en sont des exemples) de favus datant de l'enfance, favus qu'on a cru guéris, qui l'ont, peut-être été, mais, qui réapparaissent, personne n'étant prédisposé au favus comme un ancien favique.

Tous les favus que vous voyez ici, tous ceux que vous observerez dans les hôpitaux d'enfants, viennent de la campagne; ce fait, que presque tous les favus sont ruraux autorise singulièrement à penser que les enfants, vivant à la campagne, dans une promiscuité presque constante avec les animaux, gagnent de ceux-ci la teigne. Ceux d'entre vous que cette question de pathogénie intéresse, trouveront dans la thèse de M. Gigard la relation de nombreux cas de favus observés sur des souris, des chats, des chiens et même sur des lapins : pareils faits, je vous l'ai déjà dit, sont signalés par Anderson, et, à en croire, Muller et Gerlach, les rongeurs et les carnassiers domestiques ne seraient pas les seuls animaux dont on devrait craindre le favus, puisque ces auteurs auraient trouvé des godets faviques sur un coq et sur des poulets. Très-vraisemblablement, c'est dans la contagion de l'animal à l'homme qu'il faut chercher la raison de l'extrême fréquence du favus à la campagne et de sa rareté à la ville, mais, ce fait admis, il s'en faut que toutes dificultés soient résolues : elles sont simplement reculées, car il reste à trouver où et comment les animaux contaminés prennent le favus.

Diagnostic. — Le Diagnostic de la teigne faveuse est parfois très-facile, il suffit que l'éruption soit simple, qu'on trouve quelques godets pour qu'on soit en mesure de se prononcer avec certitude : mais, ce n'est pas ainsi que les choses se présenteront à vous le plus souvent.

Presque toujours, Messieurs, pour des raisons que je n'ai pas besoin de développer, le favus se complique de phthiriase et, par suite d'eczéma et d'impetigo : aussi, en présence d'une éruption du cuir chevelu, chez un enfant venant de la campagne, vous devrez toujours vous demander si vous avez affaire à un favus, à un eczéma, à un impétigo? Vous savez que dans l'eczéma, les croûtes sont humides, jaunâtres, irrégulières ; cette irrégularité même fait que nulle part vous ne trouverez forme de godets. Si, pour une cause ou pour une autre, vous aviez quelque hésitation, celle-ci devra cesser avec la chute des croûtes ; en effet, les croûtes tombées, vous verrez l'éruption eczémateuse avoir des bords nets dont la délimitation exacte résulte de son mode même de développement.

L'impetigo que vous rencontrerez sur le même terrain que le favus, sur les enfants scrofuleux est d'un diagnostic plus difficile. parce que ses croûtes melliformes et plus saillantes que celles de l'eczéma pourraient jusqu'à un certain point simuler le favus squarreux; mais, les croûtes d'impetigo ne sont pas sèches et surtout elles ne sont pas pulvérulentes comme celles du favus, elles ont une odeur fade qui ne rappelle en rien l'odeur si caractéristique du favus, et puis, lors de la chute des croûtes, vous n'observez pas dans l'impetigo la rougeur nettement délimitée.

Des cas vraiment difficiles sont ceux dans lesquels quelques indices font penser que deux éruptions, le favus et l'eczéma ou bien le favus et l'impetigo, se développent simultanément : le seul moyen de certitude est de rechercher avec soin, sur les limites des croûtes, les éléments qu'on pense être des débris de godets, puis de procéder à un examen microscopique, il n'y a que ce moyen de formuler un diagnostic certain, à moins encore que vous ne demandiez au temps, qui ramènera l'éruption avec ses caractères nets, des éléments de diagnose que vous ne sauriez trouver ailleurs.

Je vous ai, récemment, Messieurs, montré une enfant chez laquelle nous avions hésité entre un eczéma chronique simple et un eczéma chronique symptomatique d'un favus, nous étions plus près de ce second diagnostic que du premier et pourtant, nous avons attendu, pour nous prononcer, l'apparition de pustules faviques qui se sont montrées sur le cuir chevelu après l'avoir nettoyé par l'application répétée de cataplasmes amidonnés.

Vous ne confondrez pas, Messieurs, quoique l'erreur ait été commise, une syphilide pustulo-crustacée avec un favus invétéré, outre que la syphilis se présente avec des ulcérations caractéristiques, le favus, surtout à l'état squarreux, a un aspect pulvérulent qu'on n'observe pas dans la syphilis.

A la période cicatricielle, un favus qui a laissé après lui des cicatrices déprimées, ne pourrait-il pas être confondu avec la syphilis ou avec un lupus ? Difficilement, car les cicatrices ne sont pas les mêmes : les cicatrices syphilitiques sont déprimées, arrondies, celles du favus sont plus étendues et non déprimées; de plus, chez un favique, à côté des plaques cicatricielles, vous trouverez des cheveux lanugineux, frisés, rares ou follets, tandis que chez un syphilitique les cheveux seront normaux.

Pour ce qui est du lupus du cuir chevelu, les commémoratifs, la marche de la maladie éviteront toute erreur.

L'acné pilaris ne saurait être confondue avec le favus si l'on songe que les pustules d'acné sont toujours disséminées d'une part, que les cheveux ne sont nullement altérés d'autre part.

Le pityriasis secondaire à l'eczéma, le pityriasis dit squameux ou encore pseudo-teigne amiantacée est d'un

diagnostic difficile et, le plus souvent l'expectation seule fixera votre jugement : ici encore, vous attendrez pour savoir si oui ou non il apparait quelque godet.

Le diagnostic différentiel du psoriasis et de la teigne faveuse est parfois difficile, et pourtant, dans le psoriasis vous ne trouverez ni l'odeur de souris, ni les altérations des cheveux; ajoutez à ces caractères négatifs la dissémination de l'éruption sur certains points du corps, aux genoux et aux coudes principalement.

Je ne pourrais, Messieurs, sans m'exposer à des redites vous faire ici le diagnostic du favus avec les autres teignes, cette question viendra à propos de l'étude de la tondante.

Le pronostic du favus est léger pour le favus accidentel, pour le favus surpris à ses débuts, mais il est grave pour le favus ancien, grave à cause de la durée parfois interminable du traitement, grave à cause de l'interdit dans lequel vous devrez maintenir les teigneux, grave encore parce que les récidives sont faciles, grave enfin parce qu'il peut entraîner l'alopécie.

La gravité du pronostic ne vise ici que le cuir chevelu, car on ne voit plus aujourd'hui de ces cas de favus assez confluents pour épuiser et faire succomber les enfants : on ne voit plus le favus provoquer des altérations osseuses semblables à celles qu'observa ici même Alibert, qui raconte avoir perdu deux enfants morts avec des lésions du crâne. Aujourd'hui, la santé générale est si peu altérée chez les sujets atteints de favus qu'on a vu des familles, de connivence avec leurs enfants, entretenir avec soin une teigne faveuse et s'en faire un moyen d'exemption du service militaire.

La durée du favus est éminemment variable, d'autant plus longue, en général, que le favus est plus ancien. Les éléments d'un pronostic ne peuvent guère se puiser que dans l'appréciation du terrain, dans l'étendue de la ligne et dans la manière dont le traitement sera conduit. S'il me fallait vous donner quelque évaluation générale, je vous dirais que, ici, un cuir chevelu atteint de favus dans sa moitié guérit communément en six mois.

La première indication du traitement est de faire tomber les croûtes, ce que l'on obtient facilement et sans douleur à l'aide de cataplasmes et de l'axonge. Les croûtes une fois tombées, on coupe les cheveux, puis on épile.

L'épilation est un moyen aussi ancien que le favus, seulement les modes d'épilation ont changé : à la calotte de poix, procédé barbare s'il en fut a succédé l'épilation faite avec les doigts ou avec les pinces. La douleur atroce qui suivait son application n'est pas la seule raison qui ait fait abandonner la calotte, on a dû renoncer à l'employer même avec les anesthésiques à cause des hémorrhagies, des érysipèles et des phlegmons qu'elle provoquait. Pour être aussi exact que possible je dois vous dire que la calotte est conservée dans ses éléments et avec quelques-uns de ses inconvénients à l'Antiquaille de Lyon, où l'on recouvre la tête des faviques de bandelettes agglutinatives que l'on enlève une à une, ce qui constitue, en réalité, une calotte fractionnée.

Ces procédés douloureux sont aujourd'hui abondonnés et l'épilation se fait au moyen de pinces à mords larges qui saisissent les cheveux un à un. Cette épilation qui demande une grande habilité de la part de celui qui la fait, un véritable courage de la part de celui qui la subit, se fait par séances dont la durée n'excède généralement pas, pour la première épilation du moins, une ou deux heures. Aussitôt l'épilation faite, le cuir chevelu est frictionné avec de l'axonge et recouvert de cataplasmes amidonnés. D'après ce que je vous ai dit des récidives et du développement du favus, d'après ce que vous avez vu faire dans nos salles, vous savez, qu'en moyenne, il est nécessaire, pour le favus, de recourir jusqu'à trois et cinq fois à l'épilation ; je dois, à ce propos, vous dire que la première épilation est seule douloureuse. Pendant et après les épilations on lotionne le cuir chevelu avec une solution de sublimé au trois centième ou au cinq centième, puis on frictionne la tête avec une pommade au turbith minéral dont le titre varie depuis le vingtième jusqu'au cinquantième.

A l'épilation succède immédiatement une rougeur assez vive du cuir chevelu.

Cet effet de l'épilation n'est pas le seul, un résultat habituel, mais éloigné contre lequel vous devez être prévenus, c'est un état pityriasique du cuir chevelu que vous serez parfois obligé de traiter.

La distance entre chaque épilation est réglée par la rapidité plus ou moins grande avec laquelle repoussent les cheveux, rapidité très-variable suivant les sujets.

Un des meilleurs indices de la guérison est la disparition de la rougeur du cuir chevelu sur le siége des plaques ; c'est alors qu'il convient de suspendre l'épilation et d'attendre, pour voir s'il ne réapparait pas, quelque petite pustule, quelque godet, indice certain d'une guérison incomplète.

A l'épilation et aux lotions que je vous ai indiquées, vous joindrez une médication générale dont les reconstituants, dont l'huile de morue et le sirop d'iodure de fer formeront la base : vous arriverez ainsi, dans un délai qui, d'ordinaire, ne dépassera pas six mois, à guérir vos teigneux. Mais, Messieurs, et c'est là une recommandation que je ne saurais trop vous faire, ne mettez aucune précipitation à déclarer vos malades guéris, sachez que le diagnostic de la guérison d'une teigne est chose toujours délicate et difficile, n'oubliez pas que votre responsabilité est grande, puisque votre exéat, fait rentrer, dans une famille ou dans un pensionnat, un enfant qui peut devenir un foyer d'infection ! Ne renvoyez jamais un malade sans l'avoir gardé pendant deux mois en expectation : vous n'avez le droit de le supposer guéri qu'alors que six semaines se sont écoulées sans qu'il survienne de pustules faviques; encore, je ne saurais trop vous le répéter, devez-vous soumettre les sujets à des visites de précaution pendant un ou deux mois après les avoir rendus à la vie commune. (*A suivre.*)

MÉDECINE LÉGALE

Les Skoptzy;

Par **E. TEINTURIER** (1).

C'est parce qu'ils condamnent le rapprochement sexuel comme un péché, parce que les organes de la génération leur sont un objet d'abomination que les skoptzy se les retranchent, en tout ou en partie, car dans cette confrérie aussi il y a des degrés de sainteté. Les plus parfaits, ceux qui sont dignes de *monter le cheval blanc*, les porteurs du *sceau impérial* sont privés de la verge, des testicules et du scrotum ; l'opération se pratiquant d'un seul coup ou, pour être moins dangereuse, en deux temps, elle laisse, suivant le cas, une cicatrice commune ou deux cicatrices séparées par un lambeau de peau saine. Parfois il reste un petit tronçon de la verge. Plus nombreux, ceux qui n'ont été soumis qu'à la *première purification*, ce qui leur confère, avec le *petit sceau*, le droit *de monter le cheval pie*, ne sont amputés que des testicules et du scrotum. Ils ont perdu les *clefs de l'enfer*, mais il leur reste la *clef de l'abime* (2). D'autres moins fervents ne s'enlèvent qu'un testicule; le cas est rare, comme l'amputation isolée de la verge ; il est plus rare encore de voir le pénis ligaturé avec une ficelle ou un fil d'archal, de manière à empêcher le coït.

Qu'il s'agisse du grand ou du petit sceau, le procédé opératoire est des plus simples. Il consiste à saisir d'une main les parties à enlever, et à les abattre de l'autre, soit avec un fer rouge (3), comme dans les premiers temps de la secte, soit avec un instrument plus ou moins tranchant. Les cas où les testicules sont enlevés par une ouverture latérale, sans perte de substance du scrotum, sont excessive-

(1) Voir le n° 51.

(2) Les parties génitales de la femme sont l'abîme, dans le langage de la secte.

(3) D'où l'expression « baptême de feu. »

ment rares; on n'en connaît que deux ou trois. Aussi presque toujours la cicatrice scrotale (*fig, 81*) est médiane; on a donc dans son siége un indice infaillible de l'affiliation à la secte, les cicatrices latérales laissant dans le doute. La forme de la cicatrice est toujours allongée, et d'autant plus linéaire que la marche de la guérison a été plus simple. Tantôt elle est longitudinale, c'est-à-dire parallèle au raphé, tantôt transversale, suivant la manière dont le scrotum a été saisi. Quand il a été serré de haut en bas, entre le pouce et les doigts dirigés transversalement au périnée, la cicatrice est toujours perpendiculaire au raphé; quand, au contraire, il est serré latéralement par la main parallèle au périnée, la cicatrice est dans le sens du raphé. La cicatrice transversale affecte ordinairement la forme d'un fer à cheval, parce que ses extrémités sont relevées

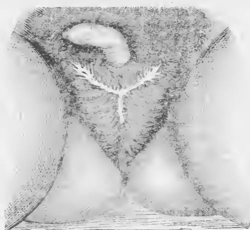


Fig. 81.

par la contraction des crémasters, tandis que son milieu est abaissé par celle du sphincter externe de l'anus. Cette double action musculaire n'exerce, on le conçoit, aucune influence sur la cicatrice longitudinale; tout au plus tendrait-elle à l'allonger un peu. Ce sont là les cas simples, mais diverses circonstances peuvent produire des variétés dans les cicatrices. Si, par exemple, les deux cordons ne sont pas coupés au même niveau, l'inégalité de rétraction des crémasters peut rendre oblique au raphé la cicatrice, transversale ou longitudinale. De même le froncement variable de la peau du scrotum peut, en produisant une plaie à contours irréguliers, donner à la cicatrice un aspect plus ou moins dentelé. Enfin des accidents de la cicatrisation, suppuration prolongée, phlegmon, érysipèle, diphthérie, résultent des configurations variables pour la cicatrice. — Chez les skoptzy du grand sceau, il faut distinguer le cas où la verge et le scrotum avec les testicules sont enlevés en un temps et celui où l'ablation de la verge se fait isolément. Dans le premier cas, il n'y a qu'une seule plaie ovale à grand diamètre parallèle au raphé, par conséquent une seule cicatrice, allongée dans le même sens. Dans le second cas (*fig. 82*) il y a deux cicatrices distinctes, l'une sur le scrotum, ordinairement transversale; l'autre, ronde ou polygonale, à la racine de la verge, séparées par un intervalle de peau saine. La situation de la seconde plaie qui l'expose au contact fréquent de l'urine, la moindre mobilité de la peau qui la laisse tout entière à découvert, font qu'elle se ferme moins vite et moins régulièrement que celle du scrotum. Cette particularité ne permet pas, quand les deux cicatrices diffèrent par leur solidité et leur coloration, d'affirmer que la verge n'a pas été enlevée à la même heure que le scrotum. L'existence de deux cicatrices, quelles que soient leurs différences, annonce seulement que l'opération s'est faite en deux fois; une cicatrice unique est la preuve de l'amputation en un temps. La date de l'opération peut être reconnue approximativement à l'aspect de la cicatrice qui, en l'absence de complications, met de 4 à 6 semaines à se former. Récente, elle est grenue, saillante, laissant voir par transparence les capillaires sous-jacents; ancienne, elle est lisse, peu transparente, de niveau avec la peau, grisâtre ou jaunâtre; plus ancienne, elle est décolorée, d'un blanc pur qui tranche nettement sur le fond bistre du scrotum; parfois de très-anciennes cicatrices se distinguent à peine de la peau voisine par une coloration plus claire. Chez les skoptzy opérés dès l'enfance, la cicatrice ne suit pas le développement général: elle se rétrécit au contraire peu à peu, sans cependant jamais s'effacer complétement; elle reste le signe indélébile qui empêche de confondre la castration avec l'anorchie congéniale. Quelquefois la castra-



Fig. 82.

tion n'atteint qu'un seul testicule, soit que l'autre ait échappé à l'instrument par la maladresse de l'opérateur ou par la résistance de la victime, soit que l'opération ait été faite sur un sujet très-jeune avant la descente du second testicule. La cicatrice est alors ou bien linéaire, oblique au raphé, ou bien irrégulièrement polygonale avec des prolongements en étoile. Du côté intact on sent le testicule; de l'autre on ne trouve que le bout du cordon épaissi et rattaché à la cicatrice par un tissu connectif lâche.

Quelques auteurs parlent d'autres méthodes de castration plus rares que l'amputation, et dont la réalité n'est pas démontrée. Nadeschdin signale dans les gouvernements de l'intérieur, surtout dans celui de Tambow, une variété de skoptzy, qu'on appelle les *bistourneurs* (*Perewezlischi*). Au lieu d'amputer, ils tordraient les cordons spermatiques, probablement dans le jeune âge; les communications vasculaires étant rompues, le sperme n'étant plus sécrété, les skoptzy atteindraient ainsi leur but sans laisser trace d'opération. En théorie, cela n'est pas inadmissible. Les Grecs, on le sait, avaient des eunuques (*thlasias, thlibias, thladias*), opérés par un procédé analogue. Mais il est douteux qu'en fait les skoptzy aient recours à ce moyen. Accusé de propagande dans le gouvernement d'Orloff, le paysan Matwei Martjuchin, que la voix publique disait appartenir aux bistournés (*Wyvertischi, Krutscheniki*), ne présentait aucune lésion des organes génitaux indiquant qu'il fût châtré en aucune façon. Les prétendus bistournés examinés par la commission de 1843, avaient les testicules atrophiés, desséchés, suivant l'expression des experts, et le scrotum très-allongé (26 cent, 4 de long) et aminci; ils attribuaient leur état à une hernie et portaient une espèce de bandage. Les médecins chargés de les examiner penchaient à voir en eux des skoptzy. Les sur-arbitres déclarèrent que les preuves faisaient défaut. En 1865, dans le

gouvernement de Tauris, où les skoptzy étaient connus sous le nom de *schaloputi*, on soupçonna un nommé Konou Jarkin d'avoir imaginé de châtrer les enfants en repoussant violemment le testicule dans la cavité abdominale par le canal inguinal. Un enfant de neuf ans l'accusa d'avoir pratiqué sur lui cette opération, et deux autres cas furent allégués à sa charge. L'enquête médico-légale ne ne put établir le bien fondé de l'accusation. En somme on n'a aucune donnée précise sur l'existence d'une secte employant le bistournage ; on ne connaît aucun cas bien avéré de cette opération ; encore moins sait-on de quelle manière elle se ferait. Dans ses expériences sur les chiens, le Dr Pelikan n'est jamais parvenu à rompre les cordons en les tordant, et ses manœuvres n'ont jamais amené l'atrophie des testicules. Il tient de Nossow que sur les agneaux il est facile de tordre et de rompre les cordons, mais que sur les taureaux cela est beaucoup moins aisé ; quant au refoulement du testicule dans le canal inguinal, il fait toujours périr les agneaux. Le Dr Pelikan conclut à l'impossibilité de pratiquer avec succès aucune de ces opérations sur l'homme. Il fait remarquer en outre que dans la doctrine des skoptzy, l'amputation, l'opération sanglante avec perte de substance est la partie essentielle de la cérémonie de l'initiation, comme l'indiquent d'ailleurs les expressions employées pour la désigner.

On a parlé aussi de la transfixion des cordons, que des skoptzy disent avoir été proposée en 1819 par un chirurgien de Saint-Pétersbourg, comme moyen de dissimuler la castration. Le scrotum solidement lié au-dessous de la verge, baigné plusieurs fois dans du lait très-chaud, était transpercé en des endroits bien connus de ce chirurgien, pour blesser les cordons, avec une aiguille mince; l'opération était très-douloureuse et entraîna souvent la mort. Liprandi cite deux cas d'accusation : les deux sujets avaient le scrotum rétracté, raccourci, les testicules très-petits et indolents à la pression. Dans le cercle de Morschansk, on arrêta, en 1863, quatre paysans suspectés de s'être émasculés d'après cette méthode : les experts trouvèrent les testicules dans une position anormale et virent des cicatrices latérales longues d'un quart de pouce ; ils conclurent à une opération quelconque qu'ils ne pouvaient préciser. Les accusés furent acquittés et le Dr Pelikan qui les vit plus tard avec l'inspecteur Sederholm ne put constater sur eux aucune anomalie, ni voir trace de cicatrice. L'existence des transfixeurs (*Prokolischi*) est donc fort douteuse.

Il n'est pas certain non plus que certains cas de ligature de la verge, avec fistules consécutives, observées en 1850 dans les hôpitaux de Moscou sur de jeunes enfants, doivent être regardées comme une pratique des skopzy. Deux de ces enfants répétèrent constamment qu'ils ignoraient la cause de leur fistule qui datait d'aussi loin qu'ils se souvinssent. Un troisième accusa d'abord un paysan de lui avoir lié la verge avec un cheveu, puis, se rétractant à la confrontation, dit qu'il l'avait fait lui-même par fanfaronnade. Un quatrième, enfant de troupe, dont la verge était presque détachée à la racine, après avoir attribué son état à des rapports sexuels forcés avec une femme inconnue, avoua s'être lié la verge pour se faire exempter du service. Rien dans tout cela ne montre la main des skoptzy; on ne pourrait soupçonner leur intervention que dans le cas d'un autre enfant. Il raconta qu'un individu lui avait lié la verge avec un ruban, en disant : « Le Christ est ressuscité », à quoi il avait lui-même répondu : « Il est vraiment ressuscité. » Ce sont, en effet, des formules répétées par les skoptzy pendant la castration. Mais cet enfant a dit plus tard qu'il s'était lié lui-même pour remédier à une incontinence, et il n'y a pas grand fond à faire sur ces assertions contradictoires.

Il est inutile de nous arrêter aux moyens imaginaires de castration qu'emploient parfois les skoptzy, ou dont la crédulité publique leur attribue l'usage. Disons seulement pour en finir avec les mutilations dont les hommes sont les sujets, que sur quelques rares skoptzy on a observé des cicatrices de coupures ou de brûlures siégeant ailleurs qu'aux parties génitales. Ces cicatrices, en forme de croix, ont été trouvées aux épaules, sous les aisselles, sur le ventre et au-dessus du pubis, aux lombes, à la région sacrée et aux membres inférieurs. Ces stigmates constituent pour les sectaires un complément de castration ; imprimés au bassin et aux cuisses, ils confèrent le titre d'*ange à cinq ailes* ; le titre suprême d'*ange à six ailes* est réservé à qui les porte aux omoplates, à la partie antérieure des épaules et au dos. D'autres skoptzy se macèrent en portant des cottes de mailles de cuivre ou des chaînes en fer, dont le poids varie de 20 à 25 livres. Citons enfin, pour mémoire, le skopetz « moral » qui ne subit aucune mutilation.

On n'a guère de renseignements positifs sur les lieux où s'opèrent les mutilations, ni sur les circonstances de l'opération. On ne peut accorder nulle créance aux dires des sectaires accusés et le seul moyen de découvrir la vérité est de les surprendre sur le fait. Malheureusement le cas est rare. Il est bien arrivé quelquefois de saisir sur place un individu venant d'être castré, mais l'opérateur avait disparu avec ses instruments, en sorte qu'il fallait s'en rapporter à l'opéré dont personne ne pourrait garantir la sincérité. On peut toutefois affirmer que le lieu choisi pour l'opération est toujours un endroit retiré, dans quelque bâtiment écarté ou isolé. Des skoptzy ont prétendu avoir été opérés dans une maison de bains, dans une grange, dans une cave, dans une hutte souterraine, sur un trottoir, dans des cabinets d'aisance, au bord d'une rivière, sous un pont, dans un cimetière, dans une forge, au bord de la mer, plus souvent dans les bois, sur les chemins ou dans les champs. Dans ces derniers cas, l'histoire varie peu : un paysan naïf rencontre un inconnu, ordinairement un vieillard, qui lie d'abord conversation avec lui et l'amène à boire un soporifique ; à son réveil, le paysan ne trouve plus ses testicules et se remet aussitôt en route pour rattraper le vieillard ! Mais un skopetz a déclaré que jamais l'opération ne se faisait sur un grand chemin.

Relativement aux cérémonies accompagnant la castration, les dires des skoptzy sont encore peu dignes de foi.

L'un raconte qu'on lui fit croiser les mains tandis que les assistants chantaient un hymne dont il ne se rappelle que ces mots : Ah ! Esprit ! quelle grâce, quelle joie, quel esprit. Un autre dit que pendant l'opération on prononce les formules que nous avons rapportées plus haut. Un châtreur aurait ramassé les parties coupées et les montrant à la victime, se serait écrié joyeusement : « Voilà le serpent écrasé ! »

Les skoptzy affirment fréquemment que l'opération a été pratiquée, tandis qu'ils étaient dans un état de torpeur et d'inconscience produit par de l'eau-de-vie ou par une boisson stupéfiante à eux inconnue. Ces assertions sont peu croyables : 1° parce que les drogues trouvées chez eux sont très-rarement des narcotiques ; 2° parce que l'action des narcotiques et des anesthésiques ne produit rien de semblables à ce qu'ils décrivent ; 3° parce que l'usage du vin et de l'eau-de-vie est formellement interdit par les doctrines de la secte. — Quelques-uns disent n'avoir ressenti aucune douleur, bien qu'ils fussent dans leur état normal : c'est aussi croyable que la poursuite du vieillard par celui qu'il vient de châtrer. — D'autres ont prétendu avoir été liés avant l'opération, non consentie par eux, avec des serviettes ou des traits d'attelage ; des enfants auraient été attachés en croix sur un échafaud spécial, de la même façon que quelques médecins attachaient leurs patients pour les tailler ; dans certains cas, des gens trop craintifs et des réfractaires, après avoir été narcotisés ou enivrés, auraient été roulés dans un drap, pieds et mains liés, la tête mise dans un sac, et transportés ainsi dans une retraite écartée, dans une cave, où, si l'opération les réveillait, leurs cris et leurs appels au secours ne pouvaient être entendus. Le Dr Pélikan ne nie pas que ces faits soient possibles, mais il constate que jamais, dans les cas observés de castration récente, on n'a trouvé de meurtrissures aux pieds ou aux mains, ni de traces quelconques de résistance.

D'ailleurs, les skoptzy mentent aussi bien sur le fait même de leur castration, quand elle est évidente, que sur les circonstances où elle a été faite. Ils attribuent la perte de leurs organes génitaux à un accident : ils sont tombés d'un arbre et une branche les a arrachés ; ou bien d'un toit dont la gouttière tranchante les a coupés ; c'est un cheval qui les a enlevés d'un coup de pied, un bœuf d'un coup de corne, un porc qui les a mangés. Un skopetz est allé jusqu'à dire que courant à cheval, son couteau étant tombé de sa ceinture lui avait tranché net le membre viril sans blesser le ventre ni les cuisses et qu'il ne s'était aperçu de son malheur qu'à une sensation de chaleur au scrotum due au sang répandu. D'autres disent avoir été privés de leurs organes par la maladie ou opérés par des chirurgiens qui sont toujours morts.

Il est très-rare que l'expert trouve des preuves matérielles de l'opération aussitôt après qu'elle est faite ; l'enquête ne découvre que plus ou moins longtemps après des taches de sang ou de pus desséché sur des linges, sur le lit, sur les vêtements ou sur d'autres objets. Parfois on retrouve les parties retranchées au voisinage de la demeure des skoptzy ou ailleurs. — Effrayant de simplicité, l'arsenal opératoire est des plus primitifs : c'est un rasoir ou sa lame enchâssée dans deux morceaux de bois ; ce sont des couteaux de diverses grandeurs : un couteau de poche, une serpette, un couteau de cuisine ; ou bien un morceau de lame de faux en partie enveloppé d'un lambeau de toile, une hache, des cisailles, un ébauchoir. Dans certains cas bien constatés, on s'était servi de fragments de vitres, de morceaux de fer ou de tôle, de morceaux d'os de bœuf bien aiguisés. On a saisi parfois aussi, destinées au pansement consécutif, des bandes et des cordons ensanglantés, des fils d'archal, de la charpie, des éponges, divers emplâtres, des onguents, du cérat, de la graisse, de l'huile d'olives, de la suie, différents sels, de la couperose bleue, de l'alun, des herbes et des médicaments, du salpêtre, de l'eau régale et d'autres substances médicinales ou non. Les bandages employés après l'opération sont des suspensoirs ou des bandages en T, avec lesquels on a trouvé des clous en étain ou en plomb, destinés à maintenir la perméabilité du canal.

Malgré la grossièreté des instruments, la brutalité du procédé opératoire et l'ignorance des opérateurs, la castration des Skoptzy entraîne rarement la mort. Il n'y en a que 9 cas connus ; la statistique est certainement incomplète, mais ces résultats n'en sont pas moins surprenants.

(*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Incision et discission du col de l'utérus.

Tous ceux qui s'occupent de gynécologie, connaissent la vogue dont a joui depuis vingt ans, en Angleterre et en Amérique, le traitement de la dysménorrhée et de la stérilité par les sections du col, soit qu'on applique la méthode de Simpson et qu'on pratique l'incision des orifices, soit qu'on mette en usage le procédé de Marion Sims, la discission. Les chirurgiens français plus timides, ou mieux, moins téméraires, n'ont pas accepté ces méthodes. Les utérus sont-ils donc chez nous plus sensibles et plus irritables? on serait tenté de le croire au premier abord. Il n'en est rien cependant, nous avions pu nous en assurer déjà en voyant à Saint-Bartholomew's Hospital, une malade succomber en 1874, aux suites de cette opération ; la publication d'un travail fort intéressant de M. le Dr Peaslee (de New-York) (1), vient nous en donner de nouvelles preuves.

On pourrait presque dire que ces opérations ont fait fureur en Angleterre et en Amérique : Simpson en particulier l'a pratiquée un très-grand nombre de fois ; dans une de ses leçons, il dit n'avoir pas fait moins de cinq incisions du col depuis huit jours (1) ; ailleurs (2), interrogé par ses collègues, il dit l'avoir pratiquée sept fois pendant la semaine précédente. « Il semble, dit le Dr Peaslee, que l'on regarde l'utérus comme un organe pouvant être coupé et haché ad libitum : il ne souffrirait nullement des incisions profondes. On sait que Simpson a souvent opéré ses malades à sa consultation et qu'il les renvoyait chez elles en voiture. Jusqu'ici je n'ai pas entendu dire qu'il ait cité un seul accident survenu dans sa pratique, »

En ce qui concerne l'Amérique, voici ce que dit le même auteur : « Cette opération a été beaucoup trop souvent pratiquée uniquement par mode ou par habitude, car je ne puis expliquer d'une façon plus charitable un grand nombre de cas que j'ai eu l'occasion d'observer. Dans l'un d'eux, il n'était possible d'invoquer aucune raison pour expliquer la discission. Elle n'avait pas été faite, je pense, contre la dysménorrhée, car la malade avait franchi depuis dix ans déjà l'époque de la ménopause, et outre qu'elle était célibataire, l'âge auquel elle était arrivée, 55 ou 60 ans, aurait dû la préserver d'une opération contre la stérilité. Dans un autre cas, j'avais soigné la malade peu de temps auparavant, je savais qu'il n'existait chez elle ni rétrécissement du canal cervical, ni dysménorrhée d'aucune espèce, et on ne pouvait guère invoquer la stérilité pour excuser l'opération puisque la patiente était mariée depuis quatre ou cinq mois à peine. — On ne peut attribuer cette pratique qu'à la force de l'habitude ou à un téméraire *besoin d'opérer.* »

Et cependant ces méthodes, soit celle de Simpson, soit celle de Marion Sims, sont loin d'être inoffensives. « Je suis obligé, ajoute M. Peaslee, de parler des dangers que font courir aux malades ces opérations, car aucune statistique n'a été publiée jusqu'ici, ainsi que cela aurait dû être fait, particulièrement par ceux qui ont pratiqué le plus fréquemment cette opération. Il est cependant établi d'une manière indiscutable que plusieurs malades ont succombé aux suites de l'incision du col pratiquée par Simpson et que d'autres ont à grande peine échappé à la mort. Une dame de 28 ans, mariée depuis huit années et qui n'était pas devenue enceinte, vint me consulter et me prier de faire disparaître la cause de sa stérilité. Elle n'avait ni dysménorrhée, ni déplacement de l'utérus, ni rétrécissement du canal : en un mot elle n'offrait aucun signe d'affection utérine, si ce n'est une légère leucorrhée, indiquant une congestion de la muqueuse. Je la guéris et peu de temps après elle partait avec son mari pour faire pendant l'été un voyage en Angleterre et sur le continent. Je lui conseillai, si quelque symptôme utérin reparaissait, d'aller pendant qu'elle serait à Edimbourg consulter le gynécologiste le plus éminent de l'époque. Aucun trouble ne survint du côté de l'utérus, mais passant deux ou trois jours dans la capitale de l'Ecosse elle ne voulut pas manquer cette occasion de consulter Simpson pour sa stérilité, et elle le pria de venir la voir. Après un examen rapide il dit qu'une légère opération était nécessaire et sans plus tarder, il introduisit son métrotome, et incisa le canal cervical. Trois minutes après, il était parti. Cinq minutes plus tard, le mari sortait à son tour. Quand

(1) The american journal of obstetrics, août 1876. — Incision and discission of the cervix uteri.

(1) The Diseases of Women by sir J. Simpson, p. 254.

(2) Selected obstetrical Works of sir J. Simpson, p. 679.

il revint, au bout d'une heure, il trouva sa femme sans connaissance : elle avait perdu une grande quantité de sang qui avait traversé tout le lit et avait coulé sur le parquet, on courut après le chirurgien qui était parti pour la campagne. Un autre médecin arriva et grâce au tamponnement arrêta l'hémorrhagie. Simpson de retour resta pendant douze heures au chevet de sa cliente. Elle fut sauvée, mais elle dut passer tout l'été dans son appartement ; elle reprit avec peine assez de forces pour faire de nouveau la traversée et revenir directement en Amérique. Elle mit plus d'une année à recouvrer ses forces et sa santé, et aujourd'hui, après sept ans, elle n'a pas encore eu d'enfants. »

« Les incisions profondes du col sont donc graves, outre l'hémorrhagie, elles peuvent amener l'inflammation du tissu cellulaire pelvien, et même la péritonite. Cette dernière complication est presque toujours mortelle. Je suis donc tout-à-fait d'accord avec M. le Dr Thomas qui dit que « si » tous les cas de mort qui sont survenus à la suite de cette » opération avaient été publiés, comme ils auraient dû » l'être, la liste en serait effrayante. » Il en a vu personnellement cinq et en a entendu citer beaucoup d'autres. « J'en connais moi-même, ajoute M. Peaslee, un nombre au moins égal. »

Ce mode de traitement amène-t-il cependant la guérison de la dysménorrhée et de la stérilité? Aussitôt après l'opération, les conditions anatomiques de l'utérus sont telles que, s'il y a fécondation, l'œuf ne peut être retenu dans la cavité utérine, il tombe, il y a avortement : quelque temps après, au contraire, la cicatrisation étant complète, la sténose et tous les accidents primitifs reparaissent.

On le voit, le procès des incisions du col utérin a été sévèrement instruit par M. Peaslee. Quoique nous n'ayons nullement l'intention de les défendre, nous demanderons cependant la permission de faire quelques remarques rectificatives, au point de vue historique.

1° M. Peaslee dit, d'acccord en cela avec la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet depuis plusieurs années, que Simpson considérait le rétrécissement de l'orifice interne du col comme fréquent et qu'il conseillait de pratiquer à son niveau des incisions profondes. Simpson, dans ces leçons, dit au contraire en termes formels que « ce rétrécissement est rare » (1). Il ajoute de plus : « pour faire de semblables incisions, il faut introduire le métrotome jusqu'au niveau de l'orifice interne, faire à ce niveau une incision tout-à-fait superficielle (quite shallow), et s'arranger pour que la section devienne de plus en plus profonde au fur et à mesure qu'on se rapproche de l'orifice (2). Une incision ainsi faite de chaque côté, donne au canal cervical une forme pyramidale : après la cicatrisation il a une disposition semblable à celle qui existe après l'accouchement. »

2° Si une liste des accidents qu'il a vus survenir n'a jamais été publiée par Simpson, il a cependant insisté sur l'inconvénient que présentent les incisions trop profondes au niveau de l'orifice interne, incisions qui peuvent être la source d'hémorrhagie (3). Ses élèves du reste avouent implicitement qu'il a observé un certain nombre d'accidents dans sa pratique, car le Dr J. W. Black ajoute en note : « certains dangers, et en particulier la possibilité d'inflammations du tissu cellulaire pelvien, avaient dans ces derniers temps conduit Simpson à choisir rigoureusement ses malades et il leur ordonnait le repos au lit pendant plusieurs jours après l'opération » (1).

3° Enfin, il s'en faut de beaucoup, ajoutons-le, que tous les gynécologistes anglais pratiquent cette opération. En 1866, Marion Sims écrivait : « Je suis surpris de voir que, si ce n'est à Edimbourg, cette opération est rarement pratiquée en Angleterre. A Londres, elle est condamnée par la plus grande partie des médecins, bien qu'elle soit faite par quelques hommes éminents ; pour un chirurgien qui la défend, on en trouve des vingtaines qui la combattent » (2).

Mais, si les opérations de Simpson et de Sims sont dangereuses, il n'en faut pas moins soigner et s'efforcer de guérir les dysménorrhées mécaniques. M. Peaslee conseille donc d'associer les incisions légères des orifices et la dilatation, de pratiquer ce qu'il appelle la trachéolotomie superficielle qu'il a employée lui-même dans près de 300 cas. Après s'être assuré à l'aide d'une bougie du rétrécissement de l'orifice externe, ou de l'orifice interne ou des deux orifices, il introduit la lame d'un instrument spécial au niveau de l'un ou de l'autre orifice ; celle qui doit inciser l'orifice interne n'a que 4 milim. 1/2 de largeur, celle qui est destinée à l'orifice externe mesure 6 millim. Il s'écoule à peine quelques grammes de sang et pendant les jours qui suivent il introduit une sonde ou un dilatateur conique. Comme précautions à prendre on ne doit opérer que 4 jours après la cessation des règles ou 6 jours au moins avant leur arrivée. Les malades doivent rester 3 jours au lit, et pendant une semaine garder la chambre. En prenant ces précautions les complications seraient pour ainsi dire nulles.

L'avenir décidera quelle est la valeur de cette nouvelle méthode qui semble emprunter à la dilatation et à l'incision ce qu'elles ont d'utile en évitant ce qu'elles ont de dangereux.

P. Budin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 décembre 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Hayem rapporte l'histoire clinique d'une malade ayant présenté la plupart des signes d'une hématomyélie de la région cervicale. Cette femme, âgée de 27 ans, avait été prise tout à coup d'étourdissement et était tombée dans son escalier; elle fut environ dix minutes sans parler et demeura paralysée des membres supérieurs et inférieurs ; la sensibilité était complètement abolie; les jours suivants, la paralysie devint flasque. Le début brusque des accidents disposait à croire à une hémorrhagie de la moelle. Ajoutons que la malade présentait, à la pointe du cœur, un souffle intense dû à un rétrécissement mitral avec insuffisance; elle était de plus manifestement scrofuleuse. Sachant que l'hématomyélie est une affection rare, puisqu'il n'a pu en trouver un seul cas bien authentique pour sa thèse d'agrégation, M. Hayem réserva son diagnostic. — A l'autopsie, on trouva une hypertrophie de l'apophyse odontoïde (ostéite) qui comprimait la moelle au-dessous du collet du bulbe. Il y avait un aplatissement prononcé de la substance grise qui était infiltrée de sang. Il eût été impossible par le toucher pharyngien, de

(1) J. Simpson. — The diseases of Women, p. 254.
(2) Sir J. Simpson. — The diseases of Women, p. 252 et 253.
(3) *Idem.* p. 255.

(1) Sir J. Simpson. — Selected obstetrical Works, edited by J. W. Black p. 680.
(2) J. Marion Sims. — Clinical notes on uterine Surgery, p. 153, London, 1866.

trouver une saillie des vertèbres, comme c'est la règle daus le cas d'arthrite sous-occipitale. Cependant l'attention de l'observateur aurait pu être attirée sur la possibilité d'une lésion des vertèbres cervicales parce que deux ou trois fois, à la suite de mouvements brusques de la tête, la malade avait été menacée d'asphyxie ou de syncope.

M. DURET expose les principaux résultats de recherches sur une disposition peu connue du tissu spongieux dans les os longs. Les colonnettes qui forment les aréoles de ce tissu ont un aspect général parfaitemeut défini. On peut facilement, au moyen de coupes faites dans certains sens, reconnaître leur disposition architecturale : elles décrivent le plus souvent une série d'*ogives* superposées dont les extrémités angulaires soutieunent le plateau articulaire, et dont les bases viennent successivemeut apporter les pressions au tissu compacte de la diaphyse. Chaque extrémité épiphysaire est ainsi composée d'un ou plusieurs systèmes ogivaux. — Ainsi, daus le col du fémur, part de la tête qu'elle soutient une grande arcade qui passe dans le col, sous son bord supérieur et externe, et vient s'appuyer en différents points de la moitié externe du corps de l'os. Elle est renforcée dans une certaiue partie de son trajet par des arcades en sens inverse qui occupent l'autre moitié du fémur. M. Duret, à l'aide de cette disposition, explique la forme des fragments dans les fractures intra et extra-capsulaires. — A l'extrémité inférieure du femur, on trouve au centre un *système ogival* dont le sommet regarde la rainure intercondylienne ; chacun des condyles a des ogives distinctes. Dans les fractures à trois fragments, si bieu décrites par M. Trélat, ce sout ces trois systèmes ogivaux qui se séparent. — Dans le tibia, pour les plateaux supérieurs existent principalement deux séries d'*ogives* se confondant par leur extrémité inférieure qui se termine seulement à l'uuion des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur du tibia. Le plateau astragalien au contraire, est supporté par un système ogival dont les colonnes vont en divergeant en haut. On comprend ainsi très-aisément comment, dans les fractures par torsion du tibia, le fragment supérieur a la forme d'un V à pointe inférieure, et le fragment inférieur celle d'un V à ouverture supérieure : il y a fracture aux points d'intersection des deux systèmes. — L'os qui préseute les plus belles arcades ogivales est celui qui supporte les plus lourdes pressions : c'est le calcanéum. — Pour le membre supérieur, des dispositions analogues existent, mais moins accusées, car les pressions sont moindres. — Dans les vertèbres, ce ne sont plus des ogives, mais des colonnes creuses et parallèles. — M. Duret, pour établir ses assertions, montre aux membres de la Société des coupes osseuses et de très-belles photographies dues à l'habileté de M. Fayel, professeur à l'école de médecine de Caen.

M. BERT croyait avoir démontré que lorsqu'on pince un nerf sensitif, l'influx nerveux peut cheminer dans les deux sens : de la périphérie vers les centres ou des centres vers la périphérie. Pour cela, il dénudait l'extrémité de la queue d'un rat, recourbait cette queue sur elle-même et venait la greffer sous la peau du dos de l'animal. Lorsque la cicatrisation était complète, il sectionnait la queue. Pinçant alors le tronçon adhérant au dos, il constatait que l'animal avait parfaitement la sensation de la pression exercée à l'extrémité de sa queue. Mais il est une objection qu'on pouvait faire à ces expériences, c'est que la sensibilité de ce tronçon était due à la régénération des filets nerveux et qu'en somme on n'avait plus affaire aux mêmes nerfs. Il a repris ses expériences dans de meilleures conditions et il semble résulter de ses nouvelles recherches que la réalité des premières assertions est fondée.

M. LEVEN montre un larynx dont les cartilages ont été atteints de nécrose pendant le cours d'une fièvre typhoïde.

M. MALASSEZ décrit les caractères différentiels, à l'examen spectrocopique, du sang et du picro-carminate d'ammoniaque.

M. BERT n'admet pas que le spectroscope puisse, d'une manière absolue, déceler la présence du sang. On aurait donc tort, en médecine légale, d'accorder une trop grande importance à ce mode d'exploration.

M. BADAL indique une formule très-simple pour calculer, à l'aide de son ophthalmoscope, le diamètre oculaire antéro-postérieur dans les déformations du fond de l'œil et dans les décollements de la rétine. — IS. BESSON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 *décembre* 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

L'Académie procède à l'élection d'un vice-président, d'un secrétaire annuel et de deux membres du conseil. Sont élus : M. Baillarger, vice-président par 70 suffrages sur 72 votants; M. Roger, secrétaire, par acclamation ; MM. Barthez et Alphonse Guérin, membres du Conseil, le premier par 65 voix sur 68 votants, le second par 60 voix sur 63.

M. LABOULBÈNE communique à l'Académie un cas extrêmement intéressant d'exfoliation de la muqueuse stomacale et œsophagienne à la suite d'un empoisonnement par l'acide sulfurique. — Il s'agit d'un homme qui avala par mégarde une gorgée ou deux d'acide sulfurique à 66°. — Etant employé depuis longtemps dans une fabrique de produits chimiques, il recourut immédiatement au contre-poison et ingurgita 5 minutes après l'accident une grande quantité de lait. Des vomissement abondants survinrent immédiatement, et alors seulement le malade, qui n'avait éprouvé jusqu'ici aucune douleur, ressentit à la gorge et à l'arrière-bouche une sensation très-pénible de brûlure. — Plus d'une semaine après, le malade rendit, dans un effort de vomissement, un lambeau de membrane long de 7 à 8 centimètres, noirâtres, pulpeux et que M. Laboulbène pensa devoir être la muqueuse œsophagieune. Puis, quelque temps après, le malade rejeta une nouvelle membrane, large comme les deux mains et qui avait tous les caractères extérieurs de la muqueuse stomacale. Examinée au microscope, cette membrane semble être composée d'un feutrage de tissu fibreux et élastique au milieu duquel serpentent des vaisseaux remplis de sang carbonisé — mais on n'y trouve pas traces de glandes. — Depuis ce temps, le malade mange un peu de lait, des œufs, un peu de pain trempé dans du jus de viande, mais son état général est mauvais et inspire quelques inquiétudes.

MM. GUBLER et COLIN ne paraissent pas convaincus que la membraue présentée par M. Laboulbène soit la muqueuse stomacale : 1° parce qu'on n'y a pas trouvé de glandes ; 2° parce qu'on ne comprendrait guère comment le malade aurait pu résister à une lésiou aussi grave.

M. VILLEMIN pense que la présence des fibres conjonctives et élastiques suffit pour caractériser la muqueuse stomacale, les glandes sont des organes très-fragiles qui ont très-bieu pu disparaitre sous la contact de l'acide.

M. LEFORT communique uu travail de M. Filhol intitulé : *Recherches sur la composition chimique des Eaux-bonnes.*

La séance est levée à 5 heures. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance de Juillet 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

15. Anévrysme de l'aorte ouvert dans les bronches sans autres accidents que des hémoptysies persistantes pendant plusieurs mois et terminé par une hemoptysie foudroyante ; difficultés du diagnostic ; par M. A. SEVESTRE, chef de clinique, et M. V. CORNIL, directeur du laboratoire de la Charité.

Cette observation bien que déjà un peu ancienne, mérite cependant d'être rapportée en raison de l'intérêt qu'elle présente à plusieurs points de vue.

Il s'agit d'une femme âgée de 54 ans, qui entra le 10 octobre 1874 à la Charité, dans le service de M. G. SÉE, remplacé alors par M. DAMASCHINO. (Salle Sainte-Anne, n° 4.)

Cette femme entrait à l'hôpital pour une hémoptysie qui avait débuté quelques jours auparavant, et donnait sur sa santé antérieure les renseignements suivants :

Elle n'avait jamais eu de maladie grave, sauf un rhumatisme dont elle avait eu en 1849 une première attaque, et en 1859 une seconde attaque qui avait envahi toutes les articulations et l'avait tenue au lit pendant six semaines. Depuis cette époque, elle avait souvent des douleurs, mais qui n'avaient jamais été assez violentes pour la forcer à garder le lit. — Elle n'a jamais eu ni palpitation, ni oppression, ni œdème

des membres inférieurs, en un mot aucun symptôme pouvant révéler une affection cardiaque.

Au mois de *janvier* 1874, la malade a eu une bronchite qui l'a tenue trois semaines au lit ; elle avait des frissons tous les soirs, une toux fatigante, une expectoration abondante formée de crachats verdâtres et jaunâtres : à partir de cette époque, elle a commencé à éprouver une altération manifeste de la santé, elle a maigri, perdu ses forces, et a continué à tousser et à rendre des crachats parfois striés de sang; elle dort mal et transpire toutes les nuits, surtout depuis quatre semaines. Le teint est devenu jaunâtre, sans qu'il y ait jamais eu d'ictère. Elle est essoufflée et a des palpitations au moindre effort. Depuis plusieurs mois, les digestions sont difficiles et la distention de l'estomac qui suit l'ingestion des aliments oblige la malade à desserrer ses vêtements.

Depuis le commencement de *septembre*, elle a eu à quatre reprises différentes des vomissements (?) de sang, et en même temps elle a remarqué que les selles étaient noires.

Le 2 *octobre*, en particulier, elle a rendu du sang mousseux dont elle évalue la quantité à 4 litres ; il y en avait, dit-elle, plus d'une cuvette. (Bien que le sang ait été rendu par des efforts de vomissements, il paraît bien probable qu'il s'agissait ici d'une hémoptysie, et, même en accordant une large part à l'exagération, d'une hémoptysie abondante.) Quelques heures après ce vomissement de sang, la malade a eu des selles liquides très-abondantes, et formées de matières noires comme de l'encre. — Le 8 *octobre*, elle a rendu encore deux verres de sang rouge battu d'air. — Effrayée de ces hémorrhagies, elle entre à l'hôpital, le 10 *octobre*.

Au moment de l'*entrée*, on est frappé tout d'abord de l'amaigrissement que présente la malade, ainsi que de la teinte jaune bistre des téguments, sans coloration ictérique, même aux conjonctives.

Il n'y a pas eu depuis deux jours d'hémoptysie abondante, mais la malade a continué à rendre en assez grande abondance des crachats sanguinolents.

Ces crachats ont une coloration foncée qui rappelle celle de la gelée de groseille brûlée ; ils sont visqueux, et s'attachent au fond du vase ; ils présentent une odeur alliacée. La toux est peu fréquente, et ne survient guère qu'à l'occasion des crachats.

A l'examen de la poitrine, on constate un réseau veineux assez développé à la partie supérieure du thorax du côté gauche, et quelques veines un peu dilatées à droite.

La percussion de la poitrine n'offre rien d'anormal à droite. Il n'en est pas de même à gauche : en avant, on trouve une matité très-prononcée et très-étendue, avec résistance au doigt, et une diminution des vibrations thoraciques. En arrière, il existe une matité absolue dans toute la hauteur du thorax à gauche.

A l'auscultation, on trouve en avant un souffle bronchique très-net, surtout dans l'expiration, et quelques râles dans l'inspiration. En arrière le murmure vésiculaire s'entend à peine dans toute la hauteur du côté gauche, et au sommet on perçoit un souffle lointain qui ne paraît être d'ailleurs que le retentissement du souffle existant en avant. Il y a du retentissement de la voix, mais pas de pectoriloquie. Du côté droit, en avant comme en arrière, le murmure vésiculaire est normal, ou un peu exagéré.

A l'auscultation du cœur on trouve à la pointe un souffle systolique très-rude. Le pouls est fort, un peu vibrant et régulier. Il existe un léger œdème aux malléoles.

Il n'y a pas d'ascite ; le ventre n'est pas ballonné, si ce n'est à la région épigastrique à la suite du repas. Le foie est un peu petit, la rate est normale. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. — L'appétit est assez bien conservé ; les selles sont rares, mais liquides et encore noirâtres. En ce moment, la malade n'a pas de sueurs la nuit.

14 *octobre*. Après avoir observé la malade pendant plusieurs jours, et après avoir discuté l'hypothèse d'une induration pulmonaire simple, d'une induration tuberculeuse, d'une apoplexie pulmonaire ou d'un cancer intra-thoracique, M. Damaschino se rattache à cette dernière opinion, et pense qu'il faut admettre un cancer pleuro-pulmonaire avec épanchement pleural. *Prescription* : Ergotine 2 gr. 50 : 15 ventouses sèches.

15 *octobre*. La respiration s'entend un peu mieux en arrière, et l'on perçoit en outre quelques frottements vers la partie moyenne du thorax. On ne retrouve plus en avant le souffle perçu ces jours derniers, mais seulement une grande faiblesse du bruit respiratoire.

La matité persiste, et les crachats offrent les mêmes caractères. T. A. 37°,2 le *soir*. On remplace l'ergotine par des capsules de térébenthine (6).

19 *octobre*. Les frottements ont presque complétement disparu. La malade se trouve mieux, les gardes-robes sont régulières et de coloration normale. Il n'y a pas de fièvre, plutôt un léger abaissement de la température qui oscille depuis plusieurs jours entre 36°,3 et 37°, 2.

22 *octobre*. La respiration s'entend mieux dans le côté gauche qui est toujours aussi mat à la pression. — La malade pèse 85 livres.

24 *octobre*. Selles diarrhéiques sans caractère particulier. Les crachats ont meilleur aspect et ressemblent à de la gelée de groseille ordinaire et non plus à de la groseille brûlée. — On supprime la térébenthine.

26 *octobre*. La diarrhée a cessé. Les frottements sont très-peu marqués. On trouve quelques râles sibilants à droite. — Ventouses sèches.

31 *octobre*. La malade pèse 86 livres. Elle se plaint d'avoir depuis hier des étouffements. Les crachats ont toujours les mêmes caractères. A l'auscultation, on trouve sous la clavicule gauche quelques frottements surtout à la fin de l'inspiration. 5 *novembre*. La malade pèse 89 livres.

12 *novembre*. 88 livres. Etat stationnaire. Mais les crachats sont plus foncés, et ressemblent à ceux du début. Ils sont peu abondants et visqueux. M. Sée, qui a repris le service, pense qu'il s'agit d'une apoplexie pulmonaire consécutive à l'affection cardiaque.

22 *novembre*. Même caractère des crachats. La matité a diminué en avant, et en arrière vers le sommet ; elle persiste à la base. Le souffle est très-marqué sous la clavicule gauche; en arrière on trouve quelques frottements à la partie moyenne. A la base, le bruit respiratoire est à peine perceptible. L'apparence cachectique s'accuse davantage, cependant l'appétit est conservé.

29 *novembre*. La malade s'est réveillée ce matin avec une violente douleur ayant son maximum d'intensité dans l'épaule droite, et s'irradiant jusqu'à l'extrémité des doigts, douleurs qu'elle attribue à une mauvaise position du bras pendant le sommeil. En même temps, le bras est très-faible et la malade est incapable de se servir de sa main.

30 *novembre*. La douleur et la faiblesse du bras droit ont diminué. L'œil droit semble plus saillant que le gauche, et la pupille de ce même côté est très-contractée, tandis que la gauche est à peu près normale.

3 *décembre*. Depuis quelques jours la malade est très-fatiguée et a perdu l'appétit ; elle a la langue sale. Elle a de la fièvre le soir et une céphalalgie persistante. Elle tousse davantage et crache abondamment. Les crachats ont d'ailleurs toujours les mêmes caractères.

4 *décembre*. Les phénomènes signalés hier ont notablement diminué. La malade se trouve beaucoup mieux.

Le *soir*, à 4 heures, elle est prise d'un violent frisson, suivi d'une fièvre intense. Elle accuse une douleur très-vive dans la région lombaire et les deux régions fessières. Cette douleur se propage aussi à la base de la poitrine et empêche la malade de respirer. La soif est vive.

T. ax. 40°,3. La matité du côté gauche en arrière est très-marquée, et la respiration s'entend à peine en ce point. En avant, matité et souffle. — 4 ventouses scarifiées sur la région lombaire du côté gauche.

5 *décembre*. La malade a été très-soulagée par les ventouses. La respiration est plus libre. Pas de fièvre ce matin.

Soir. T. 38°,8. Sueurs abondantes.

6 *décembre*. La malade semble moins fatiguée, mais se plaint de douleurs dans les genoux et dans les épaules. Pas de fièvre. — Sulfate de quinine (0,75). *Soir*. T. 37°.

8 *décembre*. Les douleurs n'existent plus dans les épaules,

mais la malade accuse dans les deux jambes depuis les genoux jusqu'aux orteils des douleurs vives, lancinantes.

La dyspnée est intense. Il y a eu cette nuit deux vomissements, que la malade attribue au sulfate de quinine. T. 37°.8 le soir

9 *décembre*. La malade n'a pas dormi et a ce matin une fièvre assez forte (39°4). La langue est sale, la bouche pâteuse. Vomissements cette nuit. On ne trouve rien pour expliquer ces accès de fièvre. En effet, il n'y a plus de douleurs dans les membres. Les phénomènes thoraciques ne sont pas plus marqués, mais plutôt moins accusés. Au cœur on trouve toujours un bruit systolique à la pointe, très-rude, mais rien autre chose. — *Soir*. T. 36°,6.

10 *décembre*. T. 38°,2. Mêmes phénomènes.

11 *décembre*. T. 39°,3. — *Soir*. T. 38°,3.

12 *décembre*. T. 37°,5. La malade continue à vomir de temps en temps des matières verdâtres. Elle n'a pas d'appétit. Elle est très-affaissée et sue abondamment. La teinte cachectique se prononce de plus en plus. Les crachats sont plus visqueux et ont un peu changé d'aspect. Les uns sont gelée de groseille, même assez clairs, les autres ressemblent à une bouillie de chocolat, quelques-uns sont tout-à-fait noirs, les uns et les autres ont d'ailleurs la même constitution histologique. Au microscope on y trouve des globules rouges, des globules blancs en assez grande abondance, et de grandes cellules contenant des granulations graisseuses et pigmentaires. Dans aucun d'eux on ne trouve de fibres élastiques.

19 *décembre*. Les phénomènes thoraciques sont un peu modifiés. En arrière on entend mieux le bruit respiratoire. En avant le souffle est moins étendu et se perçoit seulement audessous de la clavicule dans un point très-limité. Les crachats contiennent aussi beaucoup moins de sang : ils sont jaunâtres, visqueux, analogues aux crachats de la pneumonie. Quelques-uns seulement sont teints en rouge. — Diarrhée toute la nuit.

20 *décembre*. Persistance de la diarrhée. Le souffle a décidément diminué d'intensité et d'étendue en avant. Là aussi la matité a diminué et fait place à de la submatité ou à une une sorte de son skodique.

23 *décembre*. La malade se trouve beaucoup mieux. Elle se lève et se promène dans la salle. Les crachats sont moins abondants et moins colorés ; rarement ils ont l'apparence gelée de groseille. Le souffle a notablement diminué en avant; il a complétement disparu en arrière, où l'on trouve seulement quelques râles et quelques frottements.

27 *décembre*. La malade a eu cette nuit une hémoptysie abondante. On trouve dans la cuvette un demi-litre environ de sang rouge spumeux. La malade dit en avoir rendu au moins autant aux cabinets, avant de pouvoir réclamer la cuvette. Ce matin, elle est très-abattue ; le pouls est petit, dépressible, à 92 ; T. 36°,4.

A l'auscultation, on trouve du côté droit des râles sibilants et muqueux surtout à la base. A gauche en avant on constate au sommet un souffle assez fort pendant l'inspiration, et plus bas, une grande faiblesse du murmure respiratoire. Il n'y a pas de matité vraie en avant.

En arrière, dans toute la hauteur on retrouve de la submatité plus prononcée au sommet. A l'auscultation on note une grande faiblesse du bruit respiratoire. Dans l'aisselle gauche, quelques frottements. Le bruit de souffle du cœur est notablement moins fort que les jours précédents.

Soir. La malade est mieux et a rendu seulement une douzaine de crachats gelée de groseille.

29 *décembre*. Depuis cette nuit, selles diarrhéiques noirâtres, du reste rien de nouveau.

31 *décembre*. La malade se sent très-fatiguée, a encore la diarrhée. Les crachats sont noirs, modérément abondants. La percussion donne en avant et à gauche une matité presque absolue au sommet jusqu'à la 2e côte ; et au-dessous de la submatité, en arrière il y a seulement de la submatité.

A l'auscultation, on trouve au sommet en avant un souffle très-fort, à timbre presque amphorique. Retentissement de la voix, mais pas de pectoriloquie. En arrière, faiblesse du murmure respiratoire.

4 *janvier* 1875. La malade se trouve mieux ; elle se lève, mange avec appétit. Le soir il existe un peu d'œdème des membres inférieurs, qui disparait pendant la nuit. Les crachats sont d'un rouge-brun foncé, couleur chocolat.

8 *janvier*. La malade a craché hier en petite quantité du sang rouge vermeil ; du reste, elle a bien dormi, et a rendu pendant la nuit seulement quelques crachats gelée de groseille.

9 *janvier*. Ce matin, à 8 heures la malade a eu une hémoptysie extrêmement abondante, et est morte de suite.

Autopsie, faite par M. Cornil. A l'ouverture de la poitrine, on trouve une grande quantité de liquide citrin dans la plèvre gauche, et à la surface de la membrane pleurale quelque fausses membranes fibrineuses.

Le poumon droit est très-tuméfié, emphysémateux et gorgé de sang surtout à la base de ses lobes. Le foie de la couleur de la noix muscade. Les autres organes abdominaux sont sains.

Signalons seulement un petit kyste appendu à l'ovaire droit, et dans la corne gauche de l'utérus un petit polype ayant la forme et le volume d'un haricot.

Le poumon gauche, l'aorte et le cœur offrent à considérer des altérations très-remarquables. Il existe en effet à la voûte supérieure du thorax, entre la colonne vertébrale et la paroi antérieure de la poitrine, une tumeur considérable à peu près aussi grosse que les deux poings, constituée par un *anévrysme de la crosse de l'aorte*. L'aorte à son origine, au-dessus des valvules sigmoïdes qui sont normales, est dilatée, et présente dans toute sa portion ascendante des plaques d'athérome avec des points calcifiés et une surface irrégulière. L'origine des vaisseaux du cou et de la sous-clavière est libre ; mais aussitôt après la naissance de cette dernière, l'aorte présente une dilatation plus considérable et elle est tapissée par des couches épaisses de lamelles de fibrine décolorée, dense, grise, translucide.

Les couches de fibrine interposées à la partie antérieure de l'anévrysme, entre la cavité et la surface extérieure de la dilatation, ne mesurent pas moins de 4 à 5 centimètres La cavité interne de la dilatation anévrysmale est régulière, et présente la forme d'un ovoïde commençant au niveau de la crosse, et occupant, dans une étendue de 10 centimètres environ, la portion descendante de l'aorte. Au-dessous de la dilatation, la surface interne du vaisseau est athéromateuse ; mais elle ne présente plus de dépôts fibrineux.

Si la surface intérieure de la cavité que parcourait le sang est régulière, il n'en est pas de même de la surface extérieure de l'aorte au niveau de la dilatation : celle-ci montre, en effet, plusieurs bosselures, dont deux surtout sont assez considérables, l'une siégeant en avant et à la partie supérieure de la tumeur, l'autre en arrière et à la partie inférieure de la tumeur, où elle se met en rapport avec la bronche gauche. Toutes ces bosselures sont mastiquées à leur intérieur par des couches plus épaisses de fibrine, de telle sorte qu'il n'y a pas de concavité à l'intérieur de la poche qui corresponde à la convexité de leur surface extérieure. Toute la portion antérieure de l'anévrysme est recouverte par le lobe supérieur du poumon gauche, qui est aplati sur lui et qui lui adhère intimement par le tissu fibreux.

La bosselure inférieure de l'anévrysme en rapport avec la division de la *bronche gauche* présentait une *perforation* ouverte dans la seconde division de cette bronche. La perforation est ovoïde, à grand diamètre vertical, mesurant un centimètre. Les bords sont formés par un tissu fibreux dense; ils sont lisses et amincis. L'ouverture de la perte de substance est obturée complétement par les caillots fibrineux décolorés et denses qui forment là une couche d'un centimètre au moins.

L'aspect et la structure du bord de la perte de substance, aussi bien que son étendue assez considérable, témoignent de son ancienneté, et il est certain que ces hémoptysies qui ont eu lieu pendant plusieurs mois de suite venaient de cette perforation. Les couches de fibrine qui la tapissaient ont suffi dès le début de la perforation et pendant longtemps pour empêcher la mort subite par hémorrhagie. En cherchant par où devait se faire l'écoulement sanguin, on ne voit aucun trajet évident entre les couches fibrineuses, et le sang devait s'in-

filtrer par un trajet sinueux et compliqué entre les couches fibrineuses décollées par lui. De là le sang s'écoulait dans les bronches au-dessus et au-dessous de la perte de substance, de telle sorte que le *poumon* droit, comme le poumon gauche, étaient le siége de noyaux hémorrhagiques, le sang pénétrant, en certains points, jusque dans les alvéoles pulmonaires en même temps qu'il était expectoré ou vomi.

Le *cœur* est un peu hypertrophié, mais non autant que dans la majorité des anévrysmes de l'aorte. La valvule mitrale est épaissie et indurée à son bord libre, et l'anneau que forme ce bord est rétréci, en même temps que la valvule est insuffisante.

Examen histologique. — Il s'agissait d'une dilatation formée par les trois tuniques. Dans ce cas, comme dans la majorité des faits d'anévrysme aortique, la dilatation assez régulière était due à la disparition par places de la tunique moyenne de l'artère. Si l'on compare, en effet, une section comprenant les trois tuniques normales de l'aorte avec la paroi modifiée de la dilatation, ou reconnaît que, dans cette dernière, la tunique interne et la tunique externe sont plus épaisses qu'à l'état normal, ce qui est dû à la multiplication des éléments du tissu cellulaire par artérite chronique. La membrane interne présente en même temps des points où sa surface est infiltrée de granulations graisseuses et calcaires. Sous l'influence de cette inflammation qui confine aux deux surfaces interne et externe de la membrane moyenne, celle-ci est atrophiée; partout, elle est réduite à une lame mince, infiltrée de granulations graisseuses ; ses fibres ont en grande partie disparu. Il existe même nombre de points où l'on n'en trouve plus de vestige. Or, la membrane moyenne ou élastique de l'aorte est celle qui résiste à la pression sanguine, et sa disparitiou par place a amené la distension du vaisseau. Dans les dilatations secondaires de la tumeur, la paroi est extrêmement amincie. Là, la membrane élastique a complétement disparu, et la paroi est constituée par des lames de tissu conjonctif séparées par des cellules aplaties.

Réflexions. Ce fait est très-intéressant aussi bien au point de vue clinique que sous le rapport anatomo-pathologique. Les résultats de l'autopsie rendent bien compte des difficultés, et l'on peut presque dire, de l'impossibilité de faire un diagnostic exact. En effet, le tumeur anévrysmale située à la partie postérieure de la poitrine, et constituée par une paroi artérielle doublée de couches de fibrine extrêmement épaisses, ne pouvait donner de battements. L'intégrité des valvules sigmoïdes de l'aorte explique aussi l'absence de souffle à la base du cœur. Il n'y avait compression d'aucun organe et par suite aucun symptôme particulier, pas de troubles de la voix, pas de cornage; on avait bien constaté à un moment (30 novembre) une inégalité des pupilles, mais ce phénomène n'avait point attiré l'attention sur l'existence d'un anévrysme; tous les autres symptômes étaient peu en faveur de cette hypothèse.

L'expectoration sanguinolente elle-même ne pouvait que contribuer à égarer le diagnostic. Les crachats avaient tous les caractères que l'on décrit à l'expectoration du cancer du poumon, ou à celle de l'apoplexie pulmonaire, et l'on n'avait aucune raison de soupçonner un anévrysme communiquant avec les bronches d'une façon permanente. Sous ce rapport, c'est là un fait absolument insolite, et dont on se rend d'ailleurs très-bien compte en examinant la disposition des couches de fibrine au voisinage de la perforation. Le sang avait en effet à suivre, un trajet très-compliqué et passait dans les voies aériennes par une sorte de filtration plutôt que par une communication directe.

De la glossoplégie dans les lésions de la protubérance (1).

M. Hallopeau voudrait revenir en peu de mots sur une question qui a été soulevée dernièrement par M. Joffroy; il s'agit de savoir si les lésions de la protubérance peuvent donner lieu à la glossoplégie complète, comparable à celle que produisent les lésions bulbaires quand elles intéressent les hypoglosses ou leurs noyaux. M. Hallopeau avait cru pouvoir *a priori* la résoudre par l'affirmative en s'appuyant sur ce fait que tous les conducteurs nerveux par lesquels les noyaux bulbaires sont mis en rapport avec les centres volitifs traversent nécessairement la protubérance; il peut aujourd'hui citer une observation qui confirme pleinement ce qu'enseignait la théorie; elle appartient à M. Guéniot qui l'a publiée en 1860 dans les *Bulletins de la société.* En voici le résumé: X... est frappée brusquement, sans attaque apoplectique, d'une paralysie des membres du côté gauche et en même temps elle se trouve privée de la parole; il lui est dès lors impossible d'articuler un seul mot et cependant elle a sa connaissance, car elle peut écrire, les mouvements de la langue sont très-difficiles et très-peu étendus. La mort survient 4 jours après. A l'autopsie, on trouve dans la protubérance un caillot du volume d'une amande; il n'atteint pas inférieurement les limites de l'organe; les autres parties de l'encéphale sont saines.

Cette observation semble démontrer qu'une lésion de la protubérance peut donner lieu, comme une lésion bulbaire, à une glosso plégie assez complète pour emporter d'une manière absolue l'articulation des mots; il est certain que dans un cas de cette nature le diagnostic offrirait les plus grandes difficultés; on ne pourrait localiser la lésion dans le bulbe que s'il se produisait ultérieurement une atrophie de la langue indiquant que l'hypoglosse ou son noyau sont intéressés directement et non pas seulement dans leurs communications avec l'encéphale.

M. Joffroy fait d'abord remarquer que M. Hallopeau ne cite qu'une seule observation à l'appui de son opinion. Il rappelle qu'il a dit simplement qu'il n'existait aucune observation de lésions de la protubérance ayant déterminé une paralysie *absolue* de la langue; or, dans l'observation de M. Guéniot la langue n'était pas absolument paralysée. — Enfin, il n'est pas dit dans cette observation s'il n'existait pas de lésion du bulbe. Mais il y est dit que dans la moitié droite de la protubérance, il existait un caillot considérable et un autre plus petit dans la moitié gauche. Avec cela, pas de paralysie faciale. La paralysie alterne qui est la règle, pourrait avoir existé ici, et avoir été incomplète des deux côtés; par suite, elle aura pu échapper. Une erreur de ce genre expliquerait le fait, et ferait comprendre que d'autres erreurs se rencontrent dans l'observation. D'ailleurs le fait de M. Guéniot, fût-il certain, n'apporterait aucun élément à la discussion présente, car il remonte à 1860, époque à laquelle la question des paralysies bulbaires était mal connue.

M. Hallopeau ne croit pas que l'observation de M. Guéniot mérite les critiques dont elle vient d'être l'objet; la pièce a été étudiée par Marcé avec le plus grand soin, il n'est pas admissible que le bulbe n'ait pas été examiné, car il est spécifié dans l'observation que le foyer hémorrhagique était *totalement* compris dans l'épaisseur de la protubérance et que les autres parties de l'encéphale étaient saines. On doit considérer enfin qu'il n'y a eu qu'une attaque paralytique, qu'elle a été provoquée évidemment par l'hémorrhagie protubérantielle et que l'on ne saurait sans invraisemblance rapporter à une autre cause la paralysie linguale qui s'est produite en même temps que la paralysie des membres.

Thrombose et suppuration intra-veineuse post-puerpérale dans la veine cave inférieure et les veines hypogastriques; Infection purulente. (accidents typhoïdes); abcès métastatiques des poumons seulement; par M. Poirier, externe des hôpitaux.

M... 20 ans blanchisseuse, entrée le 19 juillet 1876, à Necker, dans le service de clinique, (dirigé par M. Rigal.

Accouchée prématurément au terme de deux mois et demi, à la suite d'une chute, disait-elle, cette jeune femme s'était en apparence promptement remise; elle n'avait conservé aucune douleur abdominale, elle n'avait eu à la suite de la fausse couche aucun symptôme qui pût faire penser à une péritonite même légère : elle n'avait pas eu de perte abondante et n'avait pas conservé d'écoulement notable, pas d'écoulement fétide en particulier.

Trois semaines plus tard, c'est-à-dire le vendredi 14 juillet, elle fut prise assez brusquement de douleurs abdominales et de diarrhée avec fièvre et perte des forces; elle avait

(1) Voir les séances de juin, p. 451.

une céphalalgie violente, des nausées et un sentiment de courbature générale. Lorsqu'elle entra à l'hôpital cinq jours plus tard, elle avait l'aspect typhoïde et présentait seulement comme phénomène un peu anormal une teinte ictérique bien accusée des muqueuses et de la peau, avec des urines chargées de pigment biliaire, sans albumine; la fièvre était assez vive et rapide (120 p.), la langue sale, le ventre ballonné, un peu douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite où l'on percevait du gargouillement; il n'y avait pas de taches rosées lenticulaires. La rate n'était pas notablement augmentée de volume, bien que le flanc gauche fût douloureux, il n'y avait pas eu d'épistaxis. On entendait des râles sous-crépitants aux deux bases.

La malade avait un accablement considérable et une certaine anxiété, mais pas de stupeur, à proprement parler; ses réponses étaient très-précises, l'intelligence tout à fait présente; si bien que, tout en présentant l'apparence typhique, elle n'avait pas tout l'ensemble des signes qui caractérisent habituellement la dothiénentérie régulière, et son état rappelait au contraire celui des sujets qui sont sous le coup d'une affection septique.

Dès les premiers jours, un autre phénomène vint encore ébranler le diagnostic de fièvre typhoïde; la température après avoir été de 38° 8 le 20 au soir; de 38°, 8 le 21 matin, et de 40° le soir du même jour (Pouls, 108, 113) tomba le 22 soir à 37°,5.

Le 23 matin, la température était basse encore (37°,5); dans la journée il y eut un petit frisson; le soir le thermomètre s'élevait à 40°.

Un nouvel examen ne fit connaître aucun symptôme nouveau qui aurait pu passer jusque là inaperçu. Le ventre restait peu ballonné, à peine douloureux; le toucher ne révélait aucune altération notable de l'appareil génital.

24 matin. M. Rigal reconnut au sommet du poumon droit un foyer de râles fins avec diminution de sonorité et l'on put se demander si la production d'un noyau pneumonique secondaire n'était pas la cause du frisson de la veille.

Cependant la malade conservait la même intelligence lucide et restait dans le même état de dépression sans vraie stupeur, les taches rosées ne se montraient pas. La respiration était peu accélérée, les râles circonscrits à un sommet; aucun signe ne permettait de supposer une suppuration viscérale (hépatique ou rénale) à laquelle le frisson pouvait faire penser; le cœur restait sain; on ne pouvait affirmer soit une endocardite ulcéreuse soit une phthisie aiguë à forme typhoïde.

Le même jour, 24, la température s'éleva dans la soirée à 40° 4.

25, nouveau frisson, légère épistaxis.

Temp. matin, 39° 6; P. 136.

— soir, 37° 3; P. 120.

Les traits se sont altérés profondément, la malade a maigri. Il semble qu'une suppuration profonde doit exister dans un viscère sans qu'il soit possible d'en définir le siége ni l'origine puisque l'appareil génital paraît sain.

Un nouveau foyer de râles fins s'est produit à la partie moyenne du poumon gauche; des rhonchus sous-crépitants s'entendent d'ailleurs dans le reste de la poitrine.

26 mat. L'émaciation semble avoir fait des progrès, la peau est plombée plutôt qu'ictérique.

Temp. 37° 4, P. 128.

La malade meurt dans la journée.

L'AUTOPSIE démontre qu'il ne s'agit pas d'une fièvre typhoïde; l'intestin est sain; les plaques de Peyer sont normales. Le foie, la rate, les reins ne présentent aucune altération appréciable. Le cœur est absolument sain, ainsi que l'aorte.

Les poumons, surtout le droit, renferment de nombreux *abcès métastatiques*. A la surface du poumon gauche, à la partie moyenne, se voient des fausses membranes infiltrées de pus qui correspondent à un gros abcès superficiel. — En d'autres points, les abcès se distinguent par la coloration grisâtre de l'organe. Sur les coupes ils forment des cavités ovoïdes du volume d'un marron ou moins, remplies d'un liquide gluant, grisâtre, muco-purulent plutôt que franchement purulent, revêtues d'une sorte de néo-membrane blanchâtre tomenteuse peu adhérente au parenchyme très-congestionné qui les entoure.

Le point de départ de ces abcès métastatiques se trouve dans les veines des plexus utérins, dans les hypogastriques et la veine cave inférieure qui renfermaient des caillots grisâtres, diffluents ou un liquide tout-à-fait puriforme. La *veine cave inférieure* en particulier est remplie dès son origine jusqu'à l'embouchure des veines rénales d'un caillot blanc grisâtres l'oblitération du tronc veineux, complète dans les deux tiers de cette longueur environ, paraît n'avoir pas été absolue plus haut où le caillot semble décollé de la paroi par le passage d'une certaine quantité de sang.

En incisant ce caillot on trouva en dedans d'une coque fibrineuse mince et molle un liquide tout-à-fait semblable à du pus et renfermant des leucocytes en quantité innombrable. On ne put suivre jusqu'à l'utérus même aucune veine enflammée. A la surface interne de l'organe, sur le fond se voit la plaie placentaire pulpeuse un peu grisâtre mais bourgeonnante.

M. HOMOLLE. Cette observation dont j'ai suivi avec soin les diverses phases est intéressante à plus d'un titre. La phlébite utérine puerpérale qui a été le point de départ des accidents s'est développée insidieusement sans phénomènes réactionnels, sans symptômes douloureux. Pendant trois semaines après la fausse-couche, la malade a pu aller et venir sans éprouver aucun accident sérieux. Le mal a revêtu des allures telles qu'au début il était difficile de ne pas songer à une fièvre typhoïde.

Une oblitération étendue de la veine cave inférieure ne s'est, pendant la vie, accusée par aucun signe et en particulier n'a ni donné lieu à de l'œdème des membres inférieurs (les veines crurales, étaient perméables), ou de la paroi abdominale, ni au développement d'une circulation collatérale; l'ascite a fait complètement défaut.

Enfin, les abcès ne se sont développés que dans les poumons où ils semblent avoir été provoqués par le transport en nature du pus contenu dans les troncs et branches veineuses qui sont indiquées dans l'observation.

Ce n'est pas la première fois que j'ai l'occasion d'observer une suppuration intra-veineuse sans qu'aucun phénomène pût mettre sur la voie du diagnostic d'une oblitération étendue d'un tronc veineux profond; les accidents de l'infection purulente constituant seuls toute la symptomatologie. En 1872, à Lariboisière, j'ai vu un cas de pyléphlébite suppurée caractérisée seulement par un état typhoïde avec frissons, sans ascite, sans hémorrhagies, et j'ajouterai sans ictère bien que le foie fût rempli d'abcès métastatiques. Ici encore la suppuration se fit exclusivement dans l'organe auquel aboutissait le tronc veineux rempli de pus; l'infection purulente est en quelque sorte restée localisée.

M. MAURICE RAYNAUD. J'ai rencontré un cas semblable: une pyléphlébite suppurée et généralisée n'a jamais provoqué d'ascite pendant toute la durée de son évolution.

Noyaux cancéreux secondaires dans une hernie épiploïque de la ligne blanche. — Cancer primitif de la petite courbure de l'estomac, sans vomissements et sans tumeur appréciable; par M. GAUTIER, externe des hôpitaux.

Leverg.... P., 69 ans, entre le 19 juillet dans le service de M. VULPIAN. — Pas d'antécédents de famille. — Très-bonne santé générale antérieure. — Il y a vingt ans le malade vit apparaître une petite tumeur sur la ligne médiane, à peu près à égale distance entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic. Aucun effort, aucune violence extérieure n'en précéda le développement. Cette grosseur était indolente, même à la pression. Elle se réduisait en partie spontanément de temps en temps, mais ne disparaissait jamais complètement.

Il y a quatre ou cinq mois, le malade commença à maigrir et à être habituellement constipé. Ses forces déclinèrent insensiblement. De temps en temps, il rendait des selles noires comme du goudron. Jamais de vomissements. Il y a deux mois et demi ou trois mois le malade en palpant la tumeur épigastrique constata l'existence de deux ou trois petites no-

dosités dures et douloureuses à la pression. De temps en temps il éprouvait aussi à ce niveau des élancements spontanés. — L'appétit et les forces du malade continuent à décliner rapidement. Constipation toujours opiniâtre. Les selles étaient devenues constamment mélaniques.

Il fut tourmenté pendant quelque temps par des renvois abondants, mais jamais de nausées, jamais le moindre vomissement. Ces accidents le décident à entrer à l'hôpital. Après être resté quatre semaines chez M. Trélat, il passe dans le service de M. Vulpian.

Etat à l'entrée. — Homme très-maigre, teinte jaune-paille assez marquée. Pas d'œdème des membres inférieurs. Le malade ne se plaint d'aucune douleur, mais seulement de faiblesse très-grande et d'inappétence presque absolue. Constipation toujours très-opiniâtre ; le malade ne va à la selle que tous les deux ou trois jours et les matières sont constamment mélaniques. On constate entre l'ombilic et l'épigastre l'existence d'une tumeur lobulée présentant des parties molles et trois ou quatre nodosités dures, grosses à peu près comme un gros pois. Celles-ci sont douloureuses à la pression ; une ou deux d'entre elles paraissent adhérentes à la peau. La partie centrale de la tumeur est sonore à la percussion. On ne peut pas la faire rentrer dans l'abdomen, même partiellement. Le ventre est assez ballonné ; tympanite intestinale assez notable. Par la palpation profonde, on ne constate l'existence d'aucune tuméfaction ni d'aucune résistance anormale. — Le malade s'affaiblit très-rapidement et meurt le septième jour après son entrée dans le service.

Autopsie. — Rien à noter dans l'encéphale et les viscères thoraciques. — L'*estomac* est fortement dilaté et descend presque jusqu'à l'ombilic. Au niveau de la partie moyenne de la petite courbure de l'estomac on constate l'existence d'une tumeur d'une dureté ligneuse, grosse comme un œuf de poule.

Le néoplasme empiète sur la partie inférieure de l'épiploon gastro-hépatique et paraît envahir la portion voisine du pancréas, à laquelle elle adhère fortement. La tumeur fait une saillie notable dans la cavité du ventricule. Elle ne paraît pas ulcérée. A la coupe elle est d'un blanc jaunâtre, très-dure et ne donnant que très-peu de suc par le râclage. Les orifices cardiaque et pylorique sont sains. Toute la surface de la séreuse péritonéale pariétale est parsemée de petits noyaux cancéreux secondaires dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une amande. Le mésentère et le grand épiploon en sont particulièrement parsemés. — Pas d'épanchement dans la cavité péritonéale. Pas d'adhérences. L'intestin grêle est rétracté. Le gros intestin renferme une quantité notable de gaz. On trouve des plaques cancéreuses sous le péritoine qui tapisse la face postérieure de la vessie et la face antérieure du rein droit. — Pas de dépôts secondaires dans les organes abdominaux ni dans la colonne vertébrale.

A l'examen de la tumeur épigrastrique, on voit une bride épiploique du volume d'une grosse ficelle s'engager dans un tout petit orifice à contours nettement fibreux, situé immédiatement à gauche de la veine ombilicale. En incisant la peau on tombe immédiatement sur un paquet épiploique qui renferme deux ou trois noyaux analogues à ceux que l'on a trouvés en si grand nombre dans la cavité abdominale. L'un d'entre eux adhère assez fortement à la peau.

Réflexions. — Cette observation nous a paru remarquable à plus d'un titre : Nous n'insisterons pas sur le fait de l'existence d'une tumeur gastrique qui devait pourtant gêner considérablement le cours des aliments dans l'estomac, puisqu'elle avait forcé cet organe à se dilater beaucoup, et qui a parcouru toute son évolution sans donner lieu à aucun vomissement. L'intérêt principal de ce fait est dans le développement de noyaux cancéreux dans l'épiploon hernié, accident dont nous n'avons pas trouvé d'exemple cité dans les auteurs que nous avons pu consulter. Chez notre malade, en présence de la cachexie avancée, des selles mélaniques, on ne pouvait guère penser à d'autre diagnostic que celui qui a été confirmé par l'autopsie. Mais si dans un cas semblable l'existence d'un cancer profond était moins nettement démontrée on pourrait être fort embarrassé.

M. Vulpian pense que la douleur considérable à la pression et l'adhérence à la peau de ces petites tumeurs sont des signes qui doivent immédiatement faire soupçonner leur nature cancéreuse. La sonorité de la partie centrale de la tumeur, doit être rapportée à la présence immédiate derrière elle de l'estomac dilaté ; car les dimensions de l'orifice herniaire ne permettent pas de supposer qu'il ait jamais pu livrer passage même à une portion de la circonférence de l'intestin.

Procédé de durcissement des cerveaux; par M. Féré, interne provisoire.

M. Féré explique le procédé de préparation qu'il emploie pour durcir les cerveaux au moyen de l'acide nitrique. Il propose la solution qui contient 15 parties d'acide pour 100 d'eau comme étant la meilleure. M. Pitres préfère la solution au cinquième. Quant à la solution à moitié que M. Broca a parfois employée, elle a l'inconvénient de brûler les cerveaux et de les conserver moins longtemps.

Tumeur kystique de l'ovaire; examen micrographique; par MM. De Sinéty et Malassez.

La pièce a été envoyée au laboratoire d'histologie du Collége de France par M. le Dr Terrier. (Série B. n° 35.)

Il existait sur cette tumeur un grand nombre de poches, différentes les unes des autres, comme volume, comme contenu et comme aspect des parois. Dans certaines de ces cavités, le liquide ne différait pas de celui des kystes ordinaires et les parois présentaient de nombreuses végétations, allant parfois jusqu'à remplir presque complétement la cavité kystique. Sur des coupes microscopiques, on reconnaît que les parois sont formées par un tissu conjonctif dont les faisceaux sont disposés parallèlement à la surface kystique. Sur certains points ces parois sont calcifiées, mais nous n'avons trouvé nulle part de tissu osseux proprement dit.

La *surface interne* est tapissée par un épithélium cylindrique, disposé sur une seule couche. Parmi les cellules épithéliales, les unes sont cylindriques, avec ou sans cils vibratils, les autres caliciformes. De ce revêtement épithélial, partent des prolongements en doigts de gants, qui s'enfoncent dans les parois kystiques et ont en certains points l'aspect de glandes en tube. Dans l'épaisseur même de la paroi, on trouve de très-petites cavités, tapissées du même épithélium, et qui sont, soit des kystes indépendants, soit des coupes des prolongements sus-mentionnés.

Les végétations, que l'on trouve dans ces mêmes cavités, sont constituées par de fines trames conjonctives, qui se continuent avec le tissu conjonctif des parois et qui limitent entre elles des espaces alvéolaires. Ces espaces, de forme et de dimension des plus variables, sont également tapissés par une seule rangée d'épithélium cylindrique.

De telle sorte que ces végétations sont, à proprement parler, constituées par une série de kystes placés les uns à côté des autres. Les parois de ces kystes présentent elles-mêmes des saillies épithéliales, qui arrivent à combler ces petites cavités. Aussi, leur contenu est-il très-peu abondant ; on y voit des éléments plus ou moins dégénérés.

Dans quelques cavités kystiques, il existait d'autres grosses végétations, différant des précédentes, par leur coloration gris-jaunâtre et leur aspect caséeux. Au microscope on distingue des éléments plus ou moins dégénérés sans arrangement bien déterminé et qui paraisssent provenir des végétations mortifiées. D'autres kystes contenaient des poils, au milieu d'une bouillie blanchâtre, athéromateuse.

Les parois avaient, en certains points, l'aspect lisse d'une muqueuse ; en d'autres points, l'aspect opaque du derme. Sur ces parois, des poils prenaient implantation.

Examinées au microscope, les portions dermoïdes présentent des parois, dans lesquelles, on peut distinguer profondément, un tissu adipeux, comparable au tissu cellulaire sous-cutané. Plus en dedans, une couche de tissu conjonctif entrecroisé, ressemblant au derme. Troisièmement, un revêtement épithélial ayant le même aspect que l'épiderme et présentant comme lui, une couche muqueuse, une couche intermédiaire et une couche cornée.

Dans le tissu adipeux on trouve des glomérules de glandes sudoripares et, dans la portion dermique, les conduits de ces glandes. Dans le derme, on trouve des poils avec leur bulbe et de volumineuses glandes sébacées, semblables à celles qui accompagnent les poils follets, à l'état normal.

Au voisinage de ces glandes, il existe des faisceaux de fibres musculaires lisses. Dans la partie profonde de la couche dermique on rencontre de gros vaisseaux, les uns artériels, les autres veineux. Dans la portion superficielle on voit des capillaires, qui se dirigent généralement perpendiculairement à la surface, mais ne se terminent point dans des papilles. En effet, la surface du derme ne présente que de légères ondulations, n'ayant aucun des caractères des papilles. Il existe enfin des espaces triangulaires, munis d'un revêtement endothélial, qui sont des coupes de vaisseaux lymphatiques.

Dans une de ces cavités, nous avons trouvé les couches les plus internes infiltrées de cellules particulières. Ces cellules ont les formes et les dimensions les plus variables. Les plus petites, souvent polyédriques, ont de 16 à 20 μ, et généralement 1 ou 2 noyaux. Leur protaplasma est granuleux et se colore en jaune sous l'influence du picrocarminate. Lorsqu'elles sont réunies en assez grand nombre, elles ressemblent aux grandes cellules des corps jaunes et de la caduque utérine. Les plus volumineuses sont, le plus souvent, sphériques ou ovoïdes et atteignent jusqu'à 80 et même 100 μ de diamètre. Leur protaplasma est également granuleux et elles renferment toujours un assez grand nombre de noyaux.

La situation de ces noyaux par rapport aux cellules diffère des unes aux autres. Tantôt on les voit réunis en un seul groupe, soit au centre, soit sur l'un des côtés de la cellule, tantôt rangés régulièrement à sa périphérie. Ces éléments ressemblent complétement aux myéloplaxes de Robin, *riesenzellen* des Allemands. Entre ces deux extrêmes on trouve tous les intermédiaires possibles.

Ces cellules sont très-serrées les unes contre les autres, séparées par quelques travées conjonctives et un assez grand nombre de vaisseaux. Ce tissu conjonctif est très-riche en petites cellules rondes, éléments jeunes ou cellules lymphatiques. On trouve encore dans cette région, des coupes de poils, mais qui ne font que la traverser et paraissent nés plus profondément. Dans son ensemble cette couche a une épaisseur moyenne de 320 μ et elle se continue avec la couche dermique des portions dermoïdes voisines.

On peut rencontrer encore des groupes allongés de cellules semblables dans l'épaisseur même des parois. Les cellules qui les composent sont généralement petites, de forme allongée montant à l'extrémité des amas et ont également un protoplasma granuleux à un ou plusieurs noyaux.

Pleurésie purulente; destruction d'un cartilage costal; par M. le dr Couty, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

Les pièces proviennent d'un malade, mort de pleurésie gauche purulente, le 25 juillet dernier service de M. Villemin.

La pleurésie, constatée le 19 mai, était consécutive à une pneumonie du sommet, survenue en février, chez un homme de 28 ans, alcoolique, pneumonie devenue caséeuse; l'épanchement n'a jamais été très-considérable. Après avoir présenté (fin juin des douleurs violentes de névralgie intercostale gauche, douleurs au niveau de la partie antérieure des 7e et 8e cartilages intercostaux et même, pendant quelques jours, une sorte de crépitation gazeuse à ce niveau, cet homme succomba aux progrès de la cachexie, qu'expliquaient parfaitement les lésions tuberculeuses, et la transformation purulente probable de l'épanchement.

Autopsie. — Outre des foyers de ramollissement caséeux très-considérables dans les deux poumons, et surtout à gauche, on trouva un épanchement purulent assez abondant dans la plèvre gauche très-épaissie. Avec cet épanchement, il y avait en avant une poche secondaire beaucoup plus petite, ne paraissant pas communiquer avec la première poche s'insérant sur les septième et neuvième côtes gauches, au niveau de leurs insertions cartilagineuses. Cette poche qui contenait du pus, mais pas de gaz appréciables, s'est étendue sous la paroi thoracique en détruisant l'articulation chondro-costale de la huitième côte gauche. Le cartilage correspondant, nécrosé, creusé de trous, est en partie disparu; la côte, dont la partie antérieure dépourvue de périoste baignait dans le pus, paraît moins altérée. La peau qui avait été fort peu soulevée par le pus, n'est ni enflammée ni œdématiée.

Péricardite purulente; carcinôme de l'estomac, du foie et du pancréas. — Hypertrophie du cœur; par M. A. Mossé, interne provisoire.

Desb... Constant, 36 ans, terrassier, entre le 19 juillet 1876, dans le service de M. Woillez (hôpital de la Charité). Avant son entrée, le malade n'a éprouvé aucun trouble fonctionnel du côté de la poitrine; il ne tousse pas, et ne se souvient pas d'avoir eu les jours précédents, soit de l'oppression, soit un point de côté: mais, depuis deux mois environ, l'appétit est diminué; troubles digestifs, diarrhée fréquente, pas de vomissements alimentaires ou d'une autre nature.

Etat actuel. 19 juillet. Le jour de l'entrée, on constate un affaissement général notable. Le facies rappelle celui de la cachexie cardiaque; les pommettes, légèrement violacées, tranchent par leur coloration sur le fond jaunâtre de la peau.

Respiration superficielle, fréquente; absence de toute douleur thoracique. Langue sèche; température 39,3°; pouls petit, irrégulier, à 120. Les artères ne sont pas athéromateuses.

L'examen du thorax fournit les résultats suivants. En arrière, sonorité exagérée des deux côtés: disparition, dans presque toute l'étendue des poumons du murmure vésiculaire, qui est remplacé par des râles sibilants et ronflants, abondants surtout vers la base. En avant, mêmes signes du côté droit; à gauche, râles sous-crépitants dans l'aisselle. Dans la région précordiale, ni voussure, ni matité exagérée. Le volume du cœur est augmenté; la pointe bat en dehors, et légèrement au-dessous du mamelon. Les bruits du cœur ne sont pas modifiés dans leur intensité, leur timbre n'est pas métallique; il n'y a pas d'intermittences. En aucun point de la région, il n'existe de souffle, mais à un centimètre environ au-dessus et en dedans du mamelon, l'auscultation permet d'entendre un bruit d'attrition léger, superficiel, circonscrit dans un espace très-limité; il ne se propage dans aucun sens, et ne paraît influencé ni par la respiration, ni par les positions variables que l'on fait prendre au malade, ni par la pression du stéthoscope. Du côté de l'abdomen rien de particulier à signaler (excepté toutefois une volumineuse hernie inguinale gauche); la palpation ne fournit en aucun point de sensations anormales; le volume du foie est normal. Les urines ont une coloration un peu plus foncée qu'à l'état habituel; elles ne contiennent pas d'albumine. Les extrémités ne sont pas œdématiées.

20 juillet. Même état général: le bruit de froissement entendu la veille ne se retrouve plus aujourd'hui, les autres signes physiques restent les mêmes. Expectoration nulle. Traitement: Julep Kermès 0,25. Vin de quinquina, 8 ventouses scarifiées.

Soir. Température 38°,4; pouls petit, irrégulier. La diarrhée persiste.

21 juillet. Légère voussure dans la région précordiale. Les bruits du cœur deviennent sourds; la pointe paraît refoulée un peu plus en dehors du mamelon.

22 juillet. La voussure précordiale apparaît nettement aujourd'hui: elle est très-augmentée depuis hier, sensible par la comparaison avec le côté droit, malgré une légère projection de la paroi thoracique de ce côté due à l'emphysème; submatité par la percussion faible dans toute l'étendue de la voussure; matité par la percussion forte. L'impulsion cardiaque est diminuée d'intensité, à peine sentie; la main appliquée sur la région précordiale ne perçoit qu'un frémissement vague et incertain. Les battements sont sourds, éloignés de l'oreille, leur rhythme offre encore assez de régularité. Par places, il est possible d'entendre de nouveau avec ses caractères habituels le frottement péricardique. Le malade n'accuse aucune douleur dans la région précordiale, dans celle de l'épaule, ou dans le bras. — L'état général demeure sans grande modification; cependant le subdélirium qui s'était déjà montré, par instants, depuis l'entrée du malade devient maintenant plus accusé. Température, soir, 39°,2.

23 *juillet.* Les signes physiques semblent indiquer une augmentation de l'épanchement depuis hier; le malade garde maintenant le décubitus latéral gauche: T. 38°; pouls 96, petit, irrégulier.

24 *juillet.* Le malade est encore couché dans la position qu'il avait hier, et ce n'est qu'avec peine qu'on parvient à le faire asseoir sur le lit. La percussion fournit de la matité en arrière dans toute la hauteur du poumon gauche, et fait reconnaître l'existence d'un épanchement pleural rapidement développé. Délire calme pendant toute la nuit dernière. Le *soir*, à cinq heures, profitant d'un moment où il ne pouvait être surveillé, le malade se lève pour aller aux cabinets: il y avait dix minutes environ qu'il avait quitté son lit, quand on l'a trouvé mort assis sur le siége, les bras pendants. la tête renversée en arrière. La mort était due à une syncope.

Autopsie. — *Poumons.* Emphysémateux, d'une coloration blanc grisâtre surtout à la partie antérieure: à gauche, adhérences pleurales récentes dans un point limité, et vers la partie moyenne. Epanchement liquide louche dans la plèvre (un litre environ). Congestion hypostatique marquée surtout à droite.

Le *péricarde*, distendu, fait une saillie légère entre les deux poumons: la portion médiastinique gauche est rouge. injectée, reliée à la face interne du poumon correspondant par des adhérences récentes. En arrière d'elles et à leur niveau, la plèvre médiastine ainsi que le tissu cellulo-graisseux, traversé en ce point par le nerf phrénique sont vivement injectés. L'ouverture du péricarde donne issue à un liquide séro-purulent, d'un jaune opalin (quantité, 300 grammes; environ) une partie de ce liquide recueillie et isolée laisse bientôt se former au fond du verre un dépôt purulent. La face interne du péricarde est hérissée de petites saillies qui rappellent nettement la comparaison classique. Sur le feuillet viscéral recouvrant la face antérieure des ventricules se voient deux plaques laiteuses jaunes assez larges, sur la face postérieure, il n'en existe qu'une seule et moins étendue. Dans la portion du péricarde adhérente au centre phrénique, large plaque jaunâtre ramollie qui correspond à une plaque analogue existant sur le diaphragme en ce même point. Plus en dehors et à gauche, deuxième plaque, semblable à la précédente, mais fort adhérente a la base du poumon gauche. — *Cœur* très-volumineux; fibres musculaires pâles, décolorées, presque couleur feuille morte. Les valvules auriculo-ventriculaires et artérielles sont saines. Les cavités ne sont pas dilatées proportionnellement au volume du cœur. La cloison interventiculaire épaissie mesure près de deux centimètres. L'hypertrophie est générale avec prédominance pour le cœur gauche.

Organes abdominaux. — *Estomac.* Cancer de la petite courbure et de la paroi postérieure, situé à une distance de 5 à 6 centimètres du pylore; à ce niveau la muqueuse est ulcérée, recouverte d'un détritus noirâtre. Dans le reste de son étendue, cette muqueuse ne présente rien de particulier. Le cancer s'est propagé en arrière au pancréas et au foie. Le *pancréas*, adhérent à la face postérieure de l'estomac, est atteint dans une région voisine du bord supérieur, large environ comme une pièce de un franc et peu profonde. Le *foie* n'est lésé qu'à la partie postérieure du lobe gauche; la languette qui avoisine le cardia est noirâtre, ramollie et en partie détruite. Dans tout le reste de cet organe, qui offre la consistance du foie muscade, on ne trouve pas de noyaux cancéreux. C'est dans la partie du diaphragme située au-dessus de ces lésions que siégent les plaques jaunâtres signalées plus haut. A l'œil nu, on ne distingue en aucun point de cette région de traînées lymphatiques cancéreuses. La *rate*, le *rein*, et l'*intestin* n'offrent rien a noter.

Réflexions. — Dans cette observation les points suivants nous paraissent devoir être signalés:

1° L'absence de douleur, pendant toute la durée de la maladie, malgré la congestion de la zone cellulo-graisseuse traversée par le nerf phrénique, et l'inflammation voisine de la plèvre et du péricarde;

2° La relation évidente entre la masse carcinomateuse située au-dessous du diaphragme, et le développement de la péricardite: l'examen histologique n'ayant pu être fait, on ne peut affirmer qu'il s'agisse là d'une péricardite cancéreuse par propagation plutôt que d'une inflammation due à une irritation de voisinage;

3° *L'hypertrophie du cœur.* Elle nous paraît pouvoir être rapprochée de ces cas d'hypertrophie en quelque sorte aiguë, développés sous l'influence de la péricardite. Chez ce malade, en effet, il n'existait ni lésions d'orifices, ni athérome, ni lésions rénales: de plus, il était cancéreux, et on sait que chez ces malades quand ils arrivent à la période cachectique, on trouve généralement le cœur diminué de volume: quant à l'emphysème pulmonaire qui existait ici, il produit surtout l'hypertrophie avec dilatation du cœur droit et ce n'est pas a une lésion ainsi localisée que nous avons eu affaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ARRONDISSEMENT DE L'ÉLYSÉE

Séance du 6 novembre 1876. — Présidence de M. le Dr Siry.

Observation de calculs rénaux chez un chien; par le Dr Alf. Guillon.

Un médecin de mes amis, avec lequel je me promenais dans une belle et grande propriété à Vincennes, me fit remarquer que son chien, un magnifique terre-neuve de 6 à 7 ans, autrefois très gai devenait triste, grognon, il ne sortait plus beaucoup, paraissait souffrir en marchant et en urinant, ce qu'il faisait souvent; cette urine, toujours en petite quantité, laissait un dépôt crétacé. L'état maladif de ce chien était attribué aux coups qu'il avait dû recevoir dans des luttes fréquentes avec des maraudeurs qui franchissaient le mur pour dévaliser la basse-cour ou les arbres fruitiers; ou encore à plusieurs tentatives bien prouvées d'empoisonnement.

Un matin, le chien fut trouvé mort; son maître, qui l'avait entendu hurler plusieurs fois pendant la nuit précédente, crut que l'animal avait été empoisonné. L'autopsie faite avec soin par un vétérinaire ne confirma pas cette idée d'empoisonnement; en voulant ouvrir les reins le bistouri s'arrêta sur un volumineux calcul qui n'était plus recouvert que par une couche très-amincie de substance corticale, légèrement jaunâtre et qui présentait en différents points des altérations faisant penser à des abcès.

Chacun de ces calculs ne formait qu'une seule masse lorsqu'on me les a remis, il y a une dizaine d'années; par la dessication le rein droit s'est séparé en deux morceaux, le rein gauche en trois morceaux qui s'emboitent très-exactement les uns dans les autres et représentent fort bien la pétrification des reins. La croyance des reins pétrifiés, a dit Civiale, doit se rapporter à ces volumineux calculs dont le poids n'est pas en rapport avec le volume.

Le calcul du rein gauche pèse 97 gr. 20, ses dimensions sont: longueur, 9 cent., largeur, 5 cent. 70; épaisseur. 3 cent. 80.

A la demande d'un professeur je l'ai donné au Musée de l'Ecole vétérinaire d'Alfort qui, m'a-t-on dit, n'en possède pas de semblable.

Le calcul que je vous présente vient du rein droit, il a les dimensions suivantes: longueur, 8 cent. 25: largeur, 5 cent, 50, épaisseur, 4 cent.; il pèse 96 grammes. Je me propose de l'offrir au Musée de la Faculté. Ces calculs sont formés de phosphate ammoniaco-magnésien.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 décembre 1876. — Présidence de M. Houel.

M. Rochard. Dans le travail de M. Cras, relatif au traitement des ruptures de l'urèthre, il y a trois points importants à observer. En premier lieu, l'auteur conseille de renoncer absolument au cathétérisme, dès que le diagnostic est assuré; il faut résolûment pratiquer l'incision du périnée sur la ligne médiane, jusqu'à ce qu'on soit arrivé au niveau de la déchirure. En second lieu, M. Cras introduit une sonde à demeure, en caoutchouc, mais seulement après la section périnéale. Enfin, après cinq ou six jours, il enlève la sonde et se borne ensuite à cathétériser son malade une ou deux fois par jour. Traités de cette façon, les malades ont beaucoup de chances de guérir sans fistules.

L'incision périnéale est une opération que les traités classiques ont passée sous silence, dans les chapitres qui concernent les ruptures de l'urèthre et leur traitement. M. Notta, le premier, a conseillé de la pratiquer, mais sans prescrire toutefois les tentatives préalables de cathétérisme. Or, il arrive généralement dans les ruptures graves de l'urèthre, que le bulbe est broyé, que les tissus sous-jacents sont profondément contusionnés, et que l'épanchement sanguin est considérable dans la loge périnéale inférieure. En essayant immédiatement le cathétérisme, on risque d'augmenter encore le désordre, de provoquer des hémorrhagies nouvelles et surtout de favoriser l'infiltration d'urine.

La seconde pratique, qui consiste à introduire la sonde en caoutchouc immédiatement après l'incision périnéale, appartient à M. Cras.

Quant à ce qui est du troisième point, M. Rochard serait disposé à le modifier un peu, c'est-à-dire à maintenir en place quelques jours de plus la sonde à demeure.

M. Verneuil. Si les préceptes formulés par M. Cras ne sont pas indiqués dans les livres classiques, ils sont appliqués tous les jours par la plupart des chirurgiens. D'ailleurs, il y a longtemps que Reybard a conseillé d'inciser de très-bonne heure les bosses sanguines du périnée. L'incision a ce grand avantage qu'elle fait cesser presque immédiatement la rétention d'urine. M. Verneuil a eu affaire à de semblables cas, lors de son passage à l'hôpital des enfants, et, en effet, ses malades ont guéri sans fistules.

M. Lefort, tout en reconnaissant l'utilité de l'incision périnéale moyenne, ne se refuse pas à admettre que le cathétérisme peut être pratiqué dans les cas moins graves. Quant à la rétention d'urine, elle pourrait être traitée par la ponction vésicale.

M. Duplay a soigné à l'hôpital Saint-Antoine deux malades atteints de déchirures de l'urèthre. Il a incisé le périnée et ses malades ont également guéri sans fistule. Il n'y a pas quinze jours, il a eu affaire à un cas semblable, et il a de nouveau pratiqué la même opération.

M. Trélat. Lorsqu'il n'y a pas d'infiltration urineuse à redouter, la conduite du chirurgien peut être réservée, mais du moment que l'infiltration doit se produire, il faut se hâter d'inciser le périnée. Quant à la ponction de la vessie, c'est une opération qui a toujours été très-discutée et que les chirurgiens font bien rarement aujourd'hui. M. Trélat l'a pratiquée deux fois. Le premier malade qu'il a traité ainsi a guéri, mais sa guérison a été horriblement difficile et longue. Le second malade a eu un phlegmon de la paroi abdominale antérieure.

M. Rochard ne veut pas réclamer pour M. Cras la priorité du procédé chirurgical. Il signale seulement le désir formulé par M. Cras de voir la Société de chirurgie se prononcer relativement à une pratique qu'il croit utile et qui n'a pas encore eu de sanction dans nos ouvrages classiques.

M. Houzé de l'Aulnoit lit un travail sur un nouveau procédé d'hémostase définitive, par la compression circulaire associée à l'élévation des membres. E. B.

Séance du 20 décembre 1876 — Présidence de M. Houel.

M. Tillaux lit un rapport sur l'observation communiquée par M. Pozzi à la société de chirurgie, et relative à un malade qui subit il y a deux mois environ, l'opération d'Esmarch.

M. Périer lit un rapport sur l'observation de tumeur enkystée de l'orbite, communiquée par M. Gros, de Boulogne-sur-Mer.

M. Cras, de Brest, lit un travail sur un cas de fracture de crâne, avec fistule, datant de 38 ans, traité par la trépanation avec guérison. — M. Lefort, communique à la société un cas d'atrophie de la vessie. — M. Farabeuf lit une observation de luxation sous-glénoïdienne de l'humérus. E. B.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *A partir du 1er FÉVRIER 1877 les prix de l'abonnement sont fixés ainsi qu'il suit : pour les NOUVEAUX abonnés : docteurs en médecine,* **vingt francs;** *étudiants en médecine,* **douze francs.** *Pour les ANCIENS abonnés, les prix d'abonnement ne sont pas changés.*

BIBLIOGRAPHIE

Recherches sur les centres nerveux (*pathologie et physiologie pathologique*), par V. Magnan (in-8, avec 3 planches), G. Masson, éditeur.

Dans cet intéressant volume, le Dr Magnan a réuni plusieurs mémoires et leçons publiés isolément déjà; il y a joint quatre nouvelles études sur la *paralysie générale ;* dans l'une sont exposés plus complétement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, les caractères d'une altération particulière : la dégénérescence colloïde, un des modes d'évolution ultime de la lésion habituelle de la paralysie générale. Le second mémoire démontre que, dans cette maladie, le travail inflammatoire ne se localise pas simplement à la périphérie de l'encéphale, mais que l'inflammation occupe, avec une égale intensité les parois ventriculaires. De ces deux vastes foyers, du périphérique et du central, rayonne un travail inflammatoire que l'on peut bien constater sur les parois vasculaires et sur les éléments nerveux, qui sont altérés par une néoformation conjonctive interstitielle.

Dans le troisième mémoire et dans une leçon clinique faite à Saint-Anne, le Dr Magnan étudie le processus pathologique de la périencéphalique diffuse et suit jusque dans la moelle et les nerfs les altérations secondaires qu'elle y cause parfois.

La seconde partie comprend aussi quatre mémoires : le premier est le résumé des recherches de physiologie expérimentale sur l'action comparative de l'alcool et de l'absinthe auxquelles l'Académie des sciences a accordé le prix Monthyon en 1872. L'étude de l'alcoolisme y est faite grâce à la méthode scientifique moderne, et cet état pathologique est séparé de l'absinthisme dont les manifestations sont : à faible dose, des vertiges et des secousses convulsives dans la tête et les parties antérieures du corps; à haute dose, des attaques épileptiques et du délire, provoquées du premier coup par l'absinthe et ne survenant que secondairement sous l'influence seule de l'alcool.

De nombreuses expériences permettent de suivre pas à pas l'état de la circulation cérébrale, et de déposséder le bulbe de la faculté de provoquer à lui seul l'attaque épileptique.

Le mémoire suivant traite de l'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens dans l'alcoolisme chronique : une intéressante séméiologie et l'étude des faits de Türck permettait à M. Magnan de laisser entrevoir le siége de la localisation qui a été précisé par MM. Charcot, Veyssière et Raymond. L'ouvrage se termine par une série de statistiques relatives au nombre des aliénés durant les tristes années 1870-71. La réunion de ces mémoires constitue donc un intéressant volume de physiologie pathologique. C'est la manifestation d'une méthode véritablement scientifique apportée dans l'étude si confuse encore de la pathologie mentale. On ne saurait trop louer l'auteur de se dégager des considérations purement psychologiques pour ne voir dans certaines formes de folie que des maladies à lésions déterminées. — H. de B.

Des difformités des doigts (*Dactylolyses*) ; par le Dr G. Beauregard, in-8° de 108 pages, avec 6 planches lithog. Paris J.-B. Baillière, 1875.

Sous le nom de Dactylolyses, M. Beauregard étudie les difformités des doigts caractérisées par un étranglement accentué, un sillon profond causé par une perte de substance considérable, pouvant aller jusqu'à la fracture, le raccourcissement, l'amputation du doigt.

Ces difformités surviennent, dans des circonstances assez diverses. Une première variété est celle que l'on connaît au Brésil et sur la côte d'Afrique sous le nom d'*ainhüm* : observée jusqu'ici exclusivement sur les nègres et les Hindoux, cette maladie est encore assez mal connue, surtout en ce qui concerne l'étiologie ; aussi l'auteur se borne-t-il à la décrire sous le nom de dactylolyse esseutielle sans préciser sa nature. Dans le second chapitre sont étudiées les dactylolyses de cause externe, c'est-à-dire les dactylolyses congéniales (utrodactylies et amputations spontanées), les dactylolyses traumatiques (produites par des cicatrices vicieuses, la constriction d'une bague etc.); et enfin les dactylolyses inflammatoires, consécutives aux diverses variétés de panaris.

Le troisième chapitre est consacré aux dactylolyses de

causes internes. Les unes résultant d'un vice de nutrition relevant de modifications sanguines, et parmi celles-ci, l'auteur étudie surtout les lésions dactyliennes qui sont dues à la scrofule et à la syphilis. Les autres peuvent être rattachées à des troubles trophiques et se rapportent, d'une part, à la sclérodermie et à l'éléphantiasis, d'autre part à l'asphyxie locale des extrémités et à la lèpre.

Tels sont les différents sujets étudiés dans le travail du Dr Beauregard. On voit par cette énumération que le terme de dactylolyse est un peu élastique, et comprend des lésions très-différentes. On peut regretter que l'auteur, qui indique son travail comme une étude de séméiologie, n'ait pas cru devoir comparer ces différents cas dans un chapitre d'ensemble; néanmoins on y trouvera des documents intéressants sur chacun des points dont nous avons dû nous borner à faire l'énumération. A. S.

VARIA

Société de médecine légale.

Dans sa séance du 11 décembre 1876, cette Société a procédé au renouvellement de son bureau, qui, pour l'année 1877, est composé comme il suit : *Président* : MM. Hémar, avocat général à la Cour de Paris ; — *Vice-Présidents* : dr Trélat ; — dr Penard ; — *Secrétaire général* : dr Gallard ; — *Secrétaires des séances* : dr Riant; — Delastre; *Archiviste*. dr Ladreit de la Charrière; — *Trésorier :* Mayet, pharmacien.

Membres de la Commission permanente, chargée de répondre d'urgence, pendant l'intervalle des séances, aux demandes d'avis motivés, qui sont adressées à la Société. MM. Hémar, président ; Gallard, secrétaire général, dr Baudouin, Demange, dr Devergie, d'Herbelot, Lefort, dr Liouville, Manuel, dr Motet ; dr Polaillon.

Conseil de famille. MM. Champouillon, Chaudé, Choppin d'Arnouville, Dolbeau, Mauuel.

Comité de publication. MM. Delastre, Fourchy, Ladreyt de la Charrière, Lunier, Riant.

La Société a déclaré la vacance de trois places de membres titulaires et de dix places de membres correspondants nationaux. Les nominations devant avoir lieu prochainement, les candidats sont invités à faire parvenir sans délai leurs demandes au secrétariat général.

Exercice illégal de la médecine ; les spirites ; eau magnétisée.

Pour qu'il y ait exercice illégal de la médecine, il faut qu'un individu sans qualité se soit livré à des pratiques relevant de l'art de guérir ; mais aussi il faut qu'il y ait eu médecine admiuistrée. De l'eau magnétisée, de l'eau sur laquelle des spirites ont fait certains gestes et prononcé certaines paroles, est-elle une médecine ? Telle était la question soumise à la cour d'Angers dans son audience du 13 novembre.

La cour a décidé que si le magnétisme et le spiritisme pouvaient prendre un caractère légalement répréhensible, au cas, par exemple, où ils ont été exercés publiquement dans un intérêt soit de lucre, soit d'influence ou de renom à acquérir, soit même avec l'idée d'empiéter sur le domaine de la médecine, il n'en est pas ainsi quand les adeptes du magétisme ou du spiritisme se réunissent en société pour se communiquer le résultat de leurs inspirations plus ou moins excentriques, leurs rêves philosophiques et mystiques, et les aberrations d'une science imaginaire.

Dans la prévention soumise à la cour, les spirites et magnétiseurs évoquaient des personnes illustres, qui n'avaient jamais eu rien de commun avec eux et des parents dont la mémoire leur était restée chère. Si, par hasard, à de rares intervalles, dit l'arrêt de la cour, il est échappé de ce triste laboratoire quelques rares formules touchant en apparence à l'art médical, il serait hors de propos de coudamner comme coupables des gens qui sont frappés de ridicule et dont les insanités sont justiciables de la raison, de la morale et du bon sens.

La cour a extrait quelques lignes des procès-verbaux de ces illuminés. On y lit notamment qu'un jour l'esprit de Lamartine a transporté les évocateurs dans la planète de Mars, séjour de douleur et de misères physiques et morales, dont les habitants sont à l'état sauvage ; la durée de l'incarnation y est plus courte qu'en Vénus, plus encore qu'en Jupiter. Après ce voyage, le médium se sent fatigué et dit : Donc, mes amis, à une autre fois.

Une autre fois, l'esprit du père d'un des prévenus prescrit à son fils de faire prendre à sa mère malade une cuillerée de vin de quinquina le matin et une le soir, du bon vin, de la mousse perlée et du chiendent.

Une autre fois encore, Châteaubriand annonce à la société une période de lutte qui sera aussi ardente parmi les esprits que parmi les incarnés. A la même séance, un esprit dit : Vous me faites rire, car j'aime à rire moi : je ne demande pas mieux que de m'en aller. Viennent ensuite d'incroyables niaiseries.

Dans plusieurs séances, des esprits que l'on qualifie de farceurs viennent frauduleusement prendre la place des esprits graves qui ont été évoqués. Un esprit invité à signer dit : Pas pour aujourd'hui. Un autre dit : Tu m'embêtes, va te cacher et laisse-moi tranquille.

La cour a décidé que ces actes sont des élucubrations insensées, extravagantes, émanées de cerveaux malades, et qu'il n'y avait pas lieu pour la justice de s'arrêter à quelques prescriptions d'eau magnétisée, de vin de quinquina et de passes magnétiques reprochées aux prévenus.

Hygiène et gymnastique. — Puisqu'il est plus que jamais question de régénérer la France, de faire des hommes forts, vigoureux, on ne saurait donner trop de publicité au moyen d'atteindre ce but sacré. C'est pourquoi nous nous empressons de faire connaître les conclusions remarquables d'un travail du docteur Burcq, travaille intitulé : *La dynamométrie et la pulmométrie à l'école normale de gymnastique militaire de la Faisanderie.* Il résulte de six mois d'expériences, qui ont été faites par ordre à la sus-dite école sous la haute direction de MM. les commandants Grellet et Canonnier, que les exercices gymnastiques que l'on y pratique ont pour effet : 1° d'augmenter les forces musculaires jusqu'à 23 et même jusqu'à 38 pour 100, et en moyenne de 16 à 17 pour 100, en même temps que de tendre à les équilibrer dans les deux moitiés du corps ; 2° d'agrandir la capacité pulmonaire de 1/6 tout au moins en moyenne; 3° d'accroître le poids des hommes jusqu'à 10, 12 et 15 pour cent (moyenne 6 à 7 pour 100), et, d'autre part, cependant, d'en diminuer le volume, accroissement tout au profit du système musculaire, ainsi que l'attestent surabondamment ces plus values dynamométriques. L'augmentation des forces a surtout lieu dans la première moitié du cours. Plus tard, en général, elles tendent à décroître plus ou moins sérieusement. A ce moment, comme dans tous les cas où en gymnastique on touche à l'excès, la dynamométrie est appelée à intervenir d'une manière aussi précise que salutaire pour avertir maîtres et élèves, soit de modérer les exercices, soit même de les suspendre. (*Revue scientifique*).

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes. Un concours pour la place de chef des travaux anatomiques aura lieu le 15 mars 1877. Le chef des travaux anatomiques est nommé pour six ans et reçoit un traitement annuel de 1200 francs. — *Conditions du concours.* Nul n'est admis à concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français et s'il ne justifie du titre de docteur en médecine obtenu dans une faculté française. Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'école quinze jours avant l'ouverture du concours et déposer entre les mains du secrétaire leur acte de naissance, leur diplôme, l'indication de leurs titres universitaires, et, s'il y a lieu, un exemplaire au moins des publications dont il seraient les auteurs. Les épreuves du concours consistent : 1° En une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie. Quatre heures seront accordées au candidat, qui ne devra s'aider d'aucun ouvrage, manuscrit ou imprimé ; 2° En une leçon orale de trois quarts d'heure de durée sur une question d'anatomie générale ou d'histologie, après trois quarts d'heure de réflexion sans livre en main ; 3° En une préparation extemporanée d'anatomie descriptive, Cinq heures seront accordées pour cette préparation et un quart d'heure pour la démonstration publique. 4° En la préparation d'une série de pièces anatomiques desséchées, montées et prêtes à être déposées dans le musée de l'école. Trois mois seront accordés pour cette épreuve.

École de médecine de Nantes: — Distribution des prix. — Ont été proclamés lauréats de l'École. *Élèves en médecine :* 1re *année* : 1er prix : M. Jarry ; 2e prix *ex æquo* : MM. Aumaître et Hardy. 2e *année*. — 1er prix, M. Cautelau. Accessit, M. Testut. 3e *année*. 1er prix, M. Ollive. — 2e prix M. Blé, Mention honorable, M. Coutereau. 2e prix, M. Baudry.— *Elèves en pharmacie* : 1er prix, M. Domergue. — 2e prix, M. Baudry. *Clinique*: 1er prix *ex æquo* : MM. Passillé et Chenantais. — 2e prix, M. Ollive.

Hôpitaux de Nantes. — A la suite des concours ouverts pour les hôpitaux, ont été nommés : *Internes :* MM. Blé, Haret, Cauteau, Dodin et Testut. *Externes* : MM. Jarry, Aubry, Faucheron, Bertet, Boiffin, Dortel, Aumaitre, Hardy et Baudry.

Enseignement médical libre.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Charcot continue son cours sur *les maladies du système nerveux*, tous les dimanches, à neuf heures et demie.

Cours d'accouchement. — MM. Budin et Pinard ont commencé le mercredi 15 novembre à 4 h. 1/2, un cours d'accouchement. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en 4 parties : 1re partie, Anatomie, Physiologie, Grossesse. 2e Eutocie. — 3e Dystocie. — 4e Exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

NOUVELLES

Paris. Pendant la semaine finissant le 21 décembre 1876, on a constaté 912 décès, soit 256 décès par 1000 habitants et pour l'année, savoir : fièvre typhoïde 48 ; rougeole 10; scarlatine 3 ; variole 11 ; croup 17 ; angine couenneuse 21 ; bronchite 29; pneumonie 59 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants 1; choléra nostras »; dysenterie »; affections puerpérales 4 ; érysipèle 6 ; autres affections aiguës 245 ; affections chroniques 388, dont 152 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales 46 ; causes accidentelles 24.

Concours. — *Internat.* Jeudi, 14 décembre. — *Articulation du coude, fractures de l'olécrâne ;* samedi, 16, *uretère, symptômes et diagnostic des co-*

liques néphrétiques ; lundi, 18, *face inférieure du foie, symptômes et diagnostic du diabète sucré;* mercredi, 20, *veine cave inférieure, causes de l'ascite.*

FACULTÉ DE MÉDECINE. — La Faculté a adopté les listes de présentations suivantes : 1° pour la chaire de pathologie interne, vacante par la permutation de M. Potain : en 1re ligne: M. Jaccoud, en 2e ligne, M. Brouardel; — en 3e ligne M. Bouchard; — 2° pour la chaire de pathologie interne, vacante par la mort de M. Axenfeld, en 1re ligne, M. Peter ; — en 2e ligne, M. Ollivier; en 3e ligne M. Hayem.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. *Laboratoire de chimie biologique.*—MM. les Etudiants qui désirent faire des recherches de chimie médicale sont prévenus que le laboratoire sera ouvert tous les jours, de midi à cinq heures, à partir du 15 décembre courant. Les élèves sont priés de se faire inscrire dès à présent à l'Ecole pratique (cabinet de M. le chef du matériel).

Ecole des hautes études. — M. Boutroux (Louis-Désiré-Léon), ancien élève de l'Ecole normale supérieure, agrégé des sciences physiques, est chargé des fonctions d'aide préparateur du laboratoire de chimie physiologique, en remplacement de M. Calmettes, démissionnaire. M. Joliet (Louis-Lucien) licencié-ès-sciences naturelles, est chargé des fonctions de préparateur au laboratoire de zoologie expérimentale, en remplacement de M. Villot, démissionnaire.

Faculté des sciences de Clermont. — M. Aubergier, ancien doyen, est nommé doyen honoraire. Il y a lieu de pourvoir d'une manière définitive à la chaire de chimie vacante. Un délai de vingt jours à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour la production de leurs titres.

Faculté des sciences de Poitiers. M. Schneider, docteur-ès-sciences, est chargé du cours de botanique et de zoologie, en remplacement de M. T. Mounier.

Ecole de médecine de Besançon. — M. Boutenot, professeur de clinique interne, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1876-1877, par M. Gauderon, suppléant des chaires de clinique et de pathologie interne.

Ecole de médecine de Caen. — Ont été proclamés lauréats de l'Ecole: *Elèves en médecine*, 1re année, 1er prix: M. Leprévot: 2e prix *ex-æquo* : MM. Lhirondelle et Thomas, 2e année: 1er prix M. Carlier. *Prix Lesauvage.* 1er prix M. Carlier. — 2e prix M. Maceny. *Elèves en pharmacie.* 1re année. — 1er prix *ex æquo*. MM. Mullois et Salmon.

Ecole de médecine de Clermont. — M. Bertrand, professeur de chimie, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1876-1877, par M. Huguet, suppléant des chaires de chimie, pharmacie et matière médicale à la dite école.

Ecole de médecine de Lyon. — M. Charpy, docteur en médecine, est délégué pendant l'année scolaire 1876-1877, dans les fonctions de chef des travaux anatomiques.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Jouvin, ancien pharmacien en chef de la marine, ancien professeur à l'école de médecine navale de Rochefort, est nommé professeur de pharmacie, en remplacement de M. Malapert, décédé. Un concours sera ouvert le 1er juin 1877, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle. — Le registre des inscriptions sera clos deux mois avant l'ouverture dudit concours.

Hôpitaux de Nancy. — Sont nommés internes des hôpitaux : MM. René et Thiébaut. — Interne provisoire M. Muller. — M. le Dr Riembaut, médecin du lycée de Sainte-Etienne, est nommé chirurgien dudit lycée (emploi nouveau).

Faculté de médecine de Nancy. — A la suite du dernier concours, ont été reçus: Aides de clinique de la Faculté de médecine: MM. Guyot et Hippolyte. Des concours vont être ouverts à la Faculté pour les places d'aide d'anatomie et d'aide de physiologie, devenues vacantes à la suite de ce concours.

L'HOMŒOPATHIE EN FRANCE.— Les médecins qui pratiquent actuellement l'homœopathie en France sont, au nombre de 390 environ : 70 à Paris, 230 dans les départements. Il y a en ce moment 14 pharmaciens homœopathiques spéciales, 8 à Paris, 2 à Lyon, 2 à Bordeaux, 2 à Marseille. Il y a également un certain nombre de médecins vétérinaires pratiquant l'homœopathie. Trois hôpitaux homœopathiques de fondation récente (1869-1870, 1875) existent en France: l'hôpital Hahnemann et l'hôpital Saint-Jacques à Paris, l'hôpital Saint-Luc à Lyon. (*L'art. médical de Paris.*)

NÉCROLOGIE. — Nous avons appris la mort du docteur J.-J. Cazenave, membre correspondant de l'Académie de médecine, ancien médecin à Bordeaux où il a exercé pendant cinquante ans. Il s'était acquis une certaine réputation comme spécialiste pour les maladies des voies urinaires. Depuis une année environ, Cazenave avait quitté notre ville. Il est allé mourir à Lyon, à l'âge de 80 ans (*Gazette médicale de Bordeaux*). — L'Ecole de médecine de Lyon vient de faire une perte considérable en la personne du professeur Foltz, professeur d'anatomie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. *Louis de Molènes*, interne des hôpitaux.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Beaujon. — Service de M. RIGAL. Salle Beaujon : 6, Cancer de l'estomac ; 10, fièvre typhoïde ; 14, pneumonie caséeuse. — Salle Sainte-Monique : 14, pneumonie ; 17, chloro-anémie.

Service de M. HAYEM. Salle Saint-Jean : 3, néphrite albumineuse, 4 ; insuffisance aortique ; 7, fièvre typhoïde avec myocardite. — Salle Saint-Paule : 6, cirrhose hépatique ; 13, variole ; 22, forme pectorale de la fièvre typhoïde.

Service de M. GUBLER. Salle Saint-Louis : 1, hémorrhagie cérébrale ; 5, cancer de l'estomac ; 15, syphilis cérébrale, accidents méningés. — Salle Sainte-Marthe : 2, insuffisance aortique ; 7, pleurésie tuberculeuse ; 10, angine herpétique.

Service de M. DOLBEAU. 1er Pavillon : 10, fractures des malléoles ; 15, tumeur blanche du genou droit ; 30, ostéo-myélite suppurée. — Salle Sainte-Clotilde : 4, arthrite fongueuse sterno-claviculaire, abcès par congestion, albuminurie, amaurose ; 19, kératite, hypoyon. — Opérations tous les jeudis à 9 heures.

Service de M. LEFORT. 2e Pavillon : 2, tumeur du pli de l'aine ; 8, fracture bi-malléolaire ; 23, tumeur blanche du genou droit. — Salle Sainte-Agathe ; 2, mal de Pott ; 8, chute de l'utérus, suture du vagin ; 14, fracture du col anatomique de l'humérus ; 18, plaies multiples des articulations. — Opérations, tous les mercredis à 9 heures.

Service de M. MOUTARD-MARTIN Salle Saint-François : 1, fièvre typhoïde ; 21, insuffisance mitrale, asystole ; 27, insuffisance aortique. — Salle Sainte-Claire : 3, albuminurie ; 5, ictère catarrhal; 31, tumeur cérébrale.

Hôpital Sainte-Eugénie. — *Chirurgie.* Service de M. LANNELONGUE (remplacement de M. le dr MARCHAND). — Visite à 8 heures. Consultations tous les jours. — Opérations les mardis et samedis. — Salle Sainte-Eugénie : 1, scrofules; 2, coxalgie ; 3, abcès froids, cuisse droite : 4, otite externe ; 5, fracture de cuisse consolidée chez une coxalgique ; 6, plaie de la jambe au niveau du genou ; 7, séquestres nombreux des bras et des jambes ; 8, arthrite du genou à la suite d'une extension forcée ; 9, abcès sous-mammaire à la suite d'ostéite ; 12, nécrose de l'os molaire ; 14, contusions de l'avant-bras ; 16, coxalgie suppurée ; 18, blépharophimosis ; 22, tumeurs blanches suppurées de l'articulation tibio-tarsienne; 24, tumeur blanche ; 25, coxalgie ; 26; résection de la hanche ; 27, carie du maxillaire ; 28, tumeur blanche du genou avec abcès multiples ; 29, kyste simple des grandes lèvres ; 30, perforation de la voûte palatine ; 31, torticolis rhumatismal ; 32, tumeur lacrymale ; 35, kératite panneuse ; 37, tumeur blanche avec abcès multiples; 41, strabisme convergent. — Salle Napoléon : 2, brûlure de la face et la main ; 8, 9, 11, 13, coxalgie ; 4, fracture de la rotule ; 5, fracture de l'avant-bras ; 6, fistule à l'anus ; 7, fracture de la cuisse ; 8, fracture de la jambe avec plaie ; 12, fracture de la jambe droite ; 14, hydarthrose du genou ; 16, fracture du tibia ; 33, 38, 44, coxalgie ; 34, 37, 39, 46, tumeur blanche ; 36, abcès du genou ; 35, torticolis ; 42, phlegmon du pied ; 43, abcès froid ; 4(, 50, coxalgie ; 51, fracture de la clavicule.

Service de M. le dr BERGERON. Visite à 8 heures. Consultations les lundis et jeudis. — Salle St-Benjamin (G) : 1, insuffisance mitrale et aortique ; 8, pleurésie purulente , empyème ; 14, pleurésie (10 ponctions) ; 24, chorée, insuffisance aortique ; 6, fièvre typhoïde. — Salle Sainte-Mathilde (F.) ;

8, 9, fièvre typhoïde ; 10, mal de Pott cervical, compression de la trachée par un abcès par congestion ? ; 16, croup opéré, impossibilité d'enlever la canule ; 28, chorée, hystérie, contracture des extrémités.

Hôpital Saint-Antoine.— Service de M. MESNET V. à 9 h., consultations le mardi. Speculum le vendredi. — Salle Saint-Hilaire : 6. hémiplégie droite et aphasie ; 7, rhumatisme blennorrhagique ; 3, pleurésie ; 14, 18, ataxie locomotrice ; 19, albuminurie, suite de fièvre typhoïde ; 27, cirrhose ; 29, emphysème et insuffisance tricuspide ; 34, paralysie générale ; 48, kyste hydatique du foie. — Salle Sainte-Cécile : 1, fièvre typhoïde ; 11, tumeur cérébrale ; 14, contracture permanente ; 27, tumeur du cou.

Service de M. Const. PAUL, 9 h., consultations le jeudi. Salle Saint-Louis : 20, paralysie des muscles de la cuisse. arthrite ; 18, affection cardiaque, insuffisance aortique. — Salle Sainte-Thérèse : 24, phlegmon peri-utérin.

Service de M. PROUST. V. à 9 h., consultations, lundi. Spéculum jeudi. — Salle Saint-Eloi : 1, cancer de l'estomac ; 6, myélite aiguë ; 35, syphilis cérébrale. — Salle Sainte-Jeanne : 24, anévrysme du tronc brachiocéphalique.

Service de M. BROUARDEL. — V. à 8 1/2 ; consultation le mercredi. — Saint-Augustin ; n° 1, fièvre typhoïde ; — 2, diabète ; — 4, rhumatisme et endocardite ; — 6, fièvre intermittente ; — 7, pleurésie : — 8, albuminurie ; 17, ramollissement. — Sainte-Geneviève : 1, pachyméningite ; — 5, cancer de l'utérus.

Service de M. B. ANGER — Visite à 9 heures. Consultation, lundi, mercredi et vendredi, n°s 2, hydartrose ; — 4, phlegmatia alba doleus. 11, fistule lacrymale ; 18., fracture de jambe.

Service de M. TERRILLON. 8 h. 3/4, consultations mardi, jeudi et samedi — Salle Saint-Christophe : Anévrysme artérioso-veineux ; 11, cancer de l'os-iliaque ; 13, otite moyenne suppurée ; 18, péritonite traumatique ; 2, polype du rectum ; 13, anthrax du dos ; 14, gomme du bras , 13, fracture du col du femur.

Hôpital Necker. Service de M. GUYON. Salles St-André (H.) ; Ste-Cécile (F.) ; St-Vincent, fondation Civiale pour les maladies des voies urinaires. — Leçon clinique le mercredi à 10 h., opérations le samedi.

Service de M. DÉSORMEAUX. Salle St-Pierre (H). : 2, 43, fracture du bras ; 7, résection du sternum ; 8, 24, fractures de côtes ; 9, 35, 36, 39, 56, rétrécissements de l'urèthre : 10, 19, hydrocèles ; 14, nécrose du tibia ; 15, fracture de cuisse ; 17, fracture de la clavicule ; 21, mal de Pott ; 22, fistule uréthro-rectale ; 25, plaie du pouce ; 26, luxation de la clavicule ; 29, plaie de la main ; 32, carie du grand trochanter ; 40, hygroma du genou ; 45, polype naso-pharyngien : 46, résection du maxillaire supérieur ; 47, épithélioma de la langue ; 51, rétrécissement œsophagien ; 52, 53, fracture de jambe : 54, amputation de jambe. — Salle Ste-Marie (F) : 2, 22, 25, épithélioma du col ; 4, kyste ovarique ; 5, fistule vésico-inguinale ; 6, ganglion suppuré de l'aisselle ; 10, fracture de côtes ; 12, cancer du sein. amputation ; 14, érysipèle phlegmoneux ; 18, ostéo-sarcôme de la jambe ; 19, ulcération du rectum ; 20, pied-bot.

Service de M. POTAIN. Clinique le mardi et le vendredi, à 10 h. Salle St-Luc (H.) : 5, coliques de plomb ; 6, hémato-myélie ; 8, fièvre typhoïde ; 9, embolie, apoplexie pulmonaire ; 14, cancer de l'estomac ; 16, pleurésie diaphragmatique ; 21, néphrite interstitielle, bruit de galop ; 22, insuffisance aortique, emphysème pulmonaire ; 26, fièvres intermittentes.

Service de M. DELPECH. Salle St-Ferdinand (H.) : 1, 10, 27, fièvres typhoïdes : 2, intoxication saturnine ; 8, rhumatisme articulaire ; 22, gangrène pulmonaire ; 29, cirrhose hypertrophique. — Salle Ste-Anne (F.) : 1, fièvre typhoïde ; 3, abcès du sein ; 7, 8, fièvres typhoïdes ; 10, hystérie ; 13, métrite hémorrhagique ; 14, chorée chez une femme enceinte ; 15, rhumatisme articulaire ; 18, cancer de l'utérus ; 21, clhoro-anémie.

Service de M. CHAUFFARD. Salle St-Louis (H.) : 1, rhumatisme articulaire, endocardite ; 2, id., endo-péricardite ; 4, pleurésie droite ; 7, cirrhose du foie, lympho-sarcôme du cou ; 12, pleurésie enkystée du sommet gauche ; 14, rhumatisme articulaire, endo-péricardite ; 15, dilatation bronchique ; 16, rhumatisme articulaire, endo-péricardite, pleurésie rhumatismale, accidents cerebraux ; 27, rétrécissement et insuffisance mitrales, foie cardiaque. — Salle Ste-Thérèse (F.) : 10, pneumonie du sommet droit chez une accouchée ; 12, hématocèle rétro-utérine ; 14, rhumatisme chronique ; 15, sarcôme de l'ovaire ; 16, cirrhose ; 20, 31, chloro-anémie ; 23, chorée hystérique.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — **M. S. DUPLAY.**

Sur une collection liquide de l'aine de provenance obscure, avec fistule rectale sus-sphinctérienne. (Sacro-coxalgie suppurée).

Leçon recueillie par E. MAROT, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Vous m'avez vu, à différentes reprises, examiner devant vous un malade, âgé de 44 ans, couché au n° 40 de la salle St.-Augustin. Cet homme porte à la région inguinale du côté droit une tumeur liquide dont nous devions rechercher la provenance.

Les renseignements fournis par le malade sont les suivants : il avait eu, jusqu'à ces temps passés, une santé parfaite ; à l'heure actuelle encore son affection est purement locale, il ne paraît être sous l'empire d'aucune diathèse. Tout au plus a-t-il eu à traverser récemment un moment de malaise et d'indisposition mal déterminés, qui ont disparu depuis. Au même moment, il y a deux mois environ, il remarquait presque par hasard l'existence de sa tumeur, en un point dont il n'a jamais souffert.

La tuméfaction que nous allons étudier occupe la région externe du pli de l'aine, immédiatement en dehors des vaisseaux fémoraux; de là, elle s'étend en largeur jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure. Sa limite inférieure est à trois travers de doigts au-dessous de l'arcade crurale sous laquelle elle remonte évidemment pour se prolonger dans la cavité abdominale.

Cette tumeur inguinale externe est peu saillante, mais étalée, manifestement sanglée par l'aponévrose crurale aussi bien que par l'arcade de Fallope: elle est, de plus, mate à la percussion, fluctuante et réductible en partie par une pression prolongée. Elle est sans battements ni mouvements d'expansion, mais elle est influencée par les efforts auxquels doivent concourir les parois abdominales : c'est-là un signe précieux, vous le savez, propre à faire reconnaître avec certitude les collections liquides issues de la cavité de l'abdomen. Dès que l'on cesse de comprimer la poche inguinale, le liquide revient pour la distendre : ce déplacement du liquide est mieux démontré encore par des pressions alternatives exercées au-dessus et au-dessous de l'arcade crurale. Il passe alors manifestement de la poche extérieure et accessible dans une autre qui est contenue dans la cavité abdominale ou du moins dans l'épaisseur de ses parois. Ce mode d'exploration fournit de plus un signe important auquel on ne s'attend pas dans cette région, je veux parler d'une véritable crépitation *hordéiforme*. Cette expression s'applique, vous le savez, à la crépitation particulière des gaines tendineuses dans lesquelles on détermine le déplacement, par un orifice étroit, d'un liquide chargé de grains ou corpuscules.

Toute la région, c'est-à-dire la racine du membre inférieur, est absolument indolente. D'autre part, on ne peut hésiter à reconnaître, dans la tumeur que nous étudions, une collection liquide issue de l'abdomen. Nous avons à discuter, maintenant, si nous sommes en présence d'un kyste ou d'un abcès, car, avec les anévrysmes, dont il ne peut être ici question, là se bornent les variétés de collections liquides que l'on peut observer à l'aine. Avant toute ponction exploratrice, il n'est pas sans intérêt de rechercher au moyen de l'investigation clinique les caractères propres à nous mettre sur la voie du diagnostic.

Les kystes sont relativement fréquents dans cette région et leurs variétés assez nombreuses. L'indolence absolue chez notre malade, la présence même des corps étrangers dans le liquide, devaient nous faire songer d'abord à ce genre d'affections; mais, d'autre part, les kystes répondent presque toujours aux anneaux par lesquels se font les hernies, et en particulier à l'anneau inguinal ; sur le nombre assez considérable de kystes dont j'ai pu rassembler les observations dans ma thèse inaugurale (Paris, 1861), un très-petit nombre appartenaient à la région crurale proprement dite. Cependant les kystes de la région externe de l'aine, pour rares qu'ils soient, sont assez bien connus, et l'on peut rattacher à deux causes différentes leur production. En effet, on a observé une première variété de kystes dont le développement s'était fait au sein des ganglions lymphatiques de la région, c'est-à-dire autour des vaisseaux iliaques, dans la fosse iliaque interne. Dans ce cas, on est en présence, probablement, d'une dégénérescence ganglionnaire spéciale. Il se peut que la tumeur, localisée d'abord à la fosse iliaque interne, vienne ensuite faire saillie à la cuisse en se prolongeant sous l'arcade crurale.

Dans une seconde variété, le kyste appartient à la bourse séreuse interposée au muscle psoas et à la tête fémorale, bourse qui, dans certains cas, est indépendante de la synoviale articulaire. Ces kystes sont donc de véritables hygromas. Je dois dire enfin qu'il existe dans la science quelques exemples de kystes hydatiques de la région inguinale : comme ils font plutôt saillie du côté interne de la région, nous aurons peu à nous y arrêter pour le cas particulier.

Avant de nous attacher à l'idée d'un abcès, bien que ce soit le diagnostic le plus probable, nous devons éliminer successivement les trois variétés de kystes dont je viens d'indiquer la provenance. L'hygroma périarticulaire doit être avant tout rejeté, en raison du siége et de l'ensemble des caractères que nous avons passés en revue. L'articulation coxo-fémorale est absolument saine, ses mouvements spontanés et communiqués sont parfaitement normaux. Nous pouvons d'autre part, comme vous le verrez, expliquer la crépitation hordéiforme qui parait être un symptôme en faveur de l'hygroma. Nous n'avons pas affaire davantage à un kyste hydatique : pour avoir ce volume, il ne pourrait que provenir des os du bassin dont vous connaissez la texture spongieuse. Un pareil kyste ne se fait jamais jour hors de ces masses osseuses avant de les avoir considérablement tuméfiées et déformées. Si l'on pouvait se méprendre sur la nature de la crépitation constatée, peut-être l'idée d'un frémissement hydatique se fût-elle présentée à l'esprit.

La transformation kystique des ganglions iliaques internes mérite en revanche d'être mise en parallèle plus sérieux avec l'abcès ; je parle, bien entendu, de l'abcès froid migrateur, car, étant données l'indolence et la disposition anatomique constatées ici, cet abcès ne pouvait appartenir qu'à cette variété. Les kystes ganglionnaires de la fosse iliaque interne ont pu, dans certains cas, passer au-dessous de l'arcade fémorale, saillir à la racine de la cuisse et revêtir les mêmes caractères que certains abcès par congestion.

Mais ce sont là de rares exceptions et l'existence de cette crépitation hordéiforme, qui pourrait faire songer au kyste, ne doit pas éloigner du diagnostic probable d'abcès chronique ; car on peut expliquer ce phénomène en admettant que la collection purulente renferme un pus séreux tenant en suspension des grumeaux demi-solides. Je pense que nous sommes en présence d'un abcès par congestion lentement développé, dont la provenance reste à discuter.

Il faut bien reconnaître, Messieurs, que le siége de cette tumeur n'est pas celui des abcès par congestion du membre

inférieur. Le plus grand nombre se rencontre à la partie interne : ils suivent le trajet du psoas, contenus dans sa gaine aponévrotique qui les conduit au voisinage du petit trochanter. Il ne serait pas impossible cependant d'admettre une perforation de cette gaîne et, de ce chef, une anomalie dans la direction du pus, mais la colonne vertébrale est certainement intacte, ainsi qu'il résulte d'un examen attentif, et le point de départ de l'abcès ne remonte certainement pas au-dessus de la crête iliaque.

Nous pouvons éliminer à priori les abcès circonvoisins de la coxalgie, puisque l'articulation de la hanche est saine La sacro-coxalgie ne sera pas aussi facile à rejeter. Vous n'ignorez pas, Messieurs, que cette affection s'accompagne d'abcès migrateurs : le nôtre n'aurait-il pas pour point de départ une sacro-coxalgie ou tout au moins une altération superficielle soit de l'os iliaque, soit du sacrum au voisinage de la symphyse sacro-iliaque? Cette dernière manière de voir nous paraît confirmée par l'existence d'une autre lésion, dont j'ai négligé de vous entretenir jusqu'à présent, et dont je dois maintenant vous parler pour asseoir et compléter le diagnostic. L'idée d'explorer l'articulation sacro-iliaque, dans un cas de collection inguinale, ne devait être poursuivie qu'après l'exclusion successive des origines plus habituelles de la suppuration migratrice. Interrogé à ce sujet, le malade nous apprend qu'il a ressenti l'an dernier une douleur subite et intense au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure, prolongée dans le membre inférieur le long du nerf sciatique. Après trois semaines de séjour au lit, il a pu marcher. mais en boitant. Une seconde fois, au mois de décembre, il fut repris des mêmes douleurs, irradiées cette fois vers la partie antérieure de la cuisse, suivant les rameaux du nerf crural, avec des alternatives d'amélioration passagère. Ces douleurs ont persisté jusqu'ici. C'est au milieu d'une de ces crises douloureuses que le malade a constaté la présence de sa tumeur à l'aine.

Nous ne sommes pas en droit d affirmer l'existence d'une sacro-coxalgie par le seul fait du caractère de ces douleurs, car les signes principaux de l'affection font défaut ici : je veux parler de la déformation locale et de la déviation du bassin. Cependant, les renseignements du malade nous permettant de supposer, sinon une sacro-coxalgie, au moins la présence d'une lésion osseuse au voisinage de la symphyse sacro-iliaque, nous avons dû rechercher si le pus, en même temps qu'il se dirigeait du côté de la fosse iliaque interne et de l'anus, n'avait pas suivi une autre voie, et principalement celle du petit bassin. Or, s'il n'y a aucune apparence d'abcès au niveau de l'échancrure sciatique, en revanche le malade nous apprend que, depuis longtemps déjà, il a un écoulement purulent par l'anus.

La marge de l'anus paraît saine, mais le toucher rectal nous a permis de constater à deux centimètres plus haut, sur la paroi postérieure du rectum, l'orifice unique d'une fistule. Cet orifice est assez large pour admettre l'extrémité du doigt : l'écoulement purulent est considérable. Le trajet qui fait suite à cette fistule borgne interne remonte évidemment en suivant la concavité sacro-coccygienne : ce trajet est très-long.

La constatation de cette fistule borgne interne, de date déjà ancienne, présente, dans l'espèce, une importance diagnostique considérable. Je saisis cette occasion pour fixer votre attention sur ce fait clinique, dont vous pouvez tirer cet enseignement : Toutes les fois que vous rencontrerez une fistule borgne interne, de date ancienne, versant une grande quantité de pus, sans lésion grave du rectum, vous devez penser à une fistule ossifluente. Si nous appliquons cette donnée clinique au cas particulier que vous avez sous les yeux, il demeure évident que cette fistule représente l'ouverture du côté du rectum d'une collection purulente analogue à celle que nous voyons aujourd'hui dans l'aine, et d'après le siége de cette fistule à la face postérieure du rectum, l'opinion qui nous faisait tout d'abord localiser le point de départ de l'abcès de l'anus à la face antérieure de la symphyse sacro-iliaque, se trouve ainsi justifiée, car la collection qui s'est ouverte à l'anus a manifestement suivi la concavité du sacrum.

En résumé donc, le diagnostic auquel nous nous arrêtons est celui-ci : sacro-coxalgie ou du moins altération de l'os iliaque et du sacrum au voisinage de l'articulation sacro-iliaque avec double abcès ossifluent, l'un ouvert à l'anus, l'autre saillant à l'aine. Je n'insiste pas sur le pronostic de cette lésion dont toute la gravité réside dans la nature et la profondeur des altérations osseuses ou articulaires. Sans préciser davantage, la maladie est sérieuse et peut même entraîner la mort après un temps plus ou moins long.

Pour assurer le diagnostic nous allons faire une ponction qui remplira en même temps un but thérapeutique.

— La tumeur est ponctionnée avec un petit trocart de l'appareil Potain : il s'écoule une petite quantité de pus séreux, mélangé de flocons caséeux qui ne tardent pas à oblitérer la canule et empêchent de vider complétement la poche.

MALADIES DES YEUX

École pratique. — Cours de M. le Dr **E. LANDOLT.**

Du diagnostic des maladies des yeux.

VIe leçon. — **De la Refraction** (*Suite*) (1).

Leçon recueillie par A. Charpentier.

Dans les différentes formes de réfraction de l'œil que nous venons d'étudier, nous avons toujours supposé *sphériques* les surfaces réfringentes de l'œil, condition par suite de laquelle tous les méridiens ayant la même courbure et réfractant également la lumière, les rayons se réunissent en un seul et même foyer.

Nous n'avons pas besoin de dire que l'œil n'étant pas un instrument de précision dans le sens absolu du mot, nous ne trouvons presque jamais un œil qui remplisse mathématiquement ces conditions. Les écarts de la forme sphérique sont cependant dans la majorité des cas assez faibles pour pouvoir être négligés.

Mais souvent ces inégalités de courbure des différents méridiens des surfaces réfringentes de l'œil sont capables d'influencer considérablement la vue au point de constituer une forme particulière d'anomalie de réfraction à laquelle on donne le nom d'*astigmatisme*.

L'astigmatisme en une irrégularité de courbure des surfaces dioptriques de l'œil, qui s'écartent à des degrés divers de la forme sphérique normale. La réfraction d'un œil astigmate n'est par conséquent plus la même suivant les différents méridiens. Elle est plus forte suivant les méridiens d'une courbure plus grande, plus faible suivant les méridiens de courbure plus petite.

Vous pouvez vous rendre compte de l'effet d'une telle anomalie à l'aide d'un verre cylindrique. Un verre cylindrique est formé par une section d'un cylindre en verre faite parallèlement à son axe, ou par deux de ces sections associées symétriquement.

Les rayons lumineux qui traversent le cylindre suivant un plan perpendiculaire à l'axe, sont réunis comme par tout verre convexe, tandis que ceux qui le traversent suivant un plan parallèle à l'axe ne subissent pas plus de déviation que s'ils avaient traversé un verre de vitre plan à faces parallèles.

Prenons, par exemple, le verre cylindrique n° 5 D et combinons-le avec un verre sphérique convexe n° 50 D dont l'action réfringente est à peu près égale à celle du système dioptrique de l'œil, puisqu'il réunit les rayons parallèles à 20 mm. derrière lui.

Les rayons émanés d'un point lumineux très-éloigné, qui traversent notre combinaison suivant un plan parallèle à l'axe du cylindre, subissent seulement l'action du verre sphérique, le cylindre n'agissant pas dans cette direction, et ils se réunissent en un point situé à 20 mm. derrière la combinaison. Les rayons qui, par contre, traversent notre système dans un plan perpendiculaire à l'axe du cylindre auront à subir l'action combinée du cylindre et du verre sphérique 50 ce qui fait ensemble 55 D, ils se réunissent donc

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44.

$\frac{1000}{55} = 18$ mm. derrière la lentille, par conséquent 2 mm. vant la réunion des rayons du plan axile, à un endroit où eux-là forment encore une image de diffusion, tandis qu'au foyer des rayons axiles, les rayons du plan perpendiculaire à l'axe forment une image de diffusion en s'écartant après leur réunion.

Dans l'espace compris entre les foyers des deux MÉRIDIENS PRINCIPAUX (c'est-à-dire offrant le maximum et le minimum de courbure) se trouvent les foyers et les images de diffusion des rayons lumineux qui traversent le système suivant les méridiens intermédiaires.

Il en résulte qu'un pareil système ne peut jamais fournir une image nette d'un point lumineux. A quelque endroit que l'on place l'écran pour recevoir l'image, il n'y aura toujours qu'une partie des rayons lumineux provenant du point considéré qui s'y réuniront ; les autres formeront une image de diffusion. Si nous plaçons le verre cylindrique de notre exemple de façon à ce que son axe soit horizontal et que nous mettions l'écran à 18 mm. derrière la combinaison, alors le méridien vertical seul est adapté à la distance du point lumineux dont l'image sera une ligne horizontale, parce que tous les rayons qui ont traversé le méridien vertical sont réunis sur l'écran, tandis que les autres, surtout ceux qui ont traversé le méridien horizontal, forment des images de diffusion.

En éloignant l'écran la ligne s'élargit en même temps qu'elle se raccourcit et l'image devient une ellipse à grand axe horizontal. Si l'on continue à éloigner l'écran, le grand axe de l'ellipse se raccourcit de plus en plus tandis que le petit axe s'allonge, l'image diffuse devient circulaire, puis de nouveau elliptique mais à grand diamètre vertical ; enfin cette ellipse s'amincit de plus en plus jusqu'à ce que l'image du point soit devenue une *ligne verticale* à 20 mm. de la combinaison dioptrique de notre exemple. Dans cette position, le foyer du méridien *horizontal* se trouve sur l'écran.

L'image d'un point lumineux produite par un système dioptrique dont différents méridiens ont une force réfringente différente n'est donc jamais un point mais une ligne ou une image de diffusion ronde ou elliptique.

La même chose peut se produire dans l'œil. Supposez un œil dont le méridien cornéen vertical ait une courbure plus forte que le méridien horizontal ; cet œil observant un point, verra toujours une ligne horizontale ou verticale ou même une tache lumineuse diffuse, mais jamais un point. De là provient le nom d'astigmatisme (de στίζω, στίγμα) qu'on a donné à cette anomalie de réfraction.

Lorsque, comme dans l'exemple que nous avons choisi, la courbure reste invariablement la même dans toute l'étendue du même méridien, on appelle l'astigmatisme *régulier*. Si, par contre, non-seulement les différents méridiens sont décrits avec des rayons différents, mais si la courbure du même méridien varie dans différentes parties, on a alors affaire à l'astigmatisme *irrégulier*.

Nous pouvons donc donner de l'astigmatisme régulier la définition suivante : *L'astigmatisme régulier est une différence de réfraction dans deux méridiens du même œil.* Il a presque toujours son siége dans la cornée qui, au lieu d'être sphérique présente la forme d'une sphère comprimée de deux côtés opposés.

Les *méridiens principaux* sont dans la grande majorité des cas *perpendiculaires*, très-souvent verticaux et horizontaux, et alors le méridien vertical a presque toujours la plus forte courbure. Les exceptions ne sont cependant pas rares. Les méridiens principaux sont souvent inclinés et quelquefois on voit la plus faible courbure correspondre au méridien vertical.

Revenons à notre exemple des deux verres combinés ; appliquons-le à l'œil pour en déduire les symptômes qui se produisent dans l'œil astigmate, et la façon de les reconnaître et de les corriger.

Supposez que l'œil ait une longueur de 20 mm., et que son système dioptrique soit représenté par la combinaison de la lentille sphérique $+50$ et d'un cylindre convexe $+5$ D à axe horizontal. Alors le méridien horizontal de l'œil sera emmétrope puisque le cylindre n'agissant pas suivant le plan de son axe, la lentille sphérique seule réfracte la lumière et réunit les rayons parallèles à 20 mm. derrière elle, c'est-à-dire sur la rétine.

Dans le méridien vertical, par contre, la réfraction de l'œil est de 5 D plus forte que l'emmétropie. L'œil offre donc une myopie de 5 D. Les rayons venus de l'infini sont réunis *devant* la rétine, et pour voir nettement, il faut approcher un objet jusqu'à $\frac{100}{5} = 20$ cm. Un œil atteint d'une telle irrégularité ne verra pas nettement des lignes horizontales placées à une grande distance, le méridien vertical n'étant pas adapté à cette distance. En effet, supposons la ligne composée d'une infinité de points juxtaposés ; chacun de ces points formera une image de diffusion à axe vertical et tous les points ensemble formeront une ligne élargie et diffuse.

Pour voir nettement la ligne horizontale, il faut la rapprocher jusqu'à 20 centimètres. Alors les images de diffusion des points qui la composent sont horizontales, c'est-à-dire dans la direction de la ligne, les points se superposent par conséquent, tandis que dans le sens vertical les rayons qui en émanent sont parfaitement réunis sur la rétine. La ligne ne paraît donc plus élargie, mais seulement légèrement allongée par la diffusion horizontale de ses deux extrémités.

L'inverse a lieu pour une ligne verticale. Elle sera vue nettement de loin parce que le méridien horizontal, perpendiculaire à sa direction, est adapté à sa distance, tandis qu'elle sera confuse à une distance rapprochée, parce qu'elle fournit des images de diffusion dans l'axe horizontal. Un œil de ce genre ne voit donc jamais nettement des lignes horizontales et verticales situées dans le même plan. Donnez-lui une croix noire sur papier blanc il verra tantôt l'une, tantôt l'autre ligne, selon qu'il rapproche ou éloigne le papier ou suivant que son accommodation adapte l'un ou l'autre de ses méridiens principaux à la distance du papier, mais jamais il ne verra la croix d'une manière nette. C'est cette observation, entre autres, qui a conduit à la découverte de l'astigmatisme et qui sert encore à sa détermination.

L'œil astigmate n'a jamais une acuité visuelle parfaite e présente même très-souvent un haut degré d'amblyopiet Lorsqu'on a trouvé le verre sphérique qui donne relativement la meilleure acuité visuelle et qu'il y a lieu de supposer l'astigmatisme — nous verrons plus tard quels en sont les indices, — on montre au sujet une figure composée de rayons noirs sur fond blanc (SNELLEN) placée à distance. Et pendant qu'il couvre un œil, l'autre étant muni de sa lentille correctrice, on lui demande si toutes les lignes lui paraissent également nettes, noires et larges. Si la réponse est négative, on se fait indiquer le rayon qui paraît le plus net et celui qui paraît le plus confus. Ces deux rayons correspondent évidemment aux deux méridiens principaux et sont le plus souvent perpendiculaires l'un à l'autre.

Puisque l'une des deux lignes paraît nette, le méridien qui lui est perpendiculaire est adapté à la distance de la ligne, soit que l'individu voie sans lunettes (E), soit qu'il voie avec un verre sphérique. On n'a donc plus qu'à corriger l'amétropie de l'autre méridien. Cela s'effectue à l'aide d'un verre cylindrique dont l'axe est perpendiculaire au méridien à corriger, verre qu'on ajoute à la lentille correctrice sphérique.

Le cylindre sera convexe ou concave selon que le méridien à corriger est hypermétrope ou myope ; et les mêmes règles que nous avons suivies dans la détermination de la réfraction nous guideront dans le choix du verre cylindrique, c'est à-dire que nous choisirons le cylindre convexe le plus fort ou le cylindre concave le plus faible qui donne la meilleure acuité visuelle.

Pour contrôler si notre détermination est exacte, nous faisons regarder encore aux malades la figure des rayons et si son astigmatisme est corrigé, toutes les lignes doivent lui apparaître de la même netteté.

Donders a nommé *astigmatisme simple* la forme de l'astigmatisme dans laquelle l'un des deux méridiens principaux est *emmétropé* et il subdivise cette variété en astigmatisme simple *hypermétrope* et *myope* suivant que l'autre méridien est hypermétrope ou myope.

L'astigmatisme est *composé* lorsque les deux méridiens principaux sont amétropes mais dans le même sens. Ainsi on voit souvent un œil myope dans tous ses méridiens présenter une myopie plus forte dans son méridien vertical que dans le méridien horizontal et de même pour l'hypermétropie. Dans ce cas on dit par exemple : il y a M 5 + As. M 1, axe vertical, ce qui veut dire que le méridien horizontal présente une M de 5, le vertical un surplus de M d'une D, donc 6 D en somme. Enfin on a l'*astigmatisme mixte* lorsqu'un méridien principal est *hypermétrope*, l'autre *myope*.

Toutes ces différentes formes d'astigmatisme s'observent très-fréquemment, l'astigmatisme mixte cependant moins que les autres,

On corrige l'*astigmatisme simple* par un simple verre cylindrique à axe perpendiculaire au méridien amétrope, l'*astigmatisme composé* par des verres qui sont sphériques d'un côté et cylindriques de l'autre, et l'*astigmatisme mixte* par des verres bicylindriques à axes perpendiculaires l'un à l'autre.

Les premières études sur l'astigmatisme sont dues à Th. Young, 1793 (1), qui, atteint lui-même d'un astigmatisme très-considérable, l'analysa et le corrigea d'une façon aussi ingénieuse qu'exacte. Mais ce qui est très-curieux c'est que ce premier cas d'astigmatisme avait, contrairement à la règle, son siége non dans la cornée mais dans le cristallin. Airy (2) détermina et décrivit l'astigmatisme myopique composé dont il était atteint. Il porta un verre sphérique concave combiné avec un cylindrique concave.

Plus tard (1845), Sturm (3) établit la théorie mathématique de l'astigmatisme et Stokes (4) inventa un instrument bien connu composé de deux verres cylindriques mobiles l'un sur l'autre pour déterminer l'astigmatisme.

Un des cas les plus curieux au point de vue historique est celui du curé Schnyder de Menzberg en Suisse, qui avait observé qu'il ne pouvait pas distinguer nettement des fils de fer verticaux et horizontaux à la même distance et qui corrigea lui-même cette infirmité par la combinaison d'un cylindre convexe (5). En 1852, Goutier, professeur à l'école d'application de Metz, envoya à l'Académie des Sciences un pli cacheté qui fut ouvert le 7 août 1865 et contenait l'explication et le mode de correction de l'astigmatisme à l'aide de verres cylindriques.

Depuis l'invention de l'ophthalmomètre par Helmholtz et les travaux remarquables de Donders, Snellen, Knapp et autres, l'astigmatisme est devenu aussi connu que l'hypermétropie et la myopie.

Ce sont les mensurations ophthalmométriques qui ont prouvé que la cornée est principalement le siége de l'astigmatisme et l'Ecole d'Utrecht a surtout introduit dans la pratique les méthodes dont on se sert pour le déterminer et le corriger.

Quoique le but essentiellement pratique de nos leçons ne nous ait pas permis d'exposer plus longuement l'historique de l'astigmatisme et que nous ayons dû passer sous silence bien des noms distingués qui se rattachent à son étude, je dois vous citer au moins un instrument très-ingénieux que nous devons à M. Javal et qui sert à la détermination de l'astigmatisme. Vous trouverez la description de l'optomètre binoculaire de M. Javal dans les *Annales d'oculistique* t. XXXIII, p. 58, 1865. *(A suivre.)*

(1) *Philos. transactions* for 1793. Vol. 83, p. 169, et *Miscellaneous Works* of the late Th. Young ed. by Peacock. London 1855, t. I, p. 26.

(2) *Transactions of the Cambridge Philosophical Society*, vol. II, p. 267, 1827.

(3) Comptes-rendus de l'Académie des Sciences de Paris, t. 28, p. 534, 761, 1238 et Poggendorff's Annalen, t. 65, p. 116.

(4) *The Report of the British Association for the advancement of Science*, for 1849, p. 10.

(5) Compte-rendu de la Société suisse pour l'avancement des sciences naturelles et *Ann. d'oculistique*, t. XXI, p. 222, 1849.

MÉDECINE LÉGALE

Les Skoptzy;

Par **E. Teinturier** (1).

Il est plus surprenant encore que, sur tant de skoptzy survivant à l'opération, on n'ait pu constater plus souvent, par l'examen nécroscopique, les résultats anatomiques internes de la castration. On ne possède qu'une relation quelque peu détaillée d'autopsie due au professeur Gruber.

Le sujet était un skopetz de 65 ans. Les canaux déférents avaient un diamètre de 1 millim. au-dessus des vésicules séminales et de 2 millim. au-dessous : chacun d'eux présentant à son point d'union avec la vésicule un diverticulum long de 11 millim. et large de 3. Les vésicules séminales longues de 20 millim. et larges de 7, étaient pleines d'un liquide muqueux, de couleur et de consistance normale, ne se distinguant du sperme que par l'absence de spermatozoaires. De la prostate, plus petite qu'à l'ordinaire, la compression faisait sourdre la liqueur prostatique. La vésicule prostatique était proportionnellement très-développée, son extrémité postérieure s'arrêtant à quelques lignes de la face postérieure de la prostate. — Si l'on veut avoir des détails plus complets, il faut recourir à la description donnée par Godard (2); le Dr Pélikan n'a cru pouvoir mieux faire que de la lui emprunter, aussi bien que les dessins qui l'accompagnent.

Les conséquences de la castration que l'on peut constater pendant la vie sont mieux connues, les occasions de les observer étant plus fréquentes. Elles varient bien entendu avec la nature des mutilations, et sont d'autant plus prononcées que l'amputation des parties génitales est plus complète. Elles sont locales ou générales. Pour les skoptzy du sceau impérial, ou pour ceux qui ne sont amputés que de la verge, les conséquences locales, indépendantes de l'époque à laquelle s'est faite l'opération, intéressent surtout la miction. Ils portent, dans le canal uréthral, comme les eunuques d'Egypte observés par Godard, un clou de zinc ou de plomb, qu'ils considèrent comme un bouchon, s'opposant à l'excrétion involontaire de l'urine. Pour le docteur Pélikan, la principale utilité de ce clou doit être de mettre obstacle au rétrécissement du canal et de parer aux accidents de rétention pouvant résulter de l'inflammation, de la rétraction et de l'obturation du canal. Sur ce dernier point des réserves nous paraissent nécessaires. Sans aller jusqu'à nier avec Malgaigne la rétraction du canal, admettant même que combinée avec l'inflammation, elle rende impossible l'évacuation spontanée des urines et difficile l'introduction d'une sonde, nous ne voyons guère comment le clou, introduit nécessairement après l'opération, pourrait jouer le rôle de la sonde élastique que Barthélemy conseillait d'introduire dans la verge avant l'amputation de ce membre. Le Dr Pelikan ne dit rien de la manière dont se fait la miction chez les skoptzy dépourvus de la verge ; on doit supposer qu'ils s'accroupissent, comme les eunuques d'Orient.

Chez les skoptzy du petit sceau, quand ils sont opérés avant la puberté, le pénis subit un arrêt de développement et n'est plus susceptible que d'érections imparfaites et difficiles à provoquer, même mécaniquement. Ceux qui sont opérés dans l'âge adulte gardent pendant un temps assez long, et bien qu'elle aille s'affaiblissant toujours, la possibilité d'entrer en érection sous l'influence d'excitations mécaniques ou même psychologiques. C'est là un fait connu de tout temps, et qui s'observe fréquemment chez les animaux domestiques châtrés. Les dames romaines savaient le mettre à profit et certains skoptzy ne se font pas faute, en dépit de leurs doctrines, d'user et d'abuser de la faculté qu'ils ont conservée. Liprandi a connu à St-Pétersbourg un riche skopetz qui entretenait constamment des filles, surtout des Allemandes qu'on lui envoyait de Kœnigsberg ; bien peu pouvaient rester avec lui plus d'un an, elles se

(1) Voir les nos 51 et 52.

(2) Egypte et Palestine.

retiraient avec de belles récompenses, mais aussi avec une santé irrévocablement perdue.

Dans les procédures relatives aux skoptzy, on trouve des exemples de sectaires qui se sont mariés après la castration et dont les femmes sont devenues grosses. Qu'en faut-il penser ? Immédiatement après l'opération, une véritable éjaculation de sperme provenant des vésicules séminales n'a jamais été constatée (dans l'observation de Kramer concernant un jeune homme qui eut une pollution 12 jours après s'être retranché les testicules, la liqueur excrétée ne fut pas examinée au microscope). Mais en admettant la possibilité du fait, il est difficile de croire qu'un homme soit capable de pratiquer le coït aussitôt après la castration, et les éléments fécondants des vésicules séminales subissant rapidement une métamorphose régressive, le coït pratiqué à une date éloignée de l'opération ne peut plus être fécond. La seule conclusion à tirer des grossesses des femmes des skoptzy, c'est donc que le sceau, grand ou petit, ne préserve pas de certaines mésaventures.

Les modifications habituelles qu'éprouve l'organisme par le fait de la castration se retrouvent chez les skoptzy. La plus connue concerne la voix qui, chez les skoptzy opérés jeunes, reste celle d'un enfant, par suite de l'arrêt de développement du larynx ; elle devient seulement plus forte en raison de l'agrandissement des cavités thoracique, buccale et nasale. On a dit que, comme les enfants, les castrats prononçaient difficilement la lettre *R*; les skoptzy ne présentent pas ce phénomène et le Dr Pélikan fait en outre observer que les castrats italiens n'auraient pas été si fort prisés comme chanteurs s'ils n'avaient pu articuler nettement une lettre aussi importante dans la langue italienne. Selon nous, la contradiction n'est qu'apparente ; tous les enfants, surtout à un certain âge, n'ont pas ce défaut de prononciation ; la castration ne le fait pas naître, elle le perpétue seulement chez ceux qui l'avaient déjà. Après la puberté, la castration ne modifie pas autant la voix ; en général, celle-ci n'est qu'affaiblie, parfois plus rauque ; quand elle conserve sa pureté naturelle, elle n'est jamais comparable à celle d'un jeune castrat. Le système pileux des skoptzy n'offre rien de particulier. Comme toujours, quand ils sont castrés dans l'enfance, il ne pousse pas de poils à la face, aux aisselles, ni aux parties génitales, ou bien ils sont rares, courts, grêles, duveteux. Pratiquée dans l'âge adulte, la castration agit dans le même sens sur le système pileux, mais avec moins d'énergie ; dans un âge avancé, elle n'a plus d'influence. On sait quels sont les effets de la castration sur l'habitus général; les skoptzy ne font pas exception à la règle ; la forme du corps s'efféminé, les épaules se rétrécissent, le bassin s'élargit, la peau blêmit, le tissu sous-cutané et les muscles deviennent flasques, la face est flétrie, jaunâtre, inerte, poupine ou vieillotte. A un âge avancé, le ventre est gros, les jambes massives, les pieds œdématiés, la démarche difficile et pesante. La dénutrition moins active, les urines acides et pauvres en urée et autres prduits azotés. L'élongation démesurée des membres inférieurs, que Godard a vu se produire chez les eunuques d'Egypte à partir de l'époque où la puberté aurait dû normalement apparaître, a été aussi constatée sur les skoptzy châtrés jeunes par le Dr Merschejewski. Godard dit que les eunuques du Caire ont toujours l'air d'être gelés et sont toujours maigres. Le Dr Pélikan ne signale rien de pareil chez les skoptzy.

Les modifications produites par la castration ne se bornent pas au physique; elles portent aussi sur le moral et sur l'intelligence. Les eunuques n'ont jamais donné d'hommes vraiment supérieurs en aucun genre, et les skoptzy n'en fournissent pas non plus. Mais si les eunuques orientaux sont attachés à leurs maîtres, aiment et soignent avec dévouement les enfants, ces bonnes qualités font défaut chez les skoptzy ; elles sont incompatibles avec leurs doctrines. Les skoptzy sont bien susceptibles d'un certain attachement, pouvant aller jusqu'à l'adoration, mais seulement pour les supérieurs de la secte. Ils sont égoïstes, rusés, menteurs, artificieux, avides ; mais il est difficile de dire si c'est là l'effet de la castration, ou un résultat de leurs doctrines et des poursuites exercées contre eux. Le Dr Pélikan semble attribuer à la castration la rareté de la folie chez les skoptzy. On ne saurait s'inscrire en faux contre le fait, bien qu'il soit en opposition avec l'influence bien connue qu'ont sur le développement des formes tristes d'aliénation les affections des voies génito-urinaires en général, et la perte des testicules en particulier. Mais on peut contester l'explication et la chercher plutôt dans l'état intellectuel spécial que suppose l'adhésion aux croyances des skoptzy. Ces croyances les empêchent au moins de s'affliger d'une situation qui serait pour d'autres une cause de profond chagrin.

Les mutilations subies par les femmes visent, dans l'intention des skoptzy, le même but que chez les hommes. Mais il faudrait détourner le mot de son sens habituel pour parler de castration des femmes de la secte : il n'y a pas d'exemple connu d'extirpation des ovaires, Les opérations pratiquées sur les femmes sont: 1° l'ablation par le fer, le feu ou les caustiques d'un mamelon, ou beaucoup plus souvent des deux; 2° l'amputation de tout ou partie de l'un des seins ou des deux (*Fig. 83*); la cicatrice n'a rien de particulier; 3° diverses entailles, principalement sur les deux seins et ordinairement symétriques ; 4° la résection des nymphes seules, ou des nymphes et du clitoris ; 5° la résection des nymphes, du clitoris et de la partie supérieure des grandes lèvres, ayant pour résultat une cicatrice irrégulière qui rétrécit considérablement la vulve. (*fig. 84.*)—Toutes ces opérations ne font qu'amoindrir la sensibilité et peut-être le penchant au coit, et apporter des obstacles mécaniques plus ou moins grands aux rapports sexuels et à la parturition. Il y a des exemples de femmes dont la vulve avait été excessivement rétrécie par la cicatrisation consécutive à la 5e opération et qui sont heureusement accouchées sans de bien grandes difficultés. Quant aux effets généraux sur la constitution, ils sont fort contestables. Partageant l'opinion des skoptzy, Nadeschdin prétend qu'en raison de l'étroite sympathie des seins avec l'utérus, leur ablation équivaut presque à une véritable castration, qu'elle diminue l'aptitude à la conception et le plaisir dans le coït ; le teint des femmes ainsi mutilées pâlirait et se flétrirait. Il dit aussi que toutes les femmes de la secte, même celles qui ne présentent aucun signe de mutilation, se reconnaissent toujours à leur peau jaune et flétrie, à leurs seins petits et flasques. Cet aspect tiendrait d'après lui, à ce qu'elle s'abandonnent à des skoptzy du petit sceau, et que ces rapports imparfaits les épuisent. Les faits sont en contradiction avec ces affirmations : de nombreuses femmes appartenant à la secte et même mutilées, sont fraiches et jolies ; quant aux autres, il est plus raisonnable d'expliquer, comme le docteur Pélikan, leur apparence fatiguée et débilitée par leur continence prolongée, leur alimentation insuffisante en quantité et en qualité. leurs danses effrénées (*radenije*), et autres circonstances qui n'ont rien à voir avec les mutilations.

Plus encore que les hommes, en effet, les femmes sont disposées, en raison de leur plus grande excitabilité, à ressentir l'influence, sur le physique et le moral, des danses dont nous avons parlé. Ce sont elles surtout que concernent les questions suivantes adressées en 1846 par le Ministre de l'Intérieur au Conseil médical : 1° Quel est pour l'organisme le résultat physique de ces mouvements; 2° en quoi consiste le plaisir physique qu'y trouvent les sectaires ; 3° quels phénomènes psychiques en peut-il résulter? A ces questions, le professeur C. Seidlitz répondait qu'il était difficile et même impossible de donner une solution. « Comment, disait-il, constater ce qui se passe dans le cerveau des danseurs et à qui demander des renseignements sur les sensations par eux éprouvées ? Les skoptzy sont peu dignes de foi quand ils sont de sang-froid, et pendant leur extase l'état mental qu'elle entraine, supposant la perversion du jugement et l'existence d'illusions, ne permettrait pas de les interroger avec fruit quand même on en trouverait l'occasion. En expérimentant sur une personne de bonne volonté, on n'obtiendrait pas de résultats concluants

puisque les conditions morales ne seraient pas les mêmes. » Le Dr Seidlitz se bornait donc à tirer quelques déductions des effets que devait avoir la force centrifuge développée par la rotation, sur la répartition du sang dans les divers organes et sur les conséquences physiologiques des congestions ainsi produites. Il se déclarait aussi incapable d'expliquer le plaisir pris par les skoptzy à tourner, que



le serait une personne ne fumant pas d'expliquer celui qu'on peut trouver à fumer.

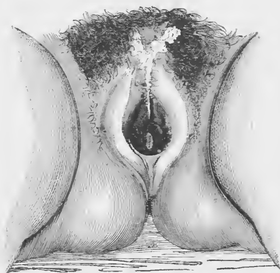
Le rapport du Dr Seidlitz, est resté sans application pratique, dans les cartons du ministère. Comme, cependant, les mêmes questions peuvent être posées aux experts, le Dr Pelikan a cru devoir les reprendre à nouveau.

Il rappelle d'abord que les exercices violents, tels que la chasse, la gymnastique, etc, sont accompagnés d'un état d'excitation agréable, et suivis d'une fatigue mêlée d'une sensation de bien être, qu'expliquent l'activité de la circulation, la plus grande rapidité du double mouvement d'assimilation et de désassimilation, la surproduction de sels extractifs (lactates et carbonates) capables d'exciter le système nerveux. Cela ne suffit pas pour expliquer l'état convulsif, allant parfois jusqu'à la fureur que développent les radenije, et on peut contester l'analogie établie par le Dr Pelikan entre l'état d'esprits des skoptzy et l'ardeur de certains peuples pour les danses nationales, parmi lesquelles il a le tort de ranger le cancan. N'admettant pas l'action des influences érotiques dans les radenïje, alors qu'il leur attribue le rôle principal dans l'excitation des danses nationales, le Dr Pelikan n'aurait pas dû voir entre ces exercices d'autre ressemblance que celle, très-légère, de l'accélération croissante des mouvements. Presque aussi peu justifiée nous paraît la comparaison qu'il fait des skoptzy tourneurs et des individus sous l'influence des alcooliques ou des narcotiques: « c'est, dit-il, la même impuissance à contrôler ses » actes et ses paroles, la même tyrannie d'idées fanati- » ques et enfin, le même penchant à des actions irréflé- » chies, relevant le plus souvent de l'instinct génital. »

L'ivrogne, le narcotisé et le tourneur ont sans doute un trait commun : tous agissent sans réflexion comme les maniaques ; mais ils diffèrent plus encore qu'ils ne se ressemblent. Il serait trop long de relever ici leurs caractères distinctifs, il nous suffit de dire que les idées fanatiques ou érotiques ne sont, d'une manière générale, que des accidents accessoires chez les deux premiers, tandis qu'elles sont le fond même de l'état mental du dernier. Comme le dit le Dr Pelikan, la nature des idées déraisonnables varie avec le tempérament et les habitudes, et surtout les circonstances actuelles où l'on se trouve ; mais ce n'est vrai que de l'ivrogne et du narcotisé ; le caractère de ces idées est beaucoup plus constant chez le fanatique, dont l'intelligence est à l'avance soumise à la fascination d'un seul objet, toujours le même. Qu'une jeune fille allant au bal pour briller et faire des conquêtes, disposée à voir dans chaque danseur un amoureux, puisse finir par avoir des illusions érotiques, nous l'accordons au Dr Pelikan : la vanité a fait place à un autre sentiment ; mais cette déviation, ce changement de front ne se produit pas chez le derviche, chez le skopetz, qui s'attendent à recevoir l'inspiration d'en haut, à entendre les concerts célestes, à voir les anges. Tout au plus pourrait-il y avoir, chez les femmes des skoptzy, mélange d'idées érotiques et d'idées religieuses, mais le Dr Pelikan ne l'admet pas.

Dans le mouvement rotatoire des skoptzy sur eux-mêmes, il faut distinguer plusieurs phases. Tout d'abord il a le caractère d'un mouvement volontaire et ne devient inconscient que sous l'empire d'idées et de sensations plus ou moins prononcées.

La rotation ne s'arrête d'après le Dr Pélikan qu'au moment où l'accumulation dans les muscles des produits de la désassimilation met obstacle à la contraction de ces organes ; c'est dire que la rotation cesse d'autant plus tôt qu'elle a été plus rapide et plus énergique. Sans nier absolument l'influence de cette cause, nous attribuerions plus volontiers la suspension du mouvement à une modification des centres moteurs encéphaliques qui doivent participer,



quoique plus tardivement peut-être, au trouble des centres sensitifs et intellectuels.

La répétition des radenije rend plus facile la reproduction de l'extase. Sous ce rapport, le Dr Pélikan rapproche les skoptzy des maniaques qui, dans leur convalescence, ne peuvent s'empêcher de répéter les mouvements qu'ils exécutaient le plus fréquemment pendant la maladie, et n'osent souvent ni parler ni remuer, de peur de ramener un accès de manie qu'ils ne pourraient réprimer. N'ayant jamais eu occasion de constater ces phénomènes chez des maniaques, nous ne saurions dire que ce rapprochement

est [illegible] pas plus que, [illegible] d'avoir vu tourner ces skoptzy, nous ne pourrions [illegible] qu'à un certain moment leur rotation ressemble essentiellement aux mouvements des maniaques. Mais nous pouvons affirmer, d'accord avec le Dr [illegible], qui [illegible] absolument [illegible] pendant la [illegible] quand il ajoute que [illegible] que la manie devient [illegible] comparaison entre [illegible] tournant, un des termes nous manque. [illegible]

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Représentation d'après nature de la danse de Saint-Guy (*Chorea Germanorum*), par P. Breughel. — Une esquisse de Rubens.

Dans une de ses dernières conférences à la Salpêtrière, M. Charcot a fait passer sous les yeux de ses auditeurs la copie d'un dessin du XVIe siècle, lequel, évidemment pris sur nature, représente un épisode d'une de ces *processions dansantes* (*Springprocessionen*), qui, à cette époque, avaient lieu chaque année à Echternach, petite ville située entre Trèves et Luxembourg, autour de la tombe de Saint-Willibrod. On sait que ces processions ont été à juste titre considérées comme une émanation et un des derniers vestiges de la fameuse *danse de Saint-Guy* (*Chorea Germanorum*) qui, à plusieurs reprises, a régné sous forme pandémique, dans les provinces du Rhin, pendant le cours des XIVe et XVe siècles (1).

Le dessin en question nous fait pour ainsi dire assister à une *danse de Saint-Guy* (2), en quelque sorte atténuée; mais il est facile, à première vue, d'y reconnaître que l'hystérie et l'hystéro-épilepsie jouaient là, comme elles l'ont fait très-certainement dans les épidémies proprement dites, un rôle prédominant; c'est un simple croquis, mais c'est, on le voit, un croquis fort instructif pour le médecin. Il est de la main de ce P. Breughel (3), qu'on a quelquefois surnommé le peintre des paysans, parce qu'il s'attachait surtout à représenter les scènes populaires, ou encore *Wiesen Breughel*, Breughel *le drôle*. L'original fait partie de la galerie de l'archiduc Albert, à Vienne. On en trouve une reproduction dans l'intéressant ouvrage de M. P. Lacroix (*Vie militaire et religieuse au moyen âge et à l'époque de la Renaissance.* Paris, 1873, art. Pélerinages, p. 433.)

Une série de femmes, soutenues chacune par deux hommes et précédées par des joueurs de cornemuse, qui soufflent à pleins poumons dans leurs instruments, se dirigent en dansant, sur une seule file, vers une chapelle qu'on aperçoit dans le lointain et où se trouvent sans doute déposés les réstes du saint. Ce sont des gens du commun, car leur mise est à peu près celle des paysans qui figurent dans les tableaux de Téniers et de Brauwer.

L'ordre de la procession se trouve de temps en temps troublé : plusieurs des pèlerines en effet, en proie aux tourments d'attaques dont le caractère ne peut être méconnu, gesticulent, se contorsionnent et se débattent sous l'étreinte de leurs compagnons; ceux-ci — et c'était là peut-être leur principale fonction — font tous leurs efforts pour les contenir et les empêcher de tomber à terre. La scène est, on le voit, fort animée : elle devait être aussi fort bruyante, car quelques-unes des énergumènes semblent crier à tue-tête.

Sur le second plan se voit un ruisseau où des serviteurs empressés vont puiser à l'aide d'écuelles. L'eau qui y coule est douée peut-être de propriétés curatives; en tout cas elle pouvait servir à étancher la soif dont souffraient certainement les principaux acteurs. Certains épisodes que l'artiste, en homme discret, a relégués dans les parties les moins en vue de son tableau, font reconnaître jusqu'à l'évidence que la lubricité n'était pas toujours, tant s'en faut, bannie de ces assemblées.

Dans cette même conférence, M. Charcot a montré un autre dessin qui concerne encore l'histoire de l'hystéro-épilepsie. Il s'agit d'une lithographie faite par J. Scarlett Davis d'après une esquisse attribuée à Rubens et qui, en effet, ne paraît pas indigne du maître (1). En examinant ce tableau qui représente, dans toute leur vérité, les contorsions d'une *démoniaque*, on se remet en mémoire quelques-unes des questions adressées à la Faculté de Montpellier par le père Santerre de Nimes, à l'époque où la démonopathie sévissait à la fois à Loudun et dans le Languedoc (1632, 1639).

« Le pli, courbement et remuement du corps, la tête touchant quelquefois la plante des pieds, avec autres contorsions et postures étranges sont-ils un signe univoque de possession ? »

« L'enflure subite de la langue, de la gorge et du visage et le subit changement de couleur sont-ils des caractères certains de possession ? » etc., etc.

On sait que la docte faculté répondit avec raison, qu'il ne fallait voir dans tout cela que des phénomènes *naturels*; mais elle oublia de dire que ces phénomènes appartiennent à l'affection hystérique, dans sa forme grave, dont ils sont des manifestations vulgaires.

Assistance publique. Concours de l'internat.

Maintes fois, nous avons signalé quelques anomalies dans le recrutement du service médical de l'administration de l'assistance publique et entre autres la suivante : Tandis que, pour les hôpitaux et les hospices de Paris, elle fait appel au concours, pour ses établissements situés en dehors de la Seine, elle avait recours à la nomination directe. Une telle situation ne pouvait durer; et, il y a deux ans, l'administration a commencé à entrer dans une voie plus conforme à ses habitudes générales en mettant au concours la place de médecin de l'asile de convalescence de Forges-les-Eaux.

A cette époque nous avons émis de nouveau l'opinion qu'il serait utile de prendre les internes de l'hôpital de Berck parmi les internes des hôpitaux, en leur faisant des

---

(1) Voir à ce sujet : J.-F. C. Hecker. *Die grossen Volkskrankheiten des Mittelalters.* Berlin. 1865, p. 143. — H. Haeser. *Geschichte der epidemischen Krankheiten.* Iena. 18[illegible], p. [illegible]. — Wicke. *Versuch einer Monographie des grossen Veitstanzes im Mittelalter.* Leipzig, 1844. — Voir aussi : Ziemssen. *Handbuch.* 12e Bd., 2 Hälfte, art. *Chorea.* p. 393.

(2) Nous rappellerons que la *Danse de Saint-Guy*, *St-Veits Tanz*, s'appelle encore *St-Vitstanz*, *Saltus Viti*, *St Johannistanz*, *Choreomania*, *Orchestromania*, *Epilepsia saltatoria*, *Chorea magna, seu Germanorum*. Elle est, comme on sait, absolument et tout entièrement distincte de la maladie qu'on appelle aujourd'hui la *chorée*, *chorea minor*, *chorée de Sydenham*, *chorée vulgaire*.

(3) Né vers 15[illegible], mort dans les premières années du XVIIe siècle.

(1) *Drawn on stone by J. Scarlett Davis, from the original sketch by Rubens*, printed by C. Hullmandel, sans nom de lieu.

conditions convenables. L'administration a compris la justesse de cette idée et, si nous sommes bien informé, au dernier concours qui vient de finir, elle a nommé deux internes de plus, destinés à Berck, et qui recevront une indemnité annuelle de 1.200 fr.

Nous sommes heureux encore de pouvoir féliciter l'administration d'une autre réforme, non moins urgente. Nos lecteurs se rappellent les avis que l'administration adressait chaque année aux étudiants libres pour remplacer ses externes ou ses internes absents. — C'était là une mesure pleine d'inconvénients et qui ne pouvait être que transitoire. En portant aujourd'hui le nombre de ses internes provisoires de 35 à 40, l'administration montre son désir d'améliorer le service médical des hôpitaux de façon qu'il puisse faire face à tous les besoins pendant les vacances et les derniers mois de l'année où des vides nombreux se produisent. L'expérience nous apprendra si cette augmentation est suffisante ou si elle doit être plus grande.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 *décembre* 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. POUCHET décrit la structure histologique d'un œuf de coq. Il entretient ensuite la société de recherches qui lui sont communes avec M. Tourneu sur le développement du système nerveux périphérique. Il a observé ce fait général que les nerfs sont en quelque sorte les premiers organes qui se développent chez l'embryon : ils sont déjà parfaitement reconnaissables alors que les organes auxquels ils se distribnent sont à peine ébauchés.

M. LABORDE qui a demandé la parole à propos du procès-verbal, s'efforce de démontrer que les conclusions de M. Bert sur la propagation des courants nerveux dans les deux sens ne sont pas suffisamment établies par ses expériences.

M. GUBLER croit au contraire qu'on doit admettre l'existence du double courant dans les nerfs. A l'appui de la théorie émise par M. Bert, il rapporte certains faits cliniques: lorsqu'il existe un point douloureux cutané dans un des membres, par exemple un bouton d'acné très-enflammé, et qu'on excite le point malade, la douleur se fait sentir non-seulement à ce niveau, mais encore dans une autre région du corps qui varie avec le siége de la lésion primitive et qui est la même pour tous les individus. Ainsi, le bouton d'acné occupant la cuisse, le malade percevra, au moment du contact, une douleur secondaire au niveau du thorax dans un des nerfs intercostaux. Il y aurait là une sorte de douleur réflexe, la sensation marchant d'abord de la [illegible] à la moelle, puis de celle-ci au nerf intercostal ; et il faudrait admettre que dans cette dernière partie de son parcours l'influx nerveux a progressé du centre à la périphérie.

M. MAGNAN relate l'observation d'un cas d'épilepsie symptomatique parfaitement caractérisé. Un homme, âgé de 45 ans, reçut en février 1862 un coup de pied de cheval sur le calcanéum gauche ; le mois d'avril suivant il fut pris de crampes dans la jambe et bientôt survint une attaque d'épilepsie. Peu à peu les attaques augmentèrent de fréquence et d'intensité. Beaucoup d'entre elles sont précédées de phénomènes douloureux et d'une espèce d'aura partant de la cicatrice. Le malade n'avait aucune espèce de prédisposition morbide ou héréditaire. Depuis 4 ou 5 ans, il a été soumis à l'action du bromure de potassium à haute dose; les attaques ont diminué, mais elles n'ont pas cessé. S'il fallait [illegible] intervenir, convient-il d'enlever la cicatrice, de pratiquer des sections de nerfs ? M. Magnan demande à cet égard l'avis de ses collègues.

M. PIERRET a examiné les lésions du système nerveux chez un malade mort dans le service de M. Millard et qui avait été atteint de paralysies environ 3 semaines après une diphthérie. Il a trouvé une véritable méningite diphthéritique de la pie-mère au voisinage du bulbe. Les néo-membranes peuvent comprimer et altérer les racines nerveuses soit en avant, soit en arrière, partant amener la perte de la sensibilité et du mouvement.

M. HOUEL, à cette occasion, mentionne le cas d'un enfant qui, sept semaines après sa diphthérie, fut atteint de paralysie du pharynx et mourut asphyxié par suite de la pénétration des aliments dans les voies aériennes. — M. *Javal* dit que, dans les cas de paralysie diphthéritique atteignant les nerfs de l'œil, ce sont d'abord des troubles dans l'accommodation qui se manifestent ; les phénomènes de strabisme surviennent plus tard.

M. MALASSEZ expose les différences qui existent, à l'examen spectroscopique, entre le vin et les solutions de fuchsine. Lorsque la fuchsine est mélangée au vin, on obtient un spectre intermédiaire.

M. RABUTEAU dépose un mémoire sur les propriétés physiques et physiologiques du bromure d'éthyle C^2H^5Br. qui pourrait, d'après lui, remplacer avantageusement le chloroforme et l'éther. Il n'a pas d'odeur, peu de saveur ; il n'est pas caustique, car on peut en avaler une certaine quantité sans aucune sensation désagréable. Il anesthésie rapidement et s'élimine. avec la plus grande facilité, uniquement par les voies respiratoires.

M. DE BEURMANN présente à la Société un malade qu'il a eu l'occasion de voir dans le service de M. Proust. Ce malade fut. le 18 novembre 1854, frappé d'un coup de couteau à la partie supérieure gauche du cou, immédiatement au-dessous de l'occipital, et tomba paralysé des quatre membres. Il n'a pas perdu connaissance un seul instant; son intelligence était intacte, mais il ne pouvait parler ; tous les muscles des membres étaient dans la résolution complète. Le lendemain, il se produit une contracture qui envahit successivement les jambes, les bras, le cou, les muscles de la face et des yeux ; les muscles respirateurs restent indemnes. Les jours suivants la rigidité musculaire disparaît peu à peu. Au bout de deux mois les mouvements du bras et de la jambe sont possibles. Après un an, le malade peut également se servir de la jambe droite. Les mouvements du bras droit reviennent en partie au bout de deux ans. — Il existe actuellement une paralysie incomplète du bras droit ; la main présente un état œdémateux. — On peut croire, d'après ces phénomènes et la position de la cicatrice encore visible, qu'il y a eu lésion de la partie supérieure de la moelle, au niveau de la pyramide gauche et au-dessus de son entrecroisement, comme l'indique la paralysie persistante du bras droit.

M. BOCHEFONTAINE, au nom de M. Pabst. On réduit l'hémoglobine en traitant le sang par l'hydro-sulfite de soude.

IS. BESSON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 *décembre* 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. PLANCHON lit un travail sur une classification nouvelle des médicaments.

M. PAULET donne lecture d'un mémoire sur l'anatomie topographique et comparée du périnée. D'après des dissections des régions périnéales sur les ruminants, les carnassiers, les quadrumanes et l'homme, l'auteur conclut que chez tous les mammifères, à part certaines différences physiques, les diverses parties (aponévroses, muscles, glandes, etc.) qui composent le périnée, sont semblables entr'elles et remplissent les mêmes usages physiologiques.

M. GILLETTE présente à l'Académie deux immenses kystes de l'ovaire qu'il a récemment enlevés. Les deux jeunes opérées ont parfaitement guéri. — L'Académie procède à l'élection de plusieurs commissions et se forme en comité secret à 4 heures et quart. — M. L.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *A partir du 1er FÉVRIER 1877 les prix de l'abonnement sont fixés ainsi qu'il suit : pour les NOUVEAUX abonnés : docteurs en médecine,* **vingt francs ;** *étudiants en médecine,* **douze francs**. *Pour les ANCIENS abonnés, les prix d'abonnement ne sont pas changés.*

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance de Juillet 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Rapport sur la candidature de M. Balzer; par M. MOUTARD-MARTIN.

M. Balzer a présenté à la Société (1) un anévrysme de l'aorte, qu'il me paraît intéressant d'étudier à différents points de vue et en particulier au point de vue de la production des anévrysmes cupuliformes.

La mort avait été subite, et l'autopsie montre l'existence d'un épanchement considérable de sang dans le péricarde. En même temps que l'épanchement, on constatait les lésions d'une péricardite déjà ancienne avec des adhérences encore molles, mais nombreuses et très-développées surtout à la base du cœur. L'épanchement se présentait sous l'apparence de caillots très-abondants, et enchevêtrés au milieu des néo-membranes. On pouvait donc se demander si l'hémorrhagie n'avait pas pu se produire à la suite de la rupture d'une de ces adhérences de nouvelle formation. Plusieurs raisons permettent de rejeter cette hypothèse; d'abord, la mort rapide, foudroyante de la malade ne pouvait avoir été produite par la rupture de petits vaisseaux de nouvelle formation, qui donnent toujours forcément lieu à une hémorrhagie lente. De plus, ces péricardites hémorrhagiques ne se montrent guère que dans de certaines conditions cachectiques nullement en rapport avec l'état général satisfaisant de la malade. Enfin on découvrit le point par lequel l'hémorrhagie s'était effectuée.

Il se trouvait au fond d'une dépression profonde, plissée; un caillot noir qui l'obstruait dans toute sa longueur venait proéminer à la surface de l'anévrysme. Quoique irrégulier et étroit, le trajet put cependant être suivi facilement à l'aide d'un stylet. Les opinions des auteurs varient sur la façon dont les anévrysmes s'ouvrent dans les cavités séreuses. Le fait actuel vient à l'appui de l'opinion de M. Broca, qui croit que ces perforations sont toujours très-petites.

Les anévrysmes de la crosse présentent fréquemment l'aspect décrit par M. Balzer, et semblent s'être développés à la suite d'une rupture de la tunique moyenne. Sur le bord de l'anévrysme, les trois tuniques forment un relief marqué, comme si elles étaient épaissies en ce point par du tissu cicatriciel, tandis que la poche présente au contraire une surface molle et amincie. Mais ce n'est là qu'une apparence : l'examen microscopique montre qu'il ne s'agit point là d'une destruction par rupture, mais bien par inflammation chronique des tuniques artérielles, et plus spécialement de la tunique moyenne. Elles sont le siége d'une abondante prolifération cellulaire remarquable surtout au niveau du bourrelet qui circonscrit l'anévrysme. Là les faisceaux de fibres élastiques sont divisés, et disparaissent pour ainsi dire au milieu des cellules de nouvelle formation.

On voit en ces points des vaisseaux nouveaux qui témoignent de l'intensité du processus irritatif. Celui-ci diminue graduellement d'intensité à mesure qu'on s'éloigne de la limite de la poche : du côté de l'artère saine, les tuniques reprennent peu à peu leur aspect normal; du côté de l'anévrysme, les cellules d'abord très-nombreuses, sont remplacées par un tissu conjonctif très serré et dans lequel les fibres élastiques deviennent de plus en plus rares, à mesure qu'on se rapproche du fond de la poche anévrysmale.

La destruction des fibres élastiques n'est cependant pas complète : on en retrouve parfois les débris au milieu des faisceaux du tissu conjonctif, principalement au niveau du rebord de l'anévrysme. On les voit rarement intactes : le plus souvent elles sont en quelque sorte coupées par des îlots de cellules, ou bien, elles subissent une transformation granuleuse, et forment des petits groupes nuageux, auxquels l'acide picrique donne une couleur d'un vert noirâtre. Quelques fibres peuvent encore échapper à la destruction, ce sont les plus externes, celles qui font partie de la couche externe plutôt que de la couche moyenne.

Le point de départ des anévrysmes spontanés est bien, comme l'ont démontré MM. Ranvier et Cornil, la destruction de la membrane moyenne. La tunique interne participe à l'inflammation ainsi que la tunique externe; ce sont elles qui se distendent sous l'effort de la pression du sang, et ne tardent pas à former la poche anévrysmale. Dans le cas de M. Balzer, la présence de minces couches de fibrine, mêlée de globules blancs, à la surface de l'aorte, témoigne de l'irritation de la tunique interne. Ces couches de fibrine se voyaient, en effet, au niveau des points irrités, et particulièrement à l'endroit où s'était faite la perforation. Il est remarquable de voir que la perforation n'a pas eu lieu dans le point le plus distendu de la poche anévrysmale, mais au contraire au-dessous de cette poche, près de l'orifice aortique et dans un point où la paroi tout entière avait subi un épaississement considérable.

L'examen microscopique a trouvé qu'il existait plusieurs abcès en ces points. La membrane interne, mobile, en certains endroits et recouverte d'une couche légère de fibrine, glissait à la surface du foyer. Ailleurs elle était revenue sur elle-même, pour ainsi dire enroulée, de façon à combler la perte de substance. C'est là qu'apparaît avec le plus d'évidence la participation de la tunique externe à l'inflammation. Plusieurs de ces foyers s'étaient directement ouverts dans l'aorte, sans préjudice pour la malade. Leur rupture dans le péricarde et la communication de cette cavité avec l'aorte, a dû être favorisée par le développement d'une péricardite généralisée, atteignant jusqu'à la partie du péricarde qui sert de gaine à l'aorte.

L'étude de ces foyers a été complétée par M. Balzer. Il a vu le pus tantôt se formant en foyers plus ou moins vastes au-dessous de la tunique moyenne, ou dans le tissu conjonctif de la tunique externe qui était lui-même le siége d'une irritation très-vive, tantôt fusant entre les tuniques décollées pour s'accumuler dans les points où leur écartement était le plus considérable.

Le plus ordinairement, à ce niveau, les tuniques interne et moyenne sont à peu près détruites surtout au centre du foyer, où elles s'enfoncent, formant ainsi les dépressions remarquées à la face interne de l'aorte. Au milieu des globules de pus, on trouve parfois des amas de globules rouges. Quelques-uns de ces abcès, au lieu de s'étaler entre les tuniques artérielles, s'étendent en profondeur et arrivent jusqu'à la face externe de l'aorte.

Je ne reviendrai pas sur la description des caillots qui s'étaient développés dans les anévrysmes cupuliformes. Il me paraît plus intéressant d'appeler l'attention sur la structure et le mode de formation de ces anévrysmes.

Les *anévrysmes cupuliformes* [illegible] comme étant dus à l'ouverture dans l'artère des foyers athéromateux dilatés ensuite par le sang (Bouchut. *Bull. de la soc. Anat.* 1852). Nous croyons cependant que cette [illegible] ne doit pas être considérée comme s'appliquant à tous les anévrysmes cupuliformes. Parmi les nombreux anévrysmes, qu'on voyait sur la pièce de Balzer, quelques-uns paraissaient en voie de formation: ils étaient très-petits et apparaissaient comme des dépressions régulières, au niveau desquelles les trois tuniques artérielles étaient intactes; et notamment la tunique interne n'avait été en ces points le siége *d'aucune rupture.*

Du reste, ceux qui ont été étudiés au microscope ne diffèrent pas de structure avec la [illegible] sinus de l'origine de l'aorte. L'examen y a révélé les mêmes détails qu'on peut résumer de la façon suivante; au bord de l'anévrysme, prolifération cellulaire abondante; destruction progressive du tissu élastique à mesure qu'on s'avance vers le fond de l'anévrysme qui n'est plus constitué que par les tuniques interne et externe [illegible].

En résumé, les différents anévrysmes ont succédé à une aortite chronique et se sont développés par [illegible] des tuniques [illegible] de la tunique moyenne. [illegible] présentait sa plus grande intensité [illegible] voisinage de l'anévrysme le plus considérable. En cet endroit, l'inflammation [illegible] assez vive pour amener la formation d'abcès qui se sont ouverts à la fois dans l'aorte et dans le péricarde, et ont déterminé ainsi un épanchement sanguin mortel. Au niveau des foyers anciennement évacués dans l'aorte, il existait des dépressions

(1) Séances de janvier 1876.

où les débris des tuniques internes et moyennes recouvertes d'une lame de fibrine et de globules blancs, étaient flottants, recroquevillés, sans qu'on pût constater aucune tendance à la formation d'une poche à paroi lisse et organisée. — Les anévrysmes cupuliformes nous ont paru succéder à une distension progressive des tuniques de l'aorte enflammées, mais dont aucune n'était rompue.

Cancer secondaire de la rate; par M. Balzer, interne des hôpitaux.

La malade dont proviennent ces pièces était arrivée à la période de cachexie; son amaigrissement était extrême. Elle présentait un cancer du sein gauche avec ganglions axillaires et cervicaux. Des épistaxis se répétèrent un grand nombre de fois, et des douleurs très-vives apparurent dans l'hypochondre gauche. A l'autopsie, on put vérifier l'envahissement cancéreux des ganglions en relation avec la tumeur. Il existait des noyaux cancéreux dans les poumons, et il y avait aussi des traînées de lymphangite cancéreuse. Le foie contenait également quelques noyaux. Des calculs biliaires remplissaient la vésicule. — La *rate* présentait un grand nombre de noyaux cancéreux, tous étaient petits; elles étaient plus nombreuses à mesure qu'on se rapprochait du diaphragme. L'estomac était intact.

Séance du 6 octobre. — Présidence de M. Charcot.

1. Carcinome dur de la mamelle. — Cancer généralisé. — Noyaux cancéreux comprimant la moelle avec paraplégie douloureuse. — Noyaux cancéreux dans le fémur gauche avec fracture spontanée et incurvation très marquée de l'os; par Lucien Dreyfus, interne des hôpitaux.

Viguier Cath., 48 ans, culottière, entrée le 23 mai 1876 à l'hôpital temporaire, salle Saint-Jean n° 16, service de M. Lépine. Excellente santé jusqu'il y a deux ans où elle commença à éprouver des douleurs lancinantes dans le sein gauche. Peu à peu la mamelle augmenta de volume, mais sans que cependant la tumeur fût jamais considérable. Celle-ci s'ulcéra, fut le siége d'hémorrhagies. Des cautérisations répétées arrêtèrent la marche de la maladie. A la même époque sept. 75, elle ressentit des douleurs lancinantes dans la cuisse gauche, puis s'aperçut que le membre inférieur gauche était plus court que le droit; un peu plus tard elle eut, dit-elle, « des douleurs de cassure » à la [illegible] de la cuisse [illegible] et elle fut [illegible] depuis le [illegible], tout mouvement déterminant des douleurs très-vives; en même temps anorexie, constipation, amaigrissement et affaiblissement.

A son entrée on constate l'état suivant; malade très-vieillie, teint cireux, grande maigreur. Constipation opiniâtre. Au niveau du sein gauche, qui est complétement détruit, vaste ulcération noirâtre à tendance hémorrhagique et fongueuse. Très-vives douleurs dans la cuisse gauche, se produisant par crises. Déformation très-nette du fémur. Le membre inférieur gauche a environ six centimètres de moins que le droit. La malade ne peut se soulever. Au niveau du grand trochanter gonflement mal délimité, peu douloureux à la pression. A un centimètre plus bas, crépitation assez nette avec douleur très-vive; un centimètre encore plus bas, flexion nette du fémur qui forme un angle ouvert en dedans de 110° environ. La malade affirme n'avoir jamais fait de chutes, ni reçu de coups sur cette région.

Du côté du membre inférieur droit sensation de picotements et de fourmillements. A part cela rien d'anormal.

Rien d'appréciable dans le thorax et les viscères, ni dans les ganglions axillaires.

Le 10 *juillet*, la malade va mieux; les douleurs spontanées sont rares et moins vives; impossibilité toujours de soulever le membre inférieur gauche. Du côté droit hyperesthésie cutanée, picotements et fourmillements presque continuels. État général meilleur. Fonctions digestives à peu près normales, sauf diminution de l'appétit et tendance à la constipation.

Pendant le mois d'*août*, les phénomènes du côté du fémur gauche ne se modifient pas; mais la malade présente apparaissent des symptômes que l'on rattache à une compression de la moelle par une néoplasie cancéreuse. Le membre inférieur droit est raide, difficilement soulevé; les deux dernières phalanges des orteils sont repliées en dedans. La sensibilité est beaucoup diminuée: fourmillements et picotements très-gênants. Par moments le pied semble mort. Dans les membres supérieurs rien, à part des douleurs peu intenses dans les jointures.

Pendant le mois d'août, la malade remarqua à trois reprises une désquamation racée de la peau sur plusieurs points du corps, notamment à la face.

A la fin du mois d'août, la paralysie et les phénomènes sensitifs du côté de la jambe droite ont augmenté: V... ressent quelques douleurs le long de la colonne vertébrale dans la région dorsale; douleurs accrues par la pression.

En *septembre*, la situation ne se modifie pas; mais la malade condamnée à un repos de plus en plus complet, ne pouvant plus se servir de ses deux membres inférieurs perd complétement l'appétit. Constipation rebelle. Amaigrissement de plus en plus rapide.

Le 29 septembre, la malade tousse, est oppressée; on constate de la congestion aux bases pulmonaires. Fièvre assez vive, pouls rapide, sueurs abondantes.

Le 2 octobre, pour la première fois, urines involontaires.

Le 3 octobre, l'état de la malade s'est considérablement aggravé; abattement profond, pouls à 120, sueurs abondantes, dyspnée intense. L'examen des deux membres inférieurs ne révèle aucun phénomène nouveau; seulement la paralysie motrice à droite est très-nette, hyperesthésie plus marquée. — Ulcération superficielle à la région sacrée. La malade s'éteint le 4 octobre.

Autopsie. La mamelle gauche est complétement détruite: à sa place une large ulcération noirâtre à bords indurés sans productions néoplasiques au voisinage.

Noyaux cancéreux multiples dans les poumons avec pneumonie hypostatique double.

Noyau cancéreux dans le foie, dans les reins. Rien dans les organes génitaux.

Pas de déviation de la colonne vertébrale.

Petite masse cancéreuse à l'intérieur du canal vertébral comprimant légèrement la moelle, au niveau de la 4e vertèbre dorsale, à la face postérieure et seulement du côté droit. *Aucune lésion des vertèbres.* Pas de lésion macroscopique de la moelle au niveau du point comprimé. Les racines nerveuses du côté droit sont légèrement comprimées par le noyau cancéreux.

Fémur gauche. Lorsqu'on enlève les masses charnues qui entourent cet os, on constate qu'il est complétement fracturé à un centimètre au-dessous du trochanter: les deux fragments, irrégulièrement dentelés, sont écartés d'un demi-centimètre environ. L'extrémité supérieure est très-déformée: le col est très-court. Le grand trochanter élargi, plus volumineux qu'à l'état normal, à contours très-irréguliers. La tête est aplatie. A un centimètre au-dessous de la fracture, le fémur est incurvé, présentant un angle saillant en dehors. Extérieurement rien d'anormal. L'os est plus léger qu'à l'état normal. En faisant une coupe longitudinale on trouve deux noyaux carcinomateux, blanchâtres, mollasses, assez riches en suc, le premier au milieu du grand trochanter, le second immédiatement au-dessous du point incurvé: le canal médullaire est très-élargi, rempli d'une substance rougeâtre molle, très-vasculaire. Les trabécules osseuses de l'écorce sont très-atrophiées; la coque extérieure de l'os est très-amincie. Cependant l'os ne présente pas une consistance plus molle qu'à l'état normal. Le bistouri pénètre assez facilement dans la substance osseuse du grand trochanter.

Pas d'altération de l'os iliaque, ni des autres os examinés.

M. Desprez. Il paraît certain d'après l'examen de la pièce qu'il ne s'agit pas d'une fracture consolidée: or, s'il n'est pas rare d'observer des fractures spontanées chez les cancéreux, le fait d'une incurvation osseuse est une grande exception et [illegible] il en existe d'autres exemples.

2. Anévrysme de l'aorte abdominale. — Mort par rupture de l'anévrysme. — Érosion très-étendue des vertèbres. — Pleurésie gauche; par Lucien Dreyfus, interne des hôpitaux.

Prudhon, lapidaire, 39 ans, entré le 21 septembre 1876 à

l'Hôpital temporaire, Salle Sainte-Hélène, n° 9 (Service de M. Lépine). — Pendant son service militaire, cet homme eut en Chine et en Cochinchine, le choléra, la dyssenterie, les fièvres ; syphilis en 1862.

En 1875, à la suite de vives douleurs céphaliques, trouble, puis perte de la vue en sept mois. (Atrophie double de la papille.)

Depuis cette époque, il vit de mendicité. Bonne santé habituelle, sauf parfois le soir un peu d'œdème des malléoles. — Excès alcooliques.

Le 15 *septembre* 1876, à la suite d'un refroidissement, malaise subit avec frissons. Anorexie, douleurs du côté gauche. Les phénomènes s'aggravant, il entre à l'hôpital.

23 *sept.* — Vive douleur du côté gauche, au-dessous et en dedans des fausses côtes : marche pénible. Douleurs dans le dos. respiration précipitée, anxieuse. En faisant asseoir le malade, on est frappé de la grande difficulté qu'il éprouve à faire ce mouvement. On constate l'existence d'une pleurésie avec épanchement peu abondant à la base gauche. A la base droite, sonorité exagérée avec légère diminution du bruit respiratoire. Langue sale, anorexie, constipation. 84 pulsat. 38.5.

12 ventouses scarifiées. Eau-de-vie allemande, 10 gr.

Le lendemain l'état général s'est beaucoup amélioré : la douleur et l'oppression sont moindres. L'épanchement a un peu augmenté à gauche. Rien du côté droit.

Ventouses sèches. Chiendent nitré 6 gr.

27 *sept.* Pas de modifications dans la marche de la pleurésie. La fièvre est tombée. Le malade se plaint d'une vive douleur dans la fesse et la cuisse gauches. Vésicatoire sur la fesse. Dans l'après-midi, le malade, en se dressant sur son séant, se trouve mal.

28 *sept.* La douleur de la fesse gauche a disparu. Le malade se sent plus à son aise, il est encore oppressé, s'assied toujours avec grande difficulté.

Pendant la nuit, grande agitation : vive douleur au-dessous et en dedans des fausses côtes gauches. Sueurs abondantes.

29 *sept.* Pas de modification du côté de la pleurésie. Sueurs abondantes. Le malade accuse de vives douleurs dans le talon gauche. Au milieu de la nuit, le malade se réveille brusquement, se plaint d'une vive douleur abdominale : quelques instants après on le trouve mort.

AUTOPSIE. — Dans la plèvre gauche, épanchement 900 gr. environ. Pas de traces d'inflammation pleurale. Poumon gauche atélectasié dans son tiers inférieur.

La cavité abdominale à gauche est remplie de caillots sanguins, surtout à la partie inféro postérieure : la rate et le rein gauche sont entourés d'une masse de caillots noirâtres. En soulevant les intestins, on tombe sur une vaste tumeur anévrysmale de l'aorte abdominale, siégeant au niveau des deux dernières vertèbres dorsales et de la 1re lombaire et reposant sur la face antérieure et le côté gauche de la colonne vertébrale. Cette tumeur régulièrement sacciforme a environ neuf centimètres de long et 6 centimètres de large. La paroi interne est épaissie par une couche de caillots stratifiés blanchâtres de 2 centimètres environ de largeur. Sur la paroi externe, large ouverture déchiquetée qui a donné issue au sang.

Les corps des trois vertèbres en rapport avec l'anévrysme sont usés, déchiquetés dans une grande profondeur. Cependant nulle part le canal vertébral n'est ouvert. Il est impossible, à cause de la grande quantité de sang épanché, de se rendre compte des rapports de l'anévrysme avec les vaisseaux et nerfs de la région.

Dans le cerveau, atrophie notable des bandelettes optiques des deux côtés, plus marquée cependant du côté droit.

Atrophie notable des corps genouillés, surtout à droite, pas d'autres lésions dans le cerveau.

3. Ramollissement des circonvolutions ascendantes, de la deuxième et de la troisième frontale gauches. — Hémiplégie droite, primitivement bornée au membre supérieur avec douleurs et contractures. Anesthésie. — Attaques apoplectiformes avec aphasie; par LUCIEN DREYFUS, interne des hôpitaux.

Bourgoing, 61 ans, journalière, entrée le 15 juillet 1876 à l'Hôpital temporaire, salle Saint Jean, n° 14 (service de M. Lépine). — Pas de maladies antérieures. Céphalalgie intermitente depuis quelques mois; surtout plus vive depuis quatre semaines, marquée dans la région frontale droite. Quelques jours avant son entrée, vive douleur subite dans l'épaule droite: en même temps la malade s'aperçut que le coude droit était raide et qu'elle avait moins de force dans le bras du même côté. Pendant quelques jours état stationnaire: cependant les mouvements des doigts sont moins libres. L'avant-veille de son entrée, elle ressentit tout à coup une grande difficulté à parler: pendant une demi-heure elle ne put pas se faire comprendre. L'affaiblissement intellectuel de la malade ne permet pas d'établir avec précision la nature de ces accidents aphasiques.

17 *juillet.* — Douleurs spontanées à l'épaule droite, au-dessous de l'acromion : les mouvements passifs ne déterminent ni craquements, ni douleurs dans l'épaule. Les chairs du bras droit paraissent flasques et pendantes, plus grêles qu'à gauche. — Légère contracture du coude dans la flexion. Main dans une position moyenne : doigts légèrement fléchis vers le paume, sans raideur. Fourmillements dans l'avant-bras et le bras, non dans les doigts.

Diminution très-nette de la motilité dans le bras droit. La malade peut se servir de l'épaule et du coude, mais non du poignet et des doigts. Légère diminution de la sensibilité à la pulpe des doigts et sur la paume de la main qui parait plus chaude que la main gauche.

Rien dans le membre inférieur droit, ni à la face, à part une très légère déviation de la pointe de la langue à gauche.

Parole nette, un peu lente. Affaiblissement intellectuel notable. Diminution sensible de la mémoire depuis un mois. Peu de céphalalgie.

Bruits du cœur éclatants, sans souffle. Pas de modifications jusqu'au 23 *juillet.* Ce jour, vers 7 heures, malaise subit étourdissements: dans la nuit, fièvre vive avec sueurs.

Le 24, on constate un léger œdème des doigts du côté droit. Douleurs au coude et aux doigts. Contracture plus prononcée du coude.

25 *juillet.* La malade voulant causer avec sa voisine, sa parole s'embarrassa, elle ne put proférer aucune parole pendant quelques minutes. Pendant la nuit, céphalalgie vive. La jambe droite est agitée de mouvements involontaires.

Le lendemain on constate sur la face dorsale de l'éminence thénar droite une légère diminution de la sensibilité. Il en est de même à la pulpe des doigts gauches qui sont le siége de fourmillements. La déviation de la pointe de la langue à gauche est plus nette. Lorsque la malade se lève, la jambe droite fléchit sous elle. Fourmillements depuis quelques jours dans le pied droit.

Dans l'après-midi du 26, pendant quelques minutes, impossibilité de parler. La voisine de lit remarque que la commissure labiale est déviée.

28 *juillet.* La malade, à la visite, ne peut se faire comprendre : la parésie de la jambe droite est très-marquée: la sensibilité est émoussée à la partie antérieure de la cauche dans les 2/3 inférieurs. On constate pour la première fois au thermomètre une augmentation de la température à droite. Abaissement de la commissure labiale droite.

1er *août.* Affaiblissement intellectuel croissant : asymérie de la face plus nette, sans trouble de la sensibilité. La paralysie des membres paraît moins marquée qu'il y a trois jours: elle parle plus facilement. Anesthésie complète du bras droit. Jambe droite légèrement œdémateuse. — Anorexie. — Selles involontaires.

Du 1er au 10 août, diminution de la paralysie de la jambe droite : elle marche pour aller au cabinet. Mange un peu plus : parole nette.

19 *août.* La malade, en se levant, s'affaisse. Elle ne peut plus lever la jambe. Grande faiblesse : ne parle pas. Diarrhée.

24 *août.* Anesthésie presque complète des membres droits. Paralysie faciale droite très-nette, avec diminution de la sensibilité.

A partir de cette époque la paralysie s'accentua : les mem-

bres sont inertes : la malade ne paraît pas sentir les piqûres. Œdème du bras et de la jambe. La malade, est très-affaissée ; selles et urines involontaires, anorexie ; elle reste entièrement indifférente à ce qui se passe autour d'elle, ne parle pas.

Au commencement de septembre l'état général s'aggrave : la malade pâlit, maigrit ; somnolence continuelle. Hémiplégie complète du côté droit. — Elle s'éteint le 17 septembre.

Autopsie. — Sujet très-amaigri. Crâne épais. Tronc basilaire et carotides d'un calibre au-dessous de la normale, athéromateuses. Les petites artères de la base sont normales, sauf l'artère sylvienne gauche qui est très-athéromateuse, oblitérée aux 3/4.

Circonvolutions du côté droit saines. A gauche, vaste ramollissement. La 1re frontale est absolument saine, la 2e et la 3e circonvolutions sont ramollies au voisinage de la frontale ascendante.

La frontale ascendante est ramollie dans toute sa longueur. La partie antérieure à la pariétale ascendante est aussi altérée, mais moins profondément que la frontale. La circonvolution sphénoïdale la plus voisine de l'insula est ramollie dans une étendue de 2 à 3 centimètres.

A la coupe, on constate l'envahissement de la substance blanche dans une forte partie de sa profondeur ; la substance blanche du ventricule qui avoisine le corps strié est ramollie, dans la portion sous-jacente à la troisième frontale : il en est de même de la substance blanche sous-jacente aux circonvolutions malades.

Aucune altération du corps optostriés, du cervelet, de la protubérance, des pédoncules.

Cœur sain. Aorte dilatée, rigide, sans foyers athéromateux. Poumons emphysémateux. Bord postérieur et base du poumon droit carnifiés (pneumonie hypostatique. Rate et foie sains. Surface des reins irrégulière avec nombreuses plaques atrophiques.

Réflexions. Les phénomènes du début de la maladie (douleurs, contracture, parésie du bras droit, avec aphasie passagère) ont été assez nets pour que dès l'entrée de la malade on put diagnostiquer l'existence d'un ramollissement cortical. La marche progressive de la paralysie frappant le bras droit, puis la face, enfin le membre inférieur, la répétition des attaques apoplectiformes avec aphasie, enfin ce fait que la paralysie variait pour ainsi dire d'un jour à l'autre surtout dans le membre inférieur, tous ces phénomènes propres aux lésions corticales vinrent confirmer le diagnostic. Nous devons aussi signaler la marche progressive de l'anesthésie qui se montre toujours sur les parties définitivement paralysées.

Séance du 15 octobre 1876.—Présidence de M. Charcot.

4. Anévrysme d'une petite branche de l'artère pulmonaire ouvert dans une caverne tuberculeuse: par M. Homolle, chef de clinique.

Cette pièce qu'il est intéressant de rapprocher des exemples d'anévrysme de Rasmussen déjà présentés en assez grand nombre à la Société anatomique a été recueillie sur le cadavre d'un homme mort, dans le service de M. le professeur Potain à Necker, à la suite d'hémoptysies très-abondantes et répétées. Les signes physiques indiquaient plutôt un ramollissement de foyers caséeux qu'une grande excavation au sommet gauche. En fait la caverne où la rupture s'est produite n'avait guère plus que la grosseur d'une noisette, et les parois de l'anévrysme s'appliquaient dans une assez grande surface à celles de l'excavation.

5. Adéno-sarcome du sein: par Eugène Monod, interne des hôpitaux.

Cette tumeur provient d'une malade opérée dans le service de M. Després, à l'hôpital Cochin. Elle nous offre un exemple très-net de sarcome de la mamelle. L'observation clinique de la malade avait permis à elle seule de porter ce diagnostic que l'examen histologique est venu confirmer.

La nommée Zoé G... âgée de 43 ans ne présente pas d'antécédents héréditaires ; elle a toujours joui d'une bonne santé ; la menstruation a été régulière. Quatre grossesses, la première en 1857, la dernière en 1870. La mère n'a nourri aucun de ses enfants. C'est dix-huit mois après la troisième grossesse, c'est-à-dire en 1867 que la malade constata pour la première fois à la partie externe et inférieure du sein droit la présence d'une tumeur grosse comme une noix, dure, régulière, indolente. Celle-ci augmenta progressivement de volume ; en 1870, époque de la dernière grossesse elle avait acquis le volume du poing. C'est à ce moment que les douleurs apparaissent ; parfois elles sont lancinantes et provoquent l'insomnie. Il y a quatre mois la ménopause est survenue ; la malade a remarqué que la tumeur avait pris depuis lors un notable développement, elle a presque doublé de volume, et elle est devenue en même temps le siége de douleurs lancinantes intolérables qui l'ont forcée à venir réclamer l'intervention chirurgicale.

La tumeur occupe toute la moitié externe du sein droit. Elle est régulière extérieurement, sans bosselures, globuleuse, dure à la palpation, et d'une consistance égale, sans trace de fluctuation. La peau très-distendue n'est nulle part adhérente ; elle présente de nombreuses dilatations veineuses. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle. Ajoutons à ces signes qu'il n'y a jamais eu d'écoulement par le mamelon.

M. Després a enlevé la tumeur le 10 octobre en empiétant largement sur les tissus sains.

Examen à l'œil nu. La tumeur forme une masse ovoïde, recouverte d'une enveloppe fibreuse mince par places, plus épaisse en d'autres points, qui la sépare du tissu celluloadipeux avec lequel elle a été enlevée. Sur une coupe médiane, on trouve un tissu blanchâtre, résistant, d'apparence fibreuse, et parsemé de lacunes dont la forme et la dimension sont très-variables. Dans l'intérieur de ces cavités proémine sous forme de bourgeons irréguliers le tissu morbide. Il s'est écoulé à la coupe une faible quantité de liquide sanguinolent.

Examen histologique. On sait que la majorité des histologistes s'accordent aujourd'hui à reconnaître que les espaces lacunaires, véritables cavités kystiques ne sont pas autre chose que les conduits galactophores eux-mêmes agrandis et déformés par les prolongements que la tumeur envoie dans leur cavité. Si l'on examine en effet au microscope, sur une pièce fraîche, un fragment de la paroi kystique, après imprégnation au nitrate d'argent, on la trouve tapissée par un revêtement épithélial régulier. Quant au tissu interposé aux acini dilatés, ainsi que celui des papilles qui proéminent dans leur cavité, il est exclusivement constitué par des cellules assez volumineuses, les unes arrondies, les autres fusiformes suivant le sens de la coupe, sans trace de substance intercellulaire. A ces caractères on reconnaît le sarcome qui présente, dans ce cas, la forme papillaire. Ces détails histologiques nous ont été donnés par M. Charles Monod.

En résumé nous sommes en présence d'une tumeur non carcinomateuse du sein qui a évolué pendant neuf ans avec tous les caractères d'une tumeur bénigne et qui a subitement changé de marche pour revêtir ceux d'une tumeur maligne. Au point de vue purement clinique il paraît y avoir eu là, sous une influence inconnue, une déviation du processus morbide, une sorte de métamorphose. C'est ce que M. Després appelle la transformation d'adénôme en cancer. On comprend de quelle importance ces faits sont pour le chirurgien au point de vue du pronostic : il faut savoir, en effet, qu'on n'est jamais à l'abri d'une récidive, en dépit d'une large ablation.

M. Després. J'ai engagé M. Monod à présenter cette pièce parce qu'elle peut servir à démontrer ce que je soutiens contre un certain nombre de chirurgiens, à savoir que les tumeurs bénignes du sein peuvent à un moment donné de leur évolution, se transformer en cancer. Dans le cas présent, la tumeur, après avoir pendant dix années réuni tous les caractères des adénômes, c'est-à-dire des néoplasmes bénins, subit tout à coup un accroissement très-rapide. C'est qu'alors sans doute il se fait une véritable transformation, la tumeur est

devenue sarcomateuse. Si complètement qu'elle ait été enlevée je suis certain qu'elle récidivera avant deux ans. Au contraire j'ai enlevé des tumeurs datant de plusieurs années, n'ayant jamais offert dans leur marche les anomalies que je signalais tout à l'heure, c'étaient de simples adénômes, ces tumeurs à ne récidivent pas. Je puis citer l'exemple d'une femme opérée d'un fibrôme pur datant de 7 ans, et qui n'a pas eu de récidive.

M. Charcot. Il y a des carcinômes, qui, pendant des années, restent presque latents, se développent à peine; on voit à la Salpêtrière des femmes qui depuis vingt ans portent de semblables tumeurs qui ont été certainement dès le début et restent jusqu'à la fin des carcinômes et qui ne présentent pas moins une bénignité en apparence absolue.

Pourquoi n'y aurait-il pas aussi des sarcômes susceptibles de conserver pendant dix années le masque de la bénignité et de devenir aussi malins que des cancers après ce temps. Il ne faut pas voir là une transformation de la tumeur mais un accident d'évolution. La question soulevée ici est double et l'on ne peut espérer par la clinique seule obtenir la solution du problème anatomo-pathologique.

6. Rapport sur la candidature de M. Hugonneau au titre de membre correspondant; par A. Heydenreich.

Parmi les présentations faites par M. Hugonneau, j'appellerai spécialement l'attention sur un cas de cysto-sarcôme du périnée chez un fœtus. Cette tumeur, du volume d'une tête d'adulte, était implantée sur le périnée et la face interne des cuisses. L'ouverture anale se trouvait au niveau de son point d'implantation et sur sa face postérieure. Recouverte par la peau parcourue par des veines assez volumineuses, elle donnait au toucher la sensation d'une fausse fluctuation.

En faisant une section de cette tumeur, on vit qu'elle consistait en une vaste poche remplie d'un liquide séro-sanguinolent, très-riche en albumine. Les parois formées par un tissu d'apparence lardacée contenaient dans leur épaisseur des vacuoles renfermant un liquide puriforme qui, au microscope, présentait les caractères du tissu embryonnaire. Il n'existait aucune communication avec le canal rachidien.

Les bourgeons saillants dans la cavité de la tumeur étaient formés par des éléments embryonnaires, présentant tous les caractères du sarcôme à petites cellules; on y voyait tous les tissus normaux de l'enfant à l'état naissant. Accouchement par le siége, enfant mort en venant au monde.

Cette observation nous paraît intéressante, vu le petit nombre de cas semblables publiés jusqu'ici. Les deux premières pièces furent présentées par M. Depaul avec le diagnostic de cancer. En 1864, Rayer et Ball présentèrent un cas analogue à la société de biologie. Après examen histologique de la tumeur, M. Robin la considéra comme une hétérotopie de l'ovaire.

En 1866, M. Bailly en publia une nouvelle observation dans laquelle il est dit que la tumeur était formée par tous les tissus normaux de l'enfant (tissu musculaire strié et lisse, conjonctif, osseux, cartilagineux). Cette observation, jointe à celle de M. Hugonneau, prouve que ces tumeurs se rapprochent beaucoup des sarcômes et pourraient par conséquent être regardées comme des cysto-sarcomes développés chez l'embryon.

Je ne m'étendrai pas sur les autres présentations de M. Hugonneau, mais j'estime que les titres de ce candidat détermineront la Société anatomique à l'admettre au nombre de ses membres correspondants.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 décembre 1876. — Présidence de M. Houel.

M. Verneuil entretient la Société d'une variété pathologique dont il n'a trouvé l'indication dans aucun ouvrage classique ni dans les travaux spéciaux aux maladies de l'appareil de la vision. Il s'agit d'une variété de kystes du grand angle de l'œil, qu'en raison de leur siége anatomique, M. Verneuil propose de désigner sous le nom de kystes prélacrymaux.

Ces kystes, qui n'ont aucune espèce de connexions avec le sac lacrymal, présentent surtout quelque intérêt au point de vue anatomo-pathologique. Leur poche renferme un liquide qui a l'analogie la plus frappante avec l'huile d'olive. M. Verneuil en a relevé trois cas dans l'intervalle d'un petit nombre d'années. La première fois, ce fut à l'hôpital Lariboisière, où se présenta un jeune homme d'une vingtaine d'années environ, qui demandait à être débarrassé d'une tumeur de l'angle orbitaire interne, siégeant au-devant du sac lacrymal, et du volume d'un gros noyau de cerise. Cette tumeur était indolente, irréductible, fluctuante et tendue, mais sans changement de couleur à la peau, et elle datait de fort longtemps. Au premier abord, on la prit pour un mucocèle, et il fut décidé qu'on la traiterait par la ponction et l'injection iodée.

Mais le trocart ayant donné issue à un liquide absolument identique à de l'huile d'olive, on ajourna l'injection pour observer ce qui se passerait ensuite. Malheureusement le malade a quitté l'hôpital, et ne s'est pas représenté à la consultation. — Le deuxième cas est relatif à une jeune femme de 19 ans qui portait à l'angle interne de l'orbite, une tumeur de petit volume, extrêmement dure, et qui datant de l'enfance, s'était accrue seulement depuis quelque temps. M. Verneuil pensa qu'il s'agissait d'un kyste congénial, analogue à ceux que l'on observe au niveau de la queue du sourcil, et il se décida à en pratiquer l'ablation totale. Mais en disséquant les parois de la poche, le bistouri pénétra dans la cavité, et il en jaillit un liquide, tout à fait semblable à de l'huile ordinaire. Les trois quarts de la circonférence antérieure de la poche furent énucléés facilement, mais la partie profonde était tellement adhérente que M. Verneuil s'en tint là, craignant d'avoir affaire à un kyste analogue à la variété de ceux qui occupent l'angle externe de l'œil, et qui communiquent parfois, à travers les parois osseuses, avec la cavité crânienne elle-même. L'analyse et l'examen microscopique démontrèrent que le liquide était de nature huileuse et qu'il renfermait de la cholestérine et des cristaux d'acide margarique.

Enfin, au commencement de novembre, se présenta à la Pitié, un jeune garçon de vingt et un ans, qui avait à l'angle orbitaire interne, toujours au même endroit, une tumeur fluctuante de la grosseur d'une amande sèche. La peau était lisse, sa couleur n'offrait aucune modification, et la transparence était telle que M. Verneuil diagnostiqua un kyste séreux. Le mal datait de l'enfance, et jamais n'avait occasionné la moindre douleur; mais la tumeur avait augmenté de volume depuis quatre ou cinq ans environ. La ponction fut pratiquée avec le trocart de l'aspirateur Dieulafoy. Il s'écoula deux grammes et demi d'un liquide rigoureusement le même que dans les deux cas précédents. On n'a pas injecté d'iode, et néanmoins la poche s'est affaissée totalement; elle présente même à sa partie moyenne une petite dépression. Quant à l'analyse chimique, elle n'a pu être faite d'une manière absolument exacte. Toutefois il est possible de reconnaître dans les corps gras de cette nature, suivant les différences qui se révèlent dans leurs modes de fusion, quelle est des trois substances, margarine, stéarine, oléine, celle qui est prédominante. Or M. Personne a cru pouvoir déclarer que le liquide en question était en grande partie constitué par de l'oléine pure.

Quelle est la provenance de ces kystes? Peut-on les considérer vraiment comme des kystes congéniaux? Pour les kystes de la queue du sourcil, leur structure et leur contenu sont une démonstration très satisfaisante de leur origine embryonnaire. Il n'en est pas de même ici, car la poche ne renferme absolument que de l'huile, et ne présente nul vestige des éléments sébacés, épidermiques ou pileux qu'on rencontre dans les kystes de l'angle externe.

M. Perrin a observé deux cas identiques à ceux de M. Verneuil, et ils ont été guéris par la ponction simple; mais l'analyse chimique n'a pas été faite, et de plus ils paraissaient s'être produits sous l'influence d'une cause accidentelle.

M. Magitot demande à M. Verneuil si la présence d'un épithélium stratifié à la surface interne de la poche n'est pas suffisante pour autoriser l'hypothèse d'un kyste congénial? Il se produirait une inclusion cutanée au niveau de la grande fente verticale qui limite chez l'embryon la partie interne du

maxillaire ; et le liquide huileux aurait alors pour source la sécrétion sébacée du feuillet d'introrsion.

M. Verneuil répond d'abord à M. Perrin qu'il est difficile d'affirmer que les kystes qu'il a observés fussent de nature *accidentelle*. Très-souvent les kystes de la queue du sourcil, qui sont bien des kystes congénitaux, restent ignorés à cause de leur petit volume, pendant un certain nombre d'années : et ce n'est que plus tard qu'ils prennent un accroissement un peu notable. Pour ce qui concerne la question de M. Magitot, M. Verneuil répond que si les kystes prélacrymaux ont la même origine que les kystes de la queue du sourcil, ils doivent avoir la même structure, et renfermer les mêmes éléments. Or jamais dans les kystes de l'angle externe de l'œil on n'a constaté l'existence du liquide huileux des kystes prélacrymaux.

M. Ledentu a observé, il a quatre ans, à l'hôpital Lariboisière, un kyste qui se présentait absolument comme ceux dont il vient d'être question. Il diagnostiqua un kyste congénital, et des renseignements pris ultérieurement confirmèrent ce diagnostic. Pendant l'extirpation, la poche se rompit, et il s'écoula un liquide, qui ne ressemblait pas tout à fait à de l'huile, mais qu'on pouvait comparer à un miel très-fluide. L'ablation totale fut impossible à cause des adhérences; aussi fallut-il se résoudre à cautériser les parties profondes avec le nitrate d'argent. Ce fait ne peut donc pas être absolument assimilé aux faits de M. Verneuil. Toutefois M. Ledentu avait été frappé de la différence que ce kyste présentait avec les kystes dermoïdes congénitaux.

M. Tarnier présente à la Société un nouvel instrument destiné à pratiquer l'embryotomie.

La société procède ensuite à l'élection du bureau pour l'année 1877. M. Panas est élu président: M. Guyon, vice-président; M. Paulet, secrétaire général: MM. Cruveilhier et Duplay, secrétaires annuels.

E. Brissaud.

MALADIES DU FOIE.

I. Calculs biliaires volumineux. — Extraction à travers la paroi abdominale. — Guérison; par M. Wannebroucq (*Bulletin médical du Nord*, n° 4, avril 1876).

Dans ses *Leçons sur le foie*, M. Charcot parlant des *fistules biliaires cutanées*, s'exprime ainsi : « Tantôt la fistule s'établit par un travail d'ulcération lente et qui passe à peu près tout-à-fait inaperçu ; tantôt, il survient une cystite suppurative, déterminant des accidents d'une gravité variable ; puis, il se fait des adhérences directes entre la vésicule et les parois abdominales, ou bien, il se forme un cloaque. L'ouverture s'opère quelquefois au niveau du fond de la vésicule, fréquemment à la région ombilicale, parfois à la région inguinale. Les calculs rendus par cette voie, peuvent avoir le volume d'un œuf de poule. Le liquide qui s'écoule par la fistule est tantôt du pus mêlé de bile, de la bile presque pure, dont la quantité s'élève de 200 grammes à deux pintes : — tantôt un liquide glaireux. Si le canal cystique est oblitéré, il ne s'écoule pas de bile par la fistule : c'est la condition la plus favorable.

« Après l'ouverture de la fistule, il est possible que le calcul reste encore longtemps enclavé : mais qu'il est expulsé, la fistule guérit rapidement. En général les fistules biliaires externes se terminent tôt ou tard par la guérison. On les rencontre surtout chez les femmes, et plus particulièrement chez les femmes âgées. » L'observation suivante, que nous allons résumer, confirme [illegible] les opinions émises par notre savant maître.

Une femme, âgée de 72 ans, était sujette, depuis 10 ans, à des crises douloureuses [illegible] dans l'hypochondre droit, et à des poussées de péritonite circonscrite provoquant une [illegible] [illegible] qui se dissipait après quelques semaines de durée sans laisser après elle aucune induration de la région : le foie avait ses limites normales ; jamais d'ictère. Dans le courant du mois d'août 1875, elle eut une de ces poussées inflammatoires plus violente que les autres : douleur dans tout le côté droit de l'abdomen; météorisme, vomissements, fièvre intense, et bientôt après apparition d'une tuméfaction rénitente de la grosseur d'une tête de fœtus à terme entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure. Les phénomènes aigus de péritonite s'apaisèrent au bout de peu de jours, mais la tumeur continua à augmenter, elle devint fluctuante, et, en la ponctionnant avec un fin trocart, on en fit sortir plusieurs centaines de grammes de pus phlegmoneux, non teinté de bile. Quelques jours après la tumeur s'était reproduite. On tenta alors de donner issue au pus en dilatant le trajet de la première ponction pour le rendre fistuleux, mais en l'explorant avec une tige métallique on sentit à l'extrémité de l'instrument le choc d'un corps dur : on résolut alors de pratiquer à l'aide des caustiques une large ouverture. On put, par ce moyen, extraire une trentaine de calculs biliaires d'une coloration jaune verdâtre, composés en grande partie de cholestérine. Le plus gros, de forme cylindro-conique, mesurait 5 cent. de long, près de 3 cent. de large et pesait à l'état frais 30 grammes. Le kyste purulent qui contenait ces calculs, guérit après leur extraction avec une grande rapidité.

II. Note clinique sur trois cas d'oblitération du canal cholédoque par des calculs biliaires; par M. Hussenet (*Revue médicale de l'Est*, tome VI, n°s de juillet et août 1876).

Dans ce travail l'auteur cherche à montrer les difficultés qu'éprouve souvent le clinicien pour reconnaître si une oblitération du canal cholédoque, est due à la présence d'un calcul ou à un cancer des voies biliaires. Il est vrai que la colique hépatique manque presque toujours dans le cancer, mais elle n'est pas non plus un signe constant de l'oblitération calculeuse. La fièvre intermittente hépatique accompagne aussi plus fréquemment la lithiase biliaire que le cancer : mais elle est loin d'être un signe habituel des calculs biliaires. Le moyen le plus sûr de fixer le diagnostic est de tenir surtout compte de la marche des accidents, en laissant au second rang les phénomènes locaux. S'il s'agit d'un cancer, en effet, la maladie débutera par des troubles dyspeptiques et généraux, tandis qu'une oblitération calculeuse débutera brusquement, si elle est complète et ne donnera lieu qu'à des symptômes fugitifs ou intermittents si elle est incomplète. Relativement à la marche de la maladie, on notera dans le cancer une marche progressive et une douleur sourde et constante, tandis que dans la lithiase biliaire la douleur est inconstante et dans tous les cas intermittente. Les trois observations rapportées par l'auteur démontrent l'importance de ces préceptes. Dans la première, il s'agit d'un oblitération calculeuse du canal cholédoque qui s'était révélée pendant la vie par des ictères à répétition, de l'ascite, et une émaciation progressive, *sans aucune douleur*. A l'autopsie, on trouva un calcul de la forme et du volume d'une balle de chassepot engagée dans le canal cholédoque près de son ouverture dans l'intestin. Dans la deuxième, il s'agit d'une malade de 49 ans qui eut à différentes reprises des accès de coliques hépatiques suivis de jaunisse. Pendant son séjour à l'hôpital, on constata au-dessous des fausses côtes, des bosselures mamelonnées, assez dures, qui firent penser à un cancer du foie. A l'autopsie, on trouva un calcul du volume d'une noisette, solidement enclavé dans l'ampoule de Water. La sensation de tumeurs hépatiques était produite par des ganglions lymphatiques hypertrophiés et par des masses graisseuses péritonéales. — La troisième observation est relative à une femme de 60 ans qui entra à l'hôpital avec un ictère permanent, de l'œdème des membres inférieurs, des crachements sanguinolents, des hématémèses et du melœna. Elle avait eu antérieurement des accès éloignés de coliques hépatiques accompagnés d'ictère intermittent. A l'autopsie, on trouva des infarctus du poumon et un calcul du volume d'une cerise engagé dans le canal cholédoque.

III. Une observation de fièvre intermittente hépatique. *Storia di un caso di [illegible] epatica da calcoli biliari. — Febbre ed itterizia intermittenti*, [illegible] dott. Fulvio Fumero, *Rivista clinica di Bologna*, mai 1876, p. [illegible].

L'intérêt qui s'attache aujourd'hui à l'étude de la fièvre in-

termittente hépatique [illegible]. en abrégeant seulement quelques [illegible] sans importance la remarquable observation de M. Fu[illegible].

Obs. — F. B. avait joui jusqu'à [illegible] 68 ans, d'une bonne santé : en 1837, il avait souffert de troubles gastriques accompagnés d'une faible réaction fébrile, mais ces accidents s'étaient rapidement dissipés sous l'influence d'une diète sévère et de légers purgatifs. Sa vie était très-régulière ; sa position de fortune lui permettait d'occuper un appartement vaste et aéré et d'avoir une table bien servie : jamais il n'avait abusé des liqueurs alcooliques ni des plaisirs vénériens.

Une nuit de janvier 1873, il ressentit tout-à-coup, vers 10 heures du soir, sans avoir éprouvé rien d'anormal dans la journée précédente, des crampes d'estomac et des nausées. Il se mit au lit mais ses souffrances augmentèrent ; les nausées devinrent plus fortes et bientôt elles furent suivies de vomissements alimentaires qui produisirent un soulagement momentané. — Vers 2 heures du matin de nouveaux efforts de vomissement survinrent, et il y eut une hématémèse. Le malade était très-déprimé physiquement et moralement.

Le lendemain et les jours suivants, son état s'améliora peu à peu, néanmoins il ne redevint jamais aussi bon qu'avant : les digestions ne s'accomplissaient plus aussi facilement que par le passé ; l'appétit était diminué ; le malade était mélancolique, son sommeil était souvent interrompu ; et de temps en temps il éprouvait des sensations douloureuses passagères à la région épigastrique.

Les choses allèrent ainsi, tant bien que mal, jusqu'au mois de juin 1873. A cette époque survint tout-à-coup une douleur gravative, intense, occupant tout l'hypochondre droit. Cette douleur disparaissait spontanément pendant quelques heures pour reparaître ensuite avec une intensité plus grande. Il paraît que ce jour là il n'y eut pas de fièvre. Un médecin fut appelé : il fit appliquer un cataplasme chaud sur la région douloureuse et ordonna, à l'intérieur, de l'eau de Vichy.

C'est dans les jours qui suivirent ces accès douloureux que l'ictère apparut pour la première fois, en même temps que la fièvre. Celle-ci se présenta dès le début sous la forme d'accès qui précédaient ou accompagnaient les crises de douleur hépatique. Le médecin la combattit à l'aide du sulfate de quinine, et cette médication parut efficace car les paroxysmes fébriles ne se reproduisirent pas pendant deux mois (juillet et août). Il n'en fut pas de même de l'ictère. Tous les 4 à 6 jours il reparaissait, précédé quelquefois par un malaise général, par une légère inappétence, ou par une crise de colique hépatique.

Du reste, l'estomac fonctionnait assez bien ; le malade se levait et allait même de temps en temps à la campagne ; mais il était préoccupé par la réapparition si fréquente de l'ictère et des coliques. M. Fumero le vit pour la première fois le 22 septembre 1873, après une nuit dans le courant de laquelle il avait éprouvé ses douleurs dans la région hépatique. Il le trouva un peu amaigri et fatigué par la mauvaise nuit qu'il venait de passer. Sa peau et ses conjonctives étaient d'un jaune verdâtre. — Pouls 64. — Temp. normale. L'estomac était modérément distendu par des gaz : La rate occupait sa position habituelle : Le foie, un peu augmenté de volume, dépassait de 1/2 travers de doigt le bord inférieur des fausses côtes, et était sensible à la pression, principalement au niveau de la vésicule et du petit lobe. Les urines étaient foncées, rares et couvertes d'une écume verdâtre. Le lendemain le malade se trouvait sensiblement mieux, et l'amélioration persista jusque dans la nuit du 27 au 28 septembre, où il fut pris tout-à-coup de vomissements et d'une douleur vive dans la région hépatique, et l'épigastre, s'irradiant sous forme de ceinture dans tout le côté droit de la base du thorax et remontant jusqu'à l'épaule du même côté.

Après avoir vomi les matières alimentaires que contenait l'estomac, il se sentit un peu soulagé et put s'endormir jusqu'au matin. Le lendemain, il était plus jaune qu'à l'ordinaire ; les urines étaient foncées et les matières fécales étaient décolorées. Il garda le lit toute la journée, ne prit que quelques potages et ne ressentit plus de douleur.

Les jours suivants les urines et les matières fécales reprirent leur couleur normale, l'appétit augmenta et il ne restait aucune trace des accidents survenus quelques jours auparavant, si ce n'est une légère teinte ictérique de la peau et des conjonctives.

Le 3 octobre, après avoir mangé avec appétit et passé une bonne journée, le malade ressentit vers 6 heures du soir, des frissons erratiques qui le forcèrent à se coucher. A 8 heures, le thermomètre [illegible] 6. Le pouls [illegible] à 76 fois par minute. A [illegible], les urines et les matières fécales étaient tout-[illegible]. Mais pendant la nuit survint une nouvelle [illegible] et [illegible] matin les urines étaient [illegible], les matières [illegible] étaient décolorées et [illegible] repris une couleur [illegible] verdâtre. Deux jours après, les urines et les fèces avaient leur coloration habituelle et [illegible] revenu à l'état normal.

Le 10 octobre, de nouveaux accidents survinrent. Cette fois ils consistèrent [illegible] en un violent paroxysme fébrile 40°. Pendant [illegible] le malade éprouvait une soif vive et une violente céphalalgie. Le foie n'était pas douloureux, même à la pression : les urines étaient très-claires et les fèces avaient leur coloration normale. Cet accès de fièvre paraissait constituer à lui seul toute la maladie, comme s'il se fût agi d'un cas de fièvre intermittente ordinaire. Il se termina au milieu de sueurs profuses [illegible] matin il était tout-à-fait dissipé. Mais à ce moment les urines étaient troubles, foncées, ictériques et les matières fécales étaient décolorées, *de telle sorte qu'on observait les effets ordinaires de la colique hépatique quoique la douleur eût fait complétement défaut.* Comme la quinine avait paru agir avantageusement sur les accès fébriles au début de la maladie, M. Fumero en ordonna 60 centigrammes par jour : mais cette fois elle resta sans action. En effet, pendant les cinq jours suivants, les urines et les fèces reprirent leur coloration normale, l'appétit et le sommeil revinrent ; mais, le sixième jour, le malade eut de nouveaux frissons suivis de chaleur et de sueurs profuses et un peu [illegible] de l'ictère. Son état parut s'améliorer ensuite pendant quatre jours. Au bout de ce temps, il fut pris à 3 heures de l'après-midi, d'un frisson tellement intense qu'il claqua des dents pendant plus d'une heure. A sept heures du soir, sa température s'élevait à 40°, 2 : il était très-abattu et se plaignait d'une violente céphalalgie. Il n'éprouvait pas de douleurs spontanées dans la région hépatique ; quoique ce jour là le foie fût un peu sensible à la pression. L'accès de fièvre se termina comme à l'ordinaire par des sueurs profuses et le lendemain matin les fèces étaient décolorées, les urines étaient ictériques et la peau avait une coloration vert foncé. Trois jours après, il y eut un nouvel accès fébrile un peu moins violent que le précédent. On continuait toujours l'usage du sulfate de quinine. Après sept jours de calme, le malade éprouva encore des frissons erratiques et quoique la fièvre eût été relativement légère et que la douleur hépatique eût fait complétement défaut, l'ictère présenta le lendemain l'exacerbation accoutumée.

Au commencement de novembre, on supprima le sulfate de quinine qui provoquait des nausées, et on ordonna au malade de l'eau de Carlsbad et des bains tièdes. Ce traitement parut amener une légère amélioration. Cependant il y avait toujours de temps en temps des accès de fièvre, tantôt accompagnés, tantôt suivis, tantôt précédés par la douleur hépatique et toujours à la fin de l'accès on observait une exacerbation passagère de l'ictère.

Dans la nuit du 6 au 7 décembre, le malade eut un accès de colique hépatique plus violent que tous ceux qu'il avait éprouvés antérieurement. La violence de la douleur lui fit perdre connaissance pendant plusieurs heures. Quelques jours après une nouvelle colique hépatique encore plus intense acheva de le plonger dans le découragement. Les matières fécales furent examinées régulièrement avec le plus grand soin, mais jamais on n'y trouva de calculs.

Dans le courant de janvier les coliques devinrent plus fréquentes, il survint des convulsions, du délire et le malade mourut dans le coma, le 28 janvier 1874.

A l'autopsie, on ne trouva rien d'anormal dans les organes intra thoraciques. L'estomac était un peu dilaté, sa muqueuse tuméfiée était couverte de mucosités visqueuses et jaunâtres ; un examen attentif ne fit découvrir aucune lésion qui put expliquer l'hématémèse qui avait eu lieu un an auparavant. Le foie était légèrement diminué de volume, il pesait 1,830 grammes ; son tissu était un peu ramolli : sa surface était lisse et parsemée de taches d'un vert foncé qui paraissaient dues à la rétention biliaire, la vésicule du fiel occupait sa position normale, elle était allongée, fusiforme, et ne renfermait pas de bile, ses parois étaient épaissies, rétractées, et sa cavité était remplie de calculs de volume variable, durs, résistants et disposés régulièrement les uns au-dessus des autres comme les grains d'un chapelet. Les canaux cystique, hépatique et cholédoque étaient oblitérés par des calculs superposés de la même façon. L'un d'eux, plus volumineux que tous les autres, était enclavé dans l'ampoule de Vater.

En résumé, l'autopsie a révélé l'existence d'une oblitération

calculeuse des voies biliaires, et bien que l'auteur ne donne aucun détail sur les altérations anatomiques des parois des canaux excréteurs de la bile, on peut être certain qu'elles présentaient les lésions ordinaires de l'angiocholite suppurative chronique. Quoi qu'il en soit, le tableau symptomatique était des plus nets. Il était caractérisé par un dépérissement lent et progressif au milieu duquel éclataient tous les 4—15 jours des accidents hépatalgiques plus ou moins violents, suivis quelques heures après leur apparition par un redoublement de l'ictère. Ces accidents irrégulièrement périodiques présentaient dans leurs manifestations un certain nombre de variétés. Le plus ordinairement, ils consistaient en un accès de colique hépatique tout à fait simple. Souvent aussi la douleur du foie était précédée ou accompagnée d'un frisson plus ou moins intense, suivi de chaleur et de sueurs. Enfin d'autres fois, et c'est là ce qui constitue le principal intérêt de l'observation, l'accès fébrile éclatait seul, en dehors de toute manifestation douloureuse du côté du foie. Il débutait par un frisson violent suivi de chaleur et de sueurs profuses de façon à rappeler tout à fait un accès de fièvre intermittente légitime. Mais quelques heures après la fin de l'accès fébrile, on observait un redoublement de l'ictère semblable à celui qui succédait aux attaques périodiques de coliques hépatiques. De plus, le frisson survenait le soir, il résistait à l'action prolongée de sulfate de quinine et la rate n'était pas augmentée de volume. Il ne s'agissait donc pas d'une fièvre paludéenne, mais bien de cette forme de fièvre intermittente symptomatique, dépendant de l'oblitération du canal cholédoque et sur laquelle M. Charcot a longuement insisté dans les savantes leçons qu'il a consacrées cette année même à l'étude de la pathologie des voies biliaires (1). A. PITRES.

BIBLIOGRAPHIE

Essai sur les signes du diagnostic de l'insuffisance mitrale; par le Dr E. TRIDON. In-8° de 66 pages avec 28 tracés sphygmographiques et cardiographiques. Paris, Delahaye, 1875.

Le diagnostic précis de l'insuffisance mitrale, facile dans un certain nombre de cas, présente dans d'autres circonstances, de véritables difficultés.

L'examen attentif de la forme graphique de la pulsation cardiaque serait alors, d'après M. Tridon, un élément utile pour le diagnostic.

Le travail que nous analysons ici se compose de trois parties. Dans la première, l'auteur étudie, au point de vue historique, les signes qui peuvent faire reconnaître l'insuffisance mitrale, et montre comment on est arrivé successivement à soupçonner puis à affirmer l'existence d'une lésion de l'orifice mitral, et comment ensuite on est parvenu dans un certain nombre de cas à séparer cliniquement l'insuffisance de la valvule mitrale du rétrécissement de cet orifice.

La seconde partie est consacrée à étudier les moyens actuels de diagnostic dans l'insuffisance mitrale, (bruit d'auscultation, pouls, pouls veineux).

Enfin l'examen des caractères de la pulsetion cardiaque forme le 3e chapitre, c'est-à-dire la partie vraiment neuve du sujet.

M. Tridon rappelle d'abord que le tracé de la pulsation normale du cœur comprend : 1° une ligne ascendante correspondant au début de la contraction du ventricule ; 2° après un petit crochet, une ligne un peu inférieure et horizontale ou légèrement descendante, pendant la durée de la systole ; 3° une ligne descendante, au moment de la décontraction du cœur; 4° une ligne légèrement ascendante, presque horizontale, correspondant à l'afflux brusque d'abord, graduel ensuite, du sang veineux.

Ces caractères sont plus ou moins modifiés dans l'insuffisance mitrale. Ainsi le début de la systole, si brusque à l'état normal, est marqué par une ligne ascendante qui va en s'arron dissant à partir d'une certaine hauteur, et n'atteint son maximum que vers le milieu de la période systolique. Le cœur met beaucoup plus de temps à atteindre son maximum d'effet; la pointe du sommet qui se produit d'ordinaire presque immédiatement, n'existe plus, ou se trouve reportée plus loin. La décontraction elle-même ne s'écrit plus sous la forme d'une ligne droite qui se détache du sommet en formant un angle vif avec lui. Le début en est à peine indiqué ; souvent même on ne le retrouve pas, et tout cet ensemble coustitue un sommet arrondi, caractéristique de tous les tracés d'insuffisance mitrale. Ces détails anormaux sont d'autant plus marqués que la lésion est plus ancienne et plus étendue.

La valeur de ces modifications du tracé de la pulsation cardiaque a été contrôlée par des expériences réalisée sur l'appareil thématique de Marey, en déterminant une inocclusion artificielle de la valvule.

Chez l'homme, le tracé peut être modifié par diverses circonstances parmi lesquelles nous noterons surtout l'interposition d'une lame de poumon entre le cœur et la paroi thoracique sur laquelle est posé le cardiographe, l'applicatian de l'instrument au niveau du ventricule droit, et enfin l'irrégularité des pulsations.

Ajoutons d'ailleurs, que l'usage du cardiographe dont l'application est assez délicate, ne se fait guère en général qu'à l'hôpital.

M. Tridon montre cependant par une quinzaine d'observations le parti que l'on peut tirer de l'emploi du cardiographe dans l'insuffisance mitrale. A. S.

Recherches géologiques, botaniques et statistiques sur l'impaludisme dans les Dombes et le miasme paludéen; par le Dr MAGNIN. Adrien Delahaye. Paris, 1876.

La thèse, publiée par M. le docteur Magnin, est une œuvre importante, et qui a demandé un long travail à son auteur ; elle porte l'épigraphe suivante : Partout où le miasme paludéen existe, l'homme se trouve en présence de ce triste dilemme : anéantir l'impaludation ou être anéanti par elle. Peu de questions, en effet, ont été autant étudiées, autant discutées que celles relatives à l'impaludisme et nous ajoutons, il en est peu d'aussi importantes. En 1872, le 26 septembre, le Congrès médical de France consacra une journée à la visite des Dombes ; il s'agissait de répéter les expériences de Salisbury sur les organismes végétaux, et celles, plus récentes, de Balestra et de Salmé, M. Magnin, dont l'attention fut éveillée par ces études, les continua et leur consacra un temps considérable.

Le travail de l'auteur comprend trois parties principales. Dans un premier chapitre, il étudie l'origine des étangs en s'aidant des lumières fournies par la topographie. la géologie et l'histoire des Dombes.

Il montre que les étangs des Dombes reconnaissent, comme cause première, la presence de la *boue glaciaire* ou de ces *dérivées*. Une immence nappe de glace, s'alimentant sur les Alpes, venait s'étaler jusqu'à la Bresse, buttant contre le rivage granitique de Lyon et refluait vers le nord, en deux traînées, vers Châtillon et Bourg : sans cette boue glaciaire, le plateau Bressan serait une vaste surface aride; mais la plupart des étangs sont l'œuvre de l'homme, car presque partout la pente est suffisante pour l'écoulement des eaux.

Le second chapitre renferme les preuves de l'influence de ces étangs sur l'atmosphère, les végétaux, les animaux et surtout sur l'homme ; en retenant les eaux, les étangs déterminent dans leur voisinage la formation de points marécageux qui sont des foyers de miasme paludéen.

Tous les accidents de l'impaludisme en sont la conséquence, ils aboutissent fatalement à la cachexie, et finalement à la diminution de la densité de la population, du nombre des naissances, à une mortalité plus grande, à un abaissement de la vie moyenne ; tous ces faits ont été établis sur des données résultant des dépouillements des registres de l'état civil, en les comparant avec la situation antérieure au desséchement récent de 6,000 hectares d'étangs.

Dans un troisième et dernier chapitre, M. Magnin discute les hypothèses faites sur la nature du miasme paludéen. Il admet qu'il est un corps pondérable, susceptible d'être transporté par les vents ; qu'il parait constitué par un corps organisé probablement végétal. Dans ces expériences, les

(1) Voir le *Progrès Médical*, 1876, pages 543, 555 et 567.

palmelles de Salisbury, les microphytes observés par Balestia n'ont pas donné lieu à des accès intermittents. L'auteur pense qu'on doit plutôt chercher le miasme paludéen dans les algues du groupe des oscillanées, et en cela, il est d'accord avec Schurtz, Honnoy, etc; ces faits sont encore bien hypothétiques et demandent de nouvelles recherches. Quoi qu'il en soit, il faut savoir gré à l'auteur de ne pas avoir reculé devant la difficulté du problème étiologique. F. RAYMOND.

CORRESPONDANCE

Toulouse, le 26 décembre 1876.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès Médical.*

La *Semaine catholique*, journal de notre ville, a publié dans son numéro de dimanche 24 décembre, la note suivante :

« Nous sommes certains de réjouir nos lecteurs du Sud-Ouest de la France, en leur donnant de bonnes nouvelles du projet de création d'une Université catholique à Toulouse.

« Monseigneur l'archevêque vient de former une première Commission, composée de prêtres et de laïques notables, pour le seconder dans cette grande œuvre.

« Cette assemblée a déjà tenu trois séances, en huit jours, et nous ne sortirons pas de la réserve qui nous est imposée sur ses délibérations, si nous disons qu[illegible] énergique et immédiate, en prenant pour règle les résolutions arrêtées le 8 décembre 1875, par MM. S.S. leurs archevêques et évêques des provinces de Toulouse, d'Auch et d'Albi.

« Le diocèse ne tardera pas à être plus largement informé.... »

Malgré les restrictions que contient cette note, les décisions prises dans les conciliabules tenus par les prêtres et laïques notables du diocèse toulousain ont transpiré et il m'est permis de vous donner comme certains les faits suivants.

L'université catholique toulousaine sera ouverte aux étudiants à Pâques prochaines ; dès le principe cette université ne comprendra que deux facultés, celle de droit et celle de médecine. Le clergé de notre ville, n'a pas voulu, en effet, s'engager dans la voie suivie par ses prédécesseurs de Lille et de Paris, et a trouvé peu opportun de créer pour le moment la Faculté des lettres et des sciences, qui ne saurait donner le moindre revenu, alors que son installation entraînerait des dépenses relativement considérables. A cette heure, la Faculté de droit a ses professeurs choisis, son local désigné, et les élèves ne sauraient faire défaut, car la majeure partie des étudiants en droit qui fréquentent les cours de la Faculté de l'Etat, font partie du cercle catholique ; ce qui est tout dire.

La création de la Faculté catholique de médecine, présentait certaines difficultés à résoudre ; mais l'esprit inventif de ces gens vient à bout de tout. Ainsi la question des cliniques est chose résolue, et sans avoir recours aux hôpitaux de la ville, ces Messieurs peuvent justifier de plus de 200 lits, quoique la loi sur la liberté de l'enseignement supérieur n'en exige que 150. Pour toute personne non initiée aux pratiques du Jésuitisme, la chose eût paru impossible, car, à première vue, comment justifier de 200 lits alors qu'on ne possède pas un seul hôpital ? Cependant c'est la chose la plus simple du monde et voici comment : Toulouse la *Sainte* possède de nombreux orphelinats et de nombreuses congrégations. Si on voulait en faire la récapitulation, le chiffre de 50 serait amplement dépassé; or, quoi de plus naturel que de créer dans ces divers établissements quelques lits pour les cliniques, tel orphelinat aura 20 lits, tel autre en aura 15 etc., et le clergé se chargera de pourvoir ces lits de malades. Voilà quelle a été la solution adoptée à l'unanimité, solution qui ne saurait être en désaccord avec la loi, car, dans la discussion qui eut lieu à l'Assemblée nationale au sujet de la liberté de l'enseignement supérieur, il fut admis que les malades destinés aux différentes cliniques médicales n'avaient pas besoin d'être réunis dans un local unique. Vous avouerez que cette solution est ingénieuse et de tout point conforme à l'enseignement scholastique. Ainsi, de ce côté, nulle difficulté.

Quant à la question des professeurs, toutes les difficultés ne sont pas encore aplanies, mais d'après des renseignements que j'ai lieu de croire exacts, le corps enseignant de la future Faculté catholique de Toulouse, sera pris, partie à Montpellier, partie parmi les docteurs de notre ville. Montpellier, en effet, est destiné à desservir les facultés catholiques de France, après Lille et Toulouse; après MM. Béchamp père et fils et M. Eustache X. et M. Y.

Quel sera l'avenir de ces Facultés ? il n'est pas besoin d'être augure pour prévoir que l'Ecole catholique de droit tuera la faculté de l'Etat déjà si éprouvée par le voisinage de Bordeaux, et par celle d'Angers ; que la Faculté de médecine portera un préjudice considérable à notre Ecole qui est toujours école secondaire et qui vit dans l'incertitude du lendemain.

L. C.

P.-S.— On assure que M. Engel, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, serait nommé professeur de chimie à la Faculté de Montpellier, en remplacement de M. Béchamp, doyen de la Faculté catholique de médecine de Lille.—Le concours de l'internat des hôpitaux de Toulouse vient de se terminer par les nominations de MM. Dambies, Gauté, Cadène Levêque, internes titulaires, et de MM. Daubas et Saint-Germain, comme internes provisoires. Les épreuves du concours ont été des plus brillantes et ont porté sur les questions suivantes : 1° *Epreuve écrite.* Anatomie et physiologie. *Ovaire, Menstruation.* 2° *Epreuve écrite.* Pathologie interne, patologie externe. *Variole, Panaris.* Cinq heures étaient accordées aux candidats pour traiter chacune de ces questions. *Epreuve orale.* Spica de l'aine et instruments nécessaires à l'opération de la taille.

VARIA

Concours de l'internat.

INTERNES TITULAIRES. — 1. L. Vimont. — 2. Poulain. — 3. Labat. — 4. Merckleu. — 5. Boutier. — 6. Arnozan. — 7. Lapierre. — 8. Mossé. — 9. Leduc. — 10. Bruu. — 11. Boursier. — 12. Havage. — 13. Gille. — 14. Gallissard de Marignac. — 15. Boudet de Pâris. — 16. Stackler. — 17. Leroux. — 18. Talamon. — 19. Veil. — 20. Clément. — 21. Alphonse Robert. — 22. Abbadie Tourné. — 23. Savard. — 24. Bruchet. — 25. Süss. — 26. Oudin. — 27. Barthélemy. — 28. Legendre. — 29. Letouzé. — 30. Dubard. — 31. Hermil. — 32. Bar. — 33. Rivet. — 34. Alb. Josias. — 35. Labbé. — 36. Boraud. — Pour Berck : 37. Doléris. — 38. Brault.

INTERNES PROVISOIRES. — 1. Darcy. — 2. Galland. — 3. Ozenne. — 4. Faisans. — 5. Desnos. — 6. Piogey. — 7. Bongrand. — 8. Mary. — 9. Ovion. — 10. Gaucher. — 11. Georges Laurand. — 12. Walsdorf. — 13. Bernard. — 14. Michaud. — 15. Poirier. — 16. Comby. — 17. [illegible] 22. Gautier. — 23. Valude. — 24. Jacques Ferrand. — 25. Julien Piogey. — 26. Boullet. — 27. Féré. — 28. Bouchard. — 29. Carafi. — 30. Butruille. — 31. Luizi. — 32. Brazier. — 33. Catuffe. — 34. Decaye. — 35. Doublet. — 36. Marie Bénard. — 37. Labarrière. — 38. Auguste Laurent. — 39. Haranger. — 40. Raymondaud.

— La *Revue médicale* annonce la mort de M. V. CORBY, né à Velizy (Seine-et-Oise), le 5 janvier 1796. Il fut reçu interne des hôpitaux en 1818 et passa sa thèse en 1822 après avoir remporté le premier prix au concours de l'internat. Il fut nommé aide de clinique en chirurgie en 1828 et collabora pendant des années à la *Revue médicale* que venait de fonder Cayol.

Exposition universelle de 1878.

Le Comité d'admission de la classe n° 14 (médecine, hygiène, assistance publique), a constitué son bureau par les nominations suivantes : Président, M. Barth ; vice-présidents, MM. Laussedat et Béclard ; secrétaire : M. Liouville.

Il a été convenu que les 20 membres composant le Comité seraient répartis en deux sections, l'une comprenant la médecine en général, l'autre réunissant l'hygiène et l'assistance publique. Dans la 1re (médecine) se trouvent : MM. Barth, Bouley, Broca, Ladreit de la Charrière, Mathieu, Reliquet, Terrillon, Thevenot, Tillaux, Vulpian.

Dans la 2e (*hygiène et assistance publique*) : MM. Béclard, Beni-Barde, Bergeron, Chatin, Chenu, Laussedat, Lefort, Liouville, Loiseau, Théophile Roussel.

Le Comité a décidé l'envoi d'une circulaire spéciale indiquant l'objet de sa mission et faisant un appel à tous ceux qui peuvent et doivent contribuer au succès de l'œuvre internationale de 1878. Voici les termes de cette circulaire :

A Messieurs les exposants de la section française.

Dans l'ensemble des produits de l'industrie soumis à l'examen de la section française d'admission à l'Exposition universelle de 1878, la part attribuée à l'appréciation spéciale du 14e Comité n'est pas la moins importante, ni surtout la moins digne d'intérêt.

Sous la dénomination de *médecine, hygiène et assistance publique*, elle comprend toutes les inventions, tous les perfectionnements qui peuvent contribuer à la santé et à la prospérité de l'individu et des populations. C'est un champ assez vaste pour donner place à une foule de concurrents de tout genre ; c'est un but assez noble pour tenter l'esprit de recherches et les ressources de l'intelligence. En parcourant d'un coup d'œil rapide tout ce qui appartient dans ce groupe aux produits de l'industrie et de l'invention, on voit qu'il embrasse :

1° Tous les moyens qui peuvent la mieux éclairer, augmenter ou vulgariser la connaissance de la structure des corps organisés et le fonctionnement de leurs divers appareils : *Moyens de conservation des pièces anatomiques, reproduction en matières diverses des organes de l'économie, soit de l'homme, soit des animaux.*

2° Tous les appareils propres à fortifier les organes, à entretenir les forces et la santé générale : *Gymnastique et hydrothérapie.*

3° Tous les moyens susceptibles de prévenir les maladies, en prémunissant l'organisme contre les agents morbigènes qui l'environnent ; *préservation de l'action des gaz et des miasmes délétères ; destruction des végétaux et*

était un des médecins aliénistes les plus distingués et les plus éclairés. Récemment encore dans la discussion ouverte devant l'Académie de médecine *insectes parasitaires qui s'attaquent à la surface du corps ou pénètrent dans ses cavités ;*

4° Toutes les inventions capables de rendre certaiues professions moius insalubres en protégeant les ouvriers contre les inconvénients et les dangers d'une chaleur ou d'une lumière excessives, des poussières de tout genre; contre les intoxications accidentelles et subites et les altérations lentes de la santé résultant du maniement et du contact de substances dangereuses, toxiques, telles que le cuivre, le plomb, le mercure. le cblore, le phosphore etc. ;

5° Tout ce qui peut être utile à l'homme dans l'état de maladie, aussi bien les moyens capables de donner une notion plus prompte, plus facile, plus complète du siége et de la nature du mal. (*Thermomètres, microscopes, hémotimètres, sondes, spéculums, sphymographes, appareils pour l'analyse des produits morbides*), que les moyens divers de guérir les maladies ou d'en atténuer les conséquences (agents thérapeutiques, moyens de rendre les divers médicaments plus faciles à preudre, plus susceptibles d'être tolérés, plus efficaces, etc.).

6° Tous moyens permettant de rendre les opérations sur l'organisme vivant moins douloureuses (*anesthésie*), plus promptes, plus sûres et plus faciles (*instruments de chirurgie, appareils de compression, d'hémostase, de cautérisation, de pansement, etc.*), de remédier à des infirmités congénitales ou acquises (*instruments d'acoustique, lunettes, appareils orthopédiques, etc.*) ou de réparer des mutilations morbides accidentelles ou chirurgicales, *obturateurs, membres artificiels, appareils prothétiques*.

7° Objets de toute nature servant à donner les premiers secours aux malades et blessés (*boîtes de secours, de pansement*), à les relever et les transporter au lieu où ils doivent recevoir les soins définitifs tant dans la vie civile que sur les champs de hataille (*brancards, voitures et wagons d'ambulance*) ;

8° Ce qui concerne l'amélioration et le fonctionnement régulier des établissements hospitaliers fixes et permanents *construction, ventilation, chauffage des hôpitaux, bains, lits, pharmacie, cuisson et distribution des aliments* ou des hôpitaux mobiles et temporaires (*baraques, tentes, fours et cuisine de campagne, etc.*).

9° Enfin, tout ce qui peut contribuer à l'amélioration et à la vulgarisation de l'hygiène publique et servir ainsi l'intérêt géuéral (hygiène des crèches, des écoles, des lieux publics, hygiène de la première enfauce, etc., etc.).

Désireux de remplir consciencieusement la mission qui lui est confiée, le Comité d'admissiou de la 14e classe fait appel à tous les hommes d'intelligence et de bonne volonté, inventeurs, fabricants, patrons, ouvriers. Il accueillera avec empressement toute découverte nouvelle, tout perfectionnement ou simplification des moyens déjà connus, s'efforcera d'apprécier avec soin tous les produits qui seront soumis à son examen et, dans le choix de ce qu'il jugera digne de figurer dans la section française, il procédera avec impartialité, reudant justice au plus humble artisan comme au plus grand industriel, à la main qui a exécuté comme à la peusée qui a conçu.

En terminant, il exprime l'espoir que dans cette lutte pacifique où elle convoque toutes les nations du globe, la France saura montrer qu'elle continue à fournir un large contingent à cette armée internationale et universelle de travailleurs de toutes classes, de toutes conditions, qui poursuivent comme les plus précieuses, les conquêtes légitimes et durables dont le but est la défense, l'amélioration de la vie humaine, l'accroissemeut incessant et progressif du bien-être de l'humanité.

Service des inhumations.

Le service de l'inspection de la vérification des décès se compose de 8 médecins au traitemeut anuuel de 3,000 fr. — L'institutiou des médecins de l'état civil a son principe dans un arrêté préfectoral du 21 vendémiaire an IX portant création de la vérification des décès et rendu en vue de satisfaire aux prescriptions de l'art. 77 du Code civil. Cette institution, telle qu'elle existe actuellement a été organisée par l'arrêté du 29 décembre 1868. Les traitements qui s'élèvent de 1,800 fr. à 2,400 fr. selon le chiffre de la population des quartiers, peuvent exceptionncllement être portés à 3,000 fr., dans ceux où le service est le plus chargé et où cette augmentation est reconnue nécessaire.

Le crédit voté par le Conseil municipal est ainsi réparti : 10 médecins à 3,000 fr. ; — 2 à 2,600 fr. ; — 16 à 2.400 fr. ; — 6 à 2,200 fr. ; — 14 à 2,000 fr. ; — 24 à 1,800 fr. Total 72 médecins, touchant 158,000 fr.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. MM. Budin et Pinard commenceront le lundi 15 janvier un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en quatre partie : 1° Anatomie, physiologie, grossesse; 2° Eutocie; 3° Dystocie; 4° Exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — Population (recensement de 1872) : 1.851.792 habitants. Soit 28 décès par 1,000 habitants et pour l'année. — Pendant la semaine finissant le 28 décembre 1876, on a constaté 956 décès, savoir : variole, 8; — rougeole, 15 ; — scarlatine, 3; — fièvre typhoïde, 60;— érysipèle, 3; — bronchite aiguë, 24; — pneumonie, 557; — dysenterie, 2; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 8; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 29; — croup, 18; — affections puerpérales, 3; — autres affections aiguës, 244; — affections chroniques, 411, dont 170 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 50; — causes accidentelles, 25.

Faculté de médecine de Paris. — M. le doyen a l'honneur de prévenir MM. les étudiants qu'ils pourront prendre leur inscription trimestrielle du 8 au 25 janvier 1877. Le registre sera ouvert les *lundis, mardis, mercredis* et *jeudis* de 9 à 11 heures le matin, et de 1 à 4 heures le soir. Il sera clos le 25 à 4 heures. Les *vendredis* et les *samedis*, cousignations pour les examens, de 1 à 4 heures.

— A l'occasion du jour de l'an, la Faculté fermera ses portes, du dimanche 31 décembre au jeudi 4 janvier. Les cours et les examens recommenceront le vendredi 5 janvier.

La Société de médecine pratique vient de renouveler son bureau pour l'année 1877. Ont été élus : Président, D. L. Duchesne; 1er vice-président, dr A. Guillon; 2e vice-président, dr Bouland; Secrétaire général, dr Gillet de Grandmont; Secrétaires des séances: dr Muselier, dr A. Brochin; Trésorier, dr Caron.

Hopital de Saint-Denis. — Le concours pour une place d'interne audit hôpital vicut de se terminer par la nomination de M. Potain.

Museum d'histoire naturelle. — Les laboratoires du muséum d'histoire naturelle vont être considérablement accrus, grâce à l'acquisition de 3662 mètres superficiels de terraius situés au long de la rue Buffon.

Exercice illégal de la pharmacie. — Le sieur Nicolas, élève en pharmacie, était prévenu d'avoir employé du sulfate d'atropine au lieu du chlorhydrate de morphine, dans la composition d'une potion destinée à mademoiselle Perrani, artiste du grand-théâtre du Hâvre. Le tribuual du Hâvre a condamné le sieur Nicolas prévenu en même temps, il est vrai, d'un autre délit), à six mois de prison, et déclaré le pharmacien civilement responsable du fait d'imprudence commis dans la pharmacie centrale.

Exercice de la médecine. — Un étudiant en médecine a été, la semaine dernière, arrêté à Glascow et conduit à Ayr où, accusé d'homicide, il a été iuterrogé par le shérif. Remplaçant il y a deux mois un médecin dans un village du comté d'Ayr, il accoucha une jeune femme récemment mariée. Elle succomba peu de temps après et par sa faute. L'accusé a été maintenu en prison. *The british medical journal.*

Le choléra en Asie. — Nous apprenons que la peste a de nouveau apparu dans les environs de Bagdad et le choléra à Listan en Perse. — Le docteur Rhasis vient de signaler l'apparition d'une épizootie bovine (typhus) dans le district de Gallipoli. — De promptes mesures auraient été prises pour localiser le mal. (*Revue méd. de Constantinople.*)

Les remèdes secrets en Alsace-Lorraine. — L'arrêté présidentiel du 12 octobre 1876 a reglé la vente des spécialités et remèdes secrets en Alsace-Lorraine. Il résulte de là que tous les remèdes ou spécifiques qui ont été approuvés antérieurement par l'Académie de médecine de Paris échappent à la prohibition : ceux, au contraire, qui n'auront pas été autorisés devront, ainsi que les médicaments nouveaux, être présentés à l'approbation de la Commission, qui a été instituée à cet effet au sein de la faculté de Strasbourg. Cette Commission est composée de M. Gasseron, doyen de la faculté président ; et de MM. les professeurs Krussmaul, Schmiedeberg et Fluckiger.

Bon nombre de médicaments spécialisés et non encore autorisés ont trouvé un accueil favorable dans le public et se sont répandus chez nous. Il serait utile de les faire accepter ici. Peut-être que les spécialistes fraoçais s'ils avaieut connaissance de l'ordonuance du président supérieur ne demanderaient pas mieux que d'envoyer à la Commission de Strashourg des échantillons de leurs produits avec les formules. (*J. d'Alsace-Lorraine.*)

Statistique des pharmaciens. — Il existe en ce moment 2.121 pharmaciens de première classe et 4.089 de deuxième classe, soit au total 6.210 pharmaciens. Il y a dix ans en 1866, la France renfermait 2,457 pharmaciens de première classe et 3,246 de deuxième classe ; soit ensemble 5,803, c'est donc une augmentation de 407 pharmaciens. (*Répert. de Pharmacie.*)

L'instruction professionnelle des femmes en Autriche. — A Vienne en Autriche, la Société établie depuis quelques années dans le hut de procurer aux femmes d honorables moyens d'existence, en leur donnant une instructiou pratique, vient de publier son compte-reudu annuel. La Société entretient seize écoles et classes qui sont en pleine activité; 8,331 élèves y ont, depuis la fondation, été admises et instruites. Le capital dont dispose actuellement la Société est de 137,172 florins (le florin d'Autriche vaut 2 fr. 50). De nouveaux cours ont été ajoutés cette année, parmi lesquels un de conversation en langue française. deux de sténographie et un cours d'apprentissage pour la couture au moyen des machines à coudre.

Nomination. On annonce que le dr West a été nommé, à l'unanimité président de la société obstétricale (*The british medical journal*). Le dr West, hien connu à Paris. est celui dont les leçons out été traduites en français par le dr Mauriac.

Nécrologie. — Le docteur Bulckens, médecin directeur de la colonie d'aliénés de Ghéel, est décédé le 23 octobre, à l'âge de 63 ans. M. Bulckens

de Belgique sur la folie paralytique, il portait vaillamment en main la défense de la civilisation moderne en démontrait scientifiquement les causes de l'aliénation mentale en général et spécialement de la folie paralytique. Il avait organisé la colonie de Ghéel d'une manière si parfaite, et la dirigeait avec un tel dévouement, que bien difficile sera la tâche de celui qui sera appelé à lui succéder.

Le corps médical Bruxellois a fait une perte sensible dans la personne de M. le docteur François-Xavier Semal. Il était âgé de 73 ans. (*L'art médical belge.*)

Nécrologie. — M. Lubanski vient de mourir à Nice. Par ses qualités de cœur, par sa haute intelligence et par ses travaux incessants, M. Lubanski avait su conquérir une grande place au milieu de ses confrères. Si la mort ne fût venue le surprendre, il eût été l'un des plus fermes soutiens de la Société de médecine et de climatologie. (*Nice médical.*)

— Nous apprenons avec un vif regret la mort d'un de nos confrères du département du Nord, M. le docteur Dumez, médecin à Bailleul. (*Bullet. méd. du Nord*).

Vacances médicales. La commune de Châlo-Saint-Mars, à 7 kilomètres d'Etampes, demande un médecin. Les abonnements et la subvention du Conseil municipal assurent une somme annuelle de 2,500 francs, laquelle somme peut être facilement plus que doublée par le casuel. S'adresser pour plus amples renseignements à M. Boureau, maire de ladite commune, ou à M. Giraud, imprimerie de M. E. Martinet. (*Gaz. hebd.*)

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, place de l'École-de-Médecine.

RECUEIL DE QUESTIONS posées aux examens de médecine, de pharmacie et d'accouchements. Ph. fr. Acc. 3 f.

Gellé. — Signe nouveau indiquant la respiration du nouveau-né tiré de l'inspection de l'oreille. Paris, 1876, in-8°, avec 6 planches en chromo-lithographie. Prix : 3 fr. 50.

Rochard (F.). — Traitement des maladies de la peau (dartres, scrofulides, calvitie), et de l'engorgement de l'utérus par la méthode locale expulsive. Paris, 1877, 1 vol. in-8° de 235 pages, prix. 2 fr. 50.

Teissier (L.-J.).—Du diabète phosphatique. Recherches sur l'élimination des phosphates par les urines. Conditions physiologiques, modifiant l'élimination des phosphates. Influence du régime alimentaire. Paris, 1876, In-8° de 175 pages, avec 7 tableaux et une planche de tracés. 3 fr.

Xavier-Gorecki (L.). — Programme des cours d'ophtalmologie professé à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année 1876-1877. Paris, 1877, in-8°.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

Archives de physiologie normale et pathologique. Sommaire du n° 5. I. Contributions à l'étude anatomique des différentes formes de la cirrhose du foie, par MM. J.-M. Charcot et Gombault. II. Nouvelle contribution à l'anatomie pathologique des maladies palustres endémiques, par M. Kelsch. III. L'urée et le foie, variations de la quantité de l'urée éliminée dans les maladies du foie, par M. P. Brouardel (suite). IV. Contribution à l'histoire de l'adénome du foie, par MM. A. Kelsch et P.-L. Kiéner. — Recueil de faits. I. Note sur un cas d'atrophie musculaire consécutive à une sclérose latérale secondaire à la moëlle épinière, par M. A. Pitres. — Analyses. I. Sur la diffusion du cancer le long des nerfs. Un an : Paris, 20 fr.; — Départements : 25 fr. — Chez E. Masson, éditeur.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales : Directeur A. Dechambre. La 2e partie du tome XIX de la première série renferme, entre autres, les articles suivants : *Condiments*, par Coulier ; — *Condylomes*, par Paingaud ; — *Congélation*, par Gavarret et Servier ; — *Congestion*, par Kelsch ; — *Conjonctive*. par Nuel et Warlomont ; *Consanguinité*, par La Cassagne; — *Constipation*, par Villemin ; *Constitutions médicales*, par Brochin.

Landowski. — Quelques considérations sur le Koumys. Extrait de Koumys, bière de lait. Alcool de lait. Paris 1876, gr. in-8° de 51 pages.

Mollière (D.) — Traité des maladies du rectum et de l'anus. Paris 1877, 1 vol. in-8° de 758 pages, avec 20 figures dans le texte, 12 fr.

Puel (Gust.). Des résections dans la continuité des os à la suite des blessures par coup de feu. Paris, 1876. In-4. de 50 pages.

Tholozan (J. D.) — Histoire de la peste bobonique au Caucase, en Arménie et en Anatolie. Paris, 1876, trois mémoires in-8°. 2 fr. 50.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

Annales de gynécologie (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. Le Blond. Le numéro de *novembre* vient de paraître. Un an : Paris, 18 fr. ; Départements, 20 fr.

Carlo Giacomini. — Sifilide ossea. Esportatione di gran parte delle ossa del cranio e della faccia. Torino, typog. V. Vercellino. 1876, in-8.

— Drei Steine des Anstockes. Zurich. Impr. de César Schmidt. 1877, in-18.

Juan Santos Fernandez. — De la Ambliopia alcoholica en la isla de Cuba y de un sintoma coadjuvante no descrito para diagnosticarla. Habana, 1876.

Nothnagel (H.). Klinische Mittheilungen und Beobachtungen über Krankeiten der Gehirns. 1876. Deutsches Archiv für klinische Medicin. Berlin.

Caminiti (A. Contribuzione alla cistomia. Messina. 1876. Estratto del Movimento medico chirurgico di Napoli.

Michelon (G.). De l'iritomie. Paris, 1876. In-8 de 8 pages avec 11 fig. intercalées dans le texte.

Bossu — Lois et mystères des fonctions de reproduction considérés dans toute la série des êtres animés principalement. chez l'homme et chez la femme. 1 vol. in-12 de 400 pages, riche impression, avec deux planches gravées et coloriées. Prix 5 fr. — Tout ce qui a été écrit sur la fécondité, la fécondation, l'impuissance, la stérilité ; sur les écarts, les excès, les débauches du sens génésique ; sur l'onanisme, certaines pratiques orientales ; sur le célibat (celui des prêtres en particulier), les mariages disproportionnés, la consanguinité, etc., se trouve résumé substantiellement dans cet ouvrage, qui, de plus, décrit les divers modes de rapports sexuels propres à chaque classe et à chaque espèce animale. — Bureaux de l'*Abeille médicale*, 5, rue Saint-Benoît.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Charcot terminera son cours sur *les maladies du système nerveux*, demain dimanche, à neuf heures et demie.

Asile Sainte-Anne. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. — M. Magnan reprendra ses leçons le dimanche, 14 janvier, à neuf heures et demie du matin et les continuera les dimanches suivants à la même heure. En dehors des leçons, les élèves, réunis en séries, pourront, à des jours déterminés, être exercés directement au diagnostic. Par décision ministérielle du 15 novembre 1876, MM. les Etudiants devront être munis d'une carte d'entrée, que le directeur de l'Asile Sainte-Anne leur délivrera sur le vu d'un certificat de la Faculté de médecine, attestant qu'ils ont passé le troisième examen de fin d'année. Les médecins et les magistrats auront accès à ces cours sur la présentation de leur carte personnelle.

Hôpital du Midi. — *Leçons sur la syphilis*. M. le dr Ch. Mauriac, a repris ses leçons cliniques, le jeudi 30 novembre, à 9 heures 1/2 du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. Chaque leçon est suivie d'instructions pratiques sur les maladies vénériennes.

Hôpital Saint-Louis. — Médecine : M. Besnier. Leçons de thérapeutique le samedi. — Conférences de clinique des maladies de la peau, le mercredi. — Salle Saint-Thomas (F.) : 56, mycosis fongoïde ; 69, syphilide ulcéreuse nasale ; 72, trophonévrose. — Salle Saint-Léon (H.) : 6, vaste cancroïde du dos ; 22, rhumatisme fibreux ; 45, carcinôme de la peau ; 52, varices lymphatiques ulcérées ; 70, lichen hypertrophique.

M. Vidal. Salle Saint-Jean (H.) : 21, gomme ulcérée du voile du palais, perforation ; 27, paraplégie syphilitique ; 35, eczéma lichenoïde ; 37, impétigo sycosiforme de la lèvre supérieure ; 39, exostose du tibia et syphilide tuberculo-ulcéreuse circonscrite ; 40, *sclérose en plaques* ; 41, lupus tuberculeux exédens superficiel du bras ; 42, teigne faveuse ; 47, pelade décalvante ; 49, acné sébacée fluente ; 54, 54, cancroïde de la lèvre inférieure. — Leçons cliniques tous les lundis, consultations le jeudi. Conférences au lit du malade le vendredi. — Examen par les élèves. Visite à 9 heures. — Salle Saint-Jean (F.) : 4, syphilide herpétiforme acnéique et miliaire ; 8, gommes ulcérées de la jambe ; 11, périarthrite syphilitique du coude et arthrite syphilitique du genou : 18, syphilide tuberculeuse crustacée circonscrite du front. Hyperostose du tibia, du cubitus et de l'extrémité inférieure des deux radius ; 63, lichen eczemateux ; 64, kyste hydatique du foie ; 65, lupus tuberculeux exedens superficiel ; 66, gomme ulcérée ; 72, plaques syphilitiques de la peau ; 74, lupus exedens superficiel de l'aile du nez.

Service de M. Hillairet. Pavillon Gabrielle (H.) : 8, dermatite exfoliatrice, 12, cancroïde de la face ; 15, pemphigus : 21, lèpre. — Salle Henri IV (F.) : 3, séborrhée syphilitique ; 11, ulcération phagédénique de la fesse ; 37, eczema généralisé ; 39, gommes. — Salle Saint-Louis (H.) : 16, mycosis fongoïde ; 60 ; ulcérations syphilitiques du pied ; 66, chancre phagédénique du gland, stomatite mercurielle.

Chirurgie. — Service de M. Duplay. Conférences de clinique chirurgicale et opérations le jeudi à 9 heures. Visite des malades à 8 heures 1/2. Examen des malades par les élèves. — Salle Saint-Augustin (H.) et salle Sainte-Marthe (F.) : 56, lymphadénôme bénin ; 57, perforation scrofuleuse du voile du palais ; 58, 60, résection du poignet ; 58, kyste de l'ovaire ; 64, pelvi-péritonite suppurée ; 69, corps fibreux de l'utérus, phlegmatia alba dolens ; 65, iritis probablement syphilitique ; 74, genu valgum.

M. Péan. Opérations et clinique le samedi.

Hôpital Cochin. — Médecine. Service de M. Bucquoy. Salle Saint-Jean (H.) : 2, pleurésie ; 5, rétrécissement mitral ; 6, 13, 18, pneumonie ; 8, anévrysme de l'aorte ; 23, ulcération tuberculeuse de la langue. — Salle Saint-Philippe (F.) : 4, asystolie ; 10, albuminurie ; 19, rétrécissement de la trachée. — Salle Sainte-Marie (F.) : 1 fièvre typhoïde ; 3, anémie ; 7 ...

trécissement mitral avec insuffisance ; 8, pleurésie.

Chirurgie. — Service de M. Després. Baraque I. (H.) : 1, tubercule du testicule ; début par une vaginalite suppurée ; 10, abcès du corps du testicule, issue de tubes séminifères. — Salle Cochin (H.) : 2, fistule lymphatique de l'aisselle ; 15, abcès de la paroi thoracique ; 16, fracture bi-molléolaire ; 17, plaie du genou non communiquante ; déboitement du ligament latéral interne de l'articulation ; 20, tubercules du testicule. — Salle Saint-Jacques (F.) 1, rétrécissement syphilitique du rectum ; 4, fracture de jambe ; 10, érysipèle de la face ; 11 kérato-conjonctivite ; 16, abcès mammaire profond.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

A

B

P

R

S

N. B. *Rechercher par ordre alphabétique, non-seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux* articles suivant : ACADÉMIE DE MÉDECINE ; — ASSOCIATION FRANÇAISE ; — CONGRÈS ; — CHIRURGIE ; — SOCIÉTÉ ANATOMIQUE : — S. DE BIOLOGIE ; — S. DE CHIRURGIE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.